

## A fondo

# Actuación ética ante una petición de ayuda a morir. Recomendaciones ante el nuevo escenario legal en España

## *Acting Ethically Before a Petition for Assistance in Dying. Recommendations Considering the Spanish New Legal Scenario*

### Felipe Trillo Taboada de Zúñiga

Médico de Familia

Servizo Galego de Saúde

#### Resumen

La reivindicación de la despenalización de la ayuda a morir obtiene en la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia una respuesta jurídica de carácter legal, pero no necesariamente ética (Seoane et al., 2022). El deber de los profesionales que atienden enfermos al final de su vida es encontrar el curso óptimo de acción para cada caso concreto (Gracia, 2002). La LORE regula procedimientos y garantías para que esto ocurra, pero podrían no ser observadas en la práctica. Por tanto, la calidad ética del proceso queda en manos de los profesionales.

Este trabajo busca identificar las áreas que más podrían beneficiarse de recursos bioéticos y realizar propuestas para los profesionales. Se analizaron la ley, su desarrollo normativo, y la experiencia del autor como miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de la Comunidad Autónoma de Galicia. Durante el análisis se identificaron algunas amenazas a la integridad ética del proceso que deben evitarse. La principal conclusión es que la ayuda para morir puede ser un curso de acción intermedio y prudente cuando es solicitada por un paciente verdaderamente autónomo y coordinada por un médico responsable con conocimientos y actitudes deliberativas.

**Palabras clave:** Bioética, España, Ética, Eutanasia, Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, LORE, Prestación de ayuda para morir, Profesionalismo, Suicidio asistido.

#### Abstract

Demands for the decriminalization of assistance in dying achieved a legal response in the passing of the Spanish Organic Law on the Regulation of Euthanasia, but not necessarily an ethical one (Seoane et al., 2022). When faced with a terminal patient, professionals' moral duty is to find the optimal course of action for every single case (Gracia, 2002). Euthanasia Law includes procedural guarantees for this, although they could be unobserved in practice. Regardless of the law, the ethical standard of assisted death procedures relays on professionals.

This paper aims to identify the areas that could be improved with ethical resources and to make proposals for professionals. The analysis includes the law itself, its normative implementation, and the author's own experience as a member of the Euthanasia Guarantee and Evaluation Commission for the Autonomic Community of Galicia. This analysis identified some threats to ethical integrity throughout the procedure that should be avoided. The main conclusion is that assistance in dying could be an ethical course of action when requested by a truly autonomous patient and managed by a responsible physician with experience in ethical deliberation.

**Keywords:** Assistance in dying, Assisted suicide, Bioethics, Ethics, Euthanasia, Professionalism, Spain, Spanish euthanasia law.

## Introducción

El 25 de marzo de 2021 se publica en España la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia (LORE), instaurando una nueva prestación sanitaria, la ayuda a morir, el derecho de los ciudadanos a solicitarla y el deber de los profesionales a realizarla.

La aprobación de esta ley no modifica sustancialmente la deliberación bioética previa sobre la eutanasia. En Bioética, la legalidad no es un valor que suela inclinar la balanza por sí solo, especialmente en un tema como el del final de la vida, donde deben coexistir y armonizarse valores tan trascendentes como la autonomía, la vida y la profesionalidad. En la deliberación bioética, la legalidad hace su aparición después de la elección del curso de acción, en forma de prueba de consistencia. Si el curso elegido no es legal, será imprudente recomendarlo sin reservas (Gracia, 2004; Seoane, 2016). La prueba de la legalidad suele actuar como constrictora de los cursos de acción posibles.

La despenalización de la ayuda a morir supone una distensión en este filtro último que es la prueba de consistencia de la legalidad. Una eutanasia considerada no ética antes de marzo de 2021 seguirá siéndolo hoy día. Sin embargo, aquellos casos concretos en que se consideraba la eutanasia como un curso de acción intermedio (ético), pueden hoy consumarse, pasando los filtros de legalidad, realizabilidad y publicidad. Esta es la principal novedad.

Sí se abren, por tanto, escenarios inéditos hasta la aprobación de la LORE, que con seguridad traerán problemas éticos asociados. La solución a estos problemas no se debe buscar (ni se encontrará) en la ley. Aparecen espacios de duda bioética insuficientemente contestados y, con ellos, el riesgo de que así permanezcan, sin más respuesta que el texto legal, permitiendo así que la ayuda a morir se asiente en la práctica clínica como un proceso burocrático. Esto constituiría el peor escenario posible.

En este trabajo consideramos esos vacíos como una oportunidad para continuar promoviendo cultura bioética. Nuestro objetivo será identificar dichas oportunidades y aportar herramientas para ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones más prudentes, de mayor calidad: más éticas, en definitiva.

## 1. Estado de la cuestión

### 1.1. Pérdida de valor de las actuaciones médicas al final de la vida

Las comisiones de la revista médica *The Lancet* elaboran, desde hace años, un corpus científico de referencia global. En enero de 2022 se publica una de sus revisiones más originales: *Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life*; es decir, una revisión científica sobre el “valor de la muerte” (Sallnow et al., 2022).

¿Cómo es posible que un faro de la ciencia médica, como *The Lancet*, trate de otorgar valor a la muerte, que se ha entendido siempre como el principal enemigo de la medicina? Responder a esta pregunta puede aproximarnos al estado de la cuestión.

La primera justificación de los autores se ubica en el terreno de los hechos. Según ellos, en el primer mundo, y de forma general, “las intervenciones al final de la vida son a menudo excesivas, excluyen las contribuciones de familiares y amigos, aumentan el sufrimiento, y consumen recursos que podrían haberse utilizado para cubrir otras necesidades”. Podemos intuir ya: la muerte podría haber obtenido un nuevo “valor”,

inédito, como interruptora del encarnizamiento terapéutico (no es de extrañar que buena parte de los defensores de la despenalización de la eutanasia sean familiares de personas que han sido víctimas del ensañamiento médico).

Se habla, también, de recursos. Como revisión científica, de aspiración global, el documento explica repetidas veces cómo las intervenciones médicas desmesuradas suponen una amenaza para la sostenibilidad climática. Y; denuncia, también, las desigualdades entre el primer mundo y el resto del planeta a la hora de atender a enfermos al final de la vida. De estos problemas se infieren otros nuevos “valores” para la muerte: como racionalizadora de los recursos, como herramienta de sostenibilidad.

El final de la vida ha sido invadido (“expropiado”) por una medicina de bajo valor, que favorece el dispendio de recursos y la iatrogenia.

Desde la óptica del valor, es sorprendente ver que la muerte, considerada clásicamente un disvalor o una cercenadora de los valores que se pueden realizar en vida, reciba ahora estas consideraciones. ¿Era necesaria esta reconversión? En opinión de este autor, es muy probable que no. O, al menos, es difícil de justificar. La muerte, por más que se romantice, no es más que el cese de las funciones vitales. Es un suceso que se explica en negativo, y así se debe comprender: la muerte no suma. No suma sosiego, ni suma ahorro. Es la no existencia. Las cuestiones que motivan el informe del *Lancet* son problemas de la vida, concretamente del final de la vida, la mayoría de ellos causados por la medicina moderna.

Como escribe Diego Gracia (2004), “la medicina es, más que una ciencia o un saber puro, una práctica social [...] que necesita y depende de muchos factores, económicos, políticos, culturales, científicos y técnicos”. Así, a imitación del mundo que la rodea, la medicina, durante el siglo XX: 1) mimetiza el paradigma cultural y económico de “desarrollo”, o “crecimiento” (sustituyendo “dinero” por “años de vida”); 2) hace suya la fascinación por la técnica, la creencia de que todo lo técnicamente posible es bueno (definición de falacia tecnocrática); y 3) abandona el concepto de salud como ausencia de enfermedad, en favor de una concepción individual de “bienestar”, que llega a extremos inasequibles y que favorece el tratamiento de la salud como un bien de consumo. Todo ello induce una inflación sin precedentes de la medicina, cada vez más difícil de justificar. La ley de rendimiento inverso se hace patente: los presupuestos en salud siguen en alza imparable, mientras que los beneficios en salud son cada vez más exigüos (cuando existen).

A comienzos del siglo XXI se hacen públicas las señales de agotamiento del modelo del siglo pasado. Por todo el primer mundo surgen campañas en favor de una racionalización de la atención médica: *Choosing Wisely* (Estados Unidos), recomendaciones *Do Not Do* (Reino Unido). En España, el ministerio de Sanidad encarga a las sociedades científicas realizar sus propias “Recomendaciones No Hacer”. De todas estas iniciativas, hay una cuyo nombre posee un afortunado eco bioético: la estrategia “Por una Medicina de Alto Valor”, creada por la Sociedad Española de Medicina Interna.

En resumen: la muerte no pasa, de súbito, a ser algo “bueno”. Lo que ha ocurrido es que el final de la vida ha sido invadido - “expropiado”, diría Iván Ilich (2021) - por una medicina de bajo valor, que favorece el dispendio de recursos y la iatrogenia. En lo referente al final de la vida, en el primer mundo, la medicina se devalúa.

## 1.2. Democratización de la medicina y nuevas reivindicaciones de la autonomía

Mencionados los importantes cambios en la Medicina o la “ciencia médica”, para comprender el estado de la cuestión es igual de importante analizar los cambios en la *realización* de la medicina: la relación clínica, entre médico y paciente.

La segunda mitad del siglo XX es el tiempo de la autogestión del propio cuerpo, de la secularización de la vida pública y privada, del nacimiento de la bioética como la entendemos hoy, con la autonomía como piedra de toque (Beauchamp y Childress, 1999). A la par, el rol del médico se transforma: de ser una institución privilegiada, inimputable, paternalista, regida sólo por su propia moral (o, como mucho, los códigos de conducta elaborados por sus pares), de ejercicio liberal a cambio de un “honorario”, pasamos al médico a sueldo, ejerciendo en grandes instituciones, en una relación democrática e igualitaria con su paciente y sujeto al mandato de la ley.

Estos cambios culturales se trasladan al cuerpo legislativo y deontológico: tomar decisiones por el paciente sin consultar sus valores y preferencias pasa a ser considerado no ya poco recomendable, sino directamente mala praxis. Surge la doctrina del consentimiento informado y la ciudadanía comienza a reclamar garantías de que se respete su autonomía, sin tener que depender de la mejor o peor voluntad de los profesionales.

En este escenario, y posiblemente debido a un enfoque individualista (o de paciente/consumidor) propio de la cultura imperante a finales del siglo pasado, sumado a una mala interpretación del consentimiento informado y, sobre todo, a una confusión entre autonomía legal y autonomía moral, existe un florecimiento de múltiples documentos jurídicos que pretenden regular el ejercicio de la medicina: testamento vital, instrucciones previas, plan de parto, etc.

Esta tendencia alcanza en España un punto de inflexión en 2021, año de aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE). La ciudadanía, a través de sus representantes democráticos, decide aprobar para sí una actuación médica explícitamente prohibida en todos los códigos de deontología médica, de Hipócrates a nuestros días. Y, si bien la ley permite la objeción de conciencia a realizar la prestación, advierte también que los servicios públicos de salud deben garantizar el acceso a la misma.

## 1.3. Proceso de aprobación e implementación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE)

Entender el proceso legislativo por el que se llegó a la sanción de la ley en marzo de 2021 y comprender cómo transcurrieron los meses posteriores es también importante para centrar el estado de la cuestión. La andadura de la LORE comienza como Proposición de Ley en diciembre de 2020. Venía precedida de otras tres Proposiciones anteriores que no llegaron a materializarse (2017, 2018, 2019). La tramitación de la ley como proposición, y no proyecto de ley, “hizo posible la omisión de informes preceptivos que hubiesen podido mejorar el resultado final” (Seoane et al., 2022).

Sobre la deliberación parlamentaria que siguió a la propuesta, podría decirse que adoleció de los defectos habituales de estos foros. En un exhaustivo análisis del debate legislativo, José Antonio Seoane (2022) identificó:

- Vaguedad deliberada y señales de emotivismo, con un modelo de diálogo cuyo objetivo era el triunfo de la propia propuesta en detrimento de la precisión y rigor del texto.
- Ilícitos argumentativos: argumentos defectuosos, falacias y sesgos (*ad consequentiam*, *post hoc*), que revelan la débil justificación de algunas afirmaciones.
- Prevalencia de la racionalidad teleológica y racionalidad axiológica.
- Descuido y escasa atención a la racionalidad lingüística y comunicativa.

Debido fundamentalmente a este último punto, la LORE ha sido criticada por su imprecisión conceptual, ambigüedad, indefinición en la regulación de los profesionales participantes, generar problemas interpretativos o desatender la realidad clínica (Seoane et al., 2022; Seoane 2022; Altisent et al., 2021; Sociedad Española de Oncología Médica, 2021; Tomás-Valiente, 2021).

También se ha criticado la ley como “precipitada en su elaboración” (Seoane et al., 2022). Además, el plazo previsto por la ley para entrar en vigor, constituir las comisiones de Garantía y Evaluación y organizar el procedimiento de solicitud y realización fue de tres meses, circunstancia que ha sido considerada “imprudente”. Todas estas actuaciones se aprobaron, además, a “coste cero”; esto es, añadiéndose al (no poco) trabajo habitual de los profesionales de la salud y sus gestores.

La aprobación de la ley no excluye la necesidad de deliberación bioética previa sobre la eutanasia.

A la imprecisión de la ley, al corto plazo de implantación, y a su aprobación sin presupuesto hay que sumar el hecho de que las prestaciones sanitarias en España deben ser administradas por los sistemas de salud autonómicos (diecisiete, además de las áreas sanitarias de las ciudades autónomas). En Galicia, por ejemplo, el primer procedimiento para recibir la prestación fue aprobado contrarreloj por parte de la administración, y precisó de varias revisiones en el año posterior a su aprobación.

Hoy, cumplidos ya dos años de su aprobación, se aprecian algunos de los previsible problemas derivados de lo comentado anteriormente, fundamentalmente la gran divergencia y disparidad en el desarrollo normativo emanante de la LORE por parte de los sistemas autonómicos de salud, alguno de los cuales se comentará más adelante.

A la vez, el trabajo conjunto de las administraciones y sus respectivas Comisiones de Garantía y Evaluación ha dado su resultado en forma de instrucciones, guías técnicas y procedimientos cada vez más prolijos.

#### 1.4. ¿Puede la ayuda a morir ser ética?

Como se dijo en la introducción: la aprobación de la ley no excluye la necesidad de deliberación bioética previa sobre la eutanasia. Es un debate tan antiguo como la propia medicina. Junto al aborto, conforma la problemática que se ha dado en llamar “de los límites de la vida”, caracterizada por lo difuso de estos límites, y que aboca al fracaso a las aproximaciones que buscan encontrar axiomas o verdades absolutas, desde la lógica apodíctica o demostrativa. Las respuestas más adecuadas, más productivas y más éticas a los problemas que se presentan en los límites de la vida han llegado desde el razonamiento práctico y la deliberación, que se llevan a cabo con el objetivo de formular proposiciones prudentes para casos concretos.

El método deliberativo de Diego Gracia es la herramienta que ha ayudado a generaciones de médicos a llegar a estas proposiciones prudentes. Siguiendo la terminología propia del método deliberativo, éstas serían “cursos intermedios que dañan lo menos posible los valores en juego”. En los límites de la vida, los valores más difíciles de armonizar son “autonomía” y “vida”. Ocurre que, por poco que nos inclinemos hacia uno de los dos, el otro resultará dañado, algo que se hace patente cuando se debate sobre la ayuda a morir: si dar el consentimiento a una eutanasia equivale a anular el valor vida, ¿cómo se le puede llamar un curso intermedio?

En *Bioética Mínima*, el propio Gracia (2019) responde con uno de los escenarios: “[si otros cursos de acción intermedios se manejan adecuadamente], el suicidio asistido y la eutanasia quedarán reducidos a lo que deben ser, cursos completamente extraordinarios, solo aplicables en aquellas situaciones de fracaso de las vías intermedias. Eso sucede, sobre todo, en las enfermedades neurodegenerativas y en las traumáticas paralizantes de la actividad sensoriomotora de las personas”.

Es decir: la ayuda a morir es, por definición, un curso que debiera ser extraordinario (por anular un valor como la vida); pero podrá llegar a ser un curso intermedio plausible, por eliminación (si el resto de cursos intermedios posibles ha fracasado). Este es el punto de mayor consenso ético en lo referente a la ayuda a morir.

### 1.5. Confusiones habituales entre ética y derecho

Este consenso se viene pulsando desde hace años en determinadas sociedades del primer mundo; en la española con algo más de intensidad, probablemente debido a la alta esperanza de vida combinada con la altísima accesibilidad y desarrollo del sistema sanitario. Si nuestra sociedad fuese un inmenso comité de ética, podríamos decir que, una vez decidido que la ayuda a morir puede, de hecho, ser un curso intermedio, llevamos unos años tratando de facilitar su legalidad y realizabilidad.

Aquí surgen los retos que la ética le plantea al derecho: ¿cómo se regula una excepción?, ¿bastaría con una “despenalización”?, ¿aportaríamos esta la suficiente seguridad jurídica?, ¿es imprescindible convertir la excepción en derecho?

Una fórmula habitual para legalizar cursos de acción como aborto o eutanasia es la despenalización en determinados “supuestos”, pero las debilidades de este proceder son conocidas: la ley no puede contemplar todos los escenarios posibles, ni puede evitar que cada caso individual se pueda moldear para ajustarse a unos presupuestos (esto es lo que denuncia el concepto de “pendiente resbaladiza”).

Descartada, por inoperante, la posibilidad de despenalizar determinados supuestos, nuestros representantes decidieron el año 2021 regular la ayuda a morir como un nuevo derecho subjetivo de prestación sanitaria, para ciudadanos que se ajusten al marco normativo de la ley. La intención de la ley, reflejada en su preámbulo: “dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual” (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia).

¿Qué significa una respuesta “garantista”? Según Seoane y colaboradores (2022): “Que asegure el respeto de la voluntad autónoma de los pacientes sin interferencias indebidas en las situaciones clínicas propias de la prestación de la ayuda médica para morir («contexto eutanásico»: Preámbulo I y arts. 3 y 5 LORE) mediante una serie de requisitos de contenido y de procedimiento cuyo cumplimiento se somete a un sistema de control previo y posterior.”

Y es en este punto donde un desempeño profesional ético y de calidad podrá marcar la diferencia: interpretación de la voluntad, evaluación de la autonomía y de la capacidad, examen de requisitos, controles previos y posteriores. Son labores que se han dejado a profesionales de la salud, fundamentalmente al médico “responsable”.

La eutanasia es hoy legal, pero depende de los médicos que sea ética.

La responsabilidad, por tanto, nos compele por mandato legal, como hemos visto. Y también por mandato moral, porque es con nuestros pacientes, muchos de ellos llevados a situaciones de sufrimiento por acción de la medicina moderna, con los que debemos honrar el compromiso de no abandono.

La eutanasia es hoy legal, pero depende de los médicos que sea ética.

## 2. Consideraciones éticas sobre la regulación de la LORE: El acceso a la prestación

Asumimos que la ley es el pacto “de mínimos” sobre el que una sociedad logra ponerse de acuerdo, y que se convierte en criterio para la convivencia, sancionando y rehabilitando a quien no se ajuste a ella para que pueda convivir en la comunidad. La LORE no es una excepción, y los requisitos y procedimientos que regula conforman unos mínimos, entre ellos:

- Que la ayuda a morir se circunscribe al ámbito médico y sólo puede ser prestada por profesionales sanitarios.
- Que se reserva para ciudadanos españoles mayores de edad que padecen limitaciones y sufrimiento físico o psíquico consecuencia de “enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante”.
- Que nunca se puede solicitar por representación. Siempre tiene que hacerlo el interesado, bien en el momento en que desea la prestación, o bien dejando constancia en un documento de instrucciones previas.
- Que esta solicitud debe producirse “con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas”.

Cualquier supuesto que se alejase de los mínimos anteriores (eutanasia para menor de edad, no enfermo, solicitada por un tercero o sin evaluar las condiciones en que se pide) no se ajustaría a las condiciones que la sociedad ha exigido, en los términos de la ley.

Ahora bien, existen maneras muy distintas de aproximarse a la valoración de la autonomía. Ocurre lo mismo con la evaluación del sufrimiento. Y también existen documentos de instrucciones previas de mayor o menor calidad. La bioética lleva años tratando de dar estándares de excelencia, de “máximos”, para estas tareas. Por tanto, al médico que le interese realizar una prestación de ayuda a morir no sólo ajustada a la legalidad, sino ética, debería tener en cuenta los aspectos que se desarrollan a continuación.

### 2.1. Autonomía

¿Existen la libertad y la autonomía “absolutas” y libres de presiones, a las que hace mención el prólogo de la LORE? Y, de existir, ¿están al alcance de un enfermo grave?

La respuesta rápida sería: no, ni existen, y menos aún están al alcance de un enfermo grave, pero constituyen una buena utopía para guiar nuestras actuaciones.

Un primer paso para el médico que quiere realizar una valoración ética de la autonomía es comprender que existen distintos tipos y que no se deben confundir. Fundamentalmente, y en ningún caso, confundir autonomía jurídica o legal con autonomía moral. La autonomía legal (libertad o autonomía de la voluntad en el ámbito jurídico) se define con ánimo operativo, y se determina por las condiciones de información, capacidad y ausencia de coacciones externas. A efectos prácticos: una persona mayor de edad que conoce y comprende y que decide y actúa voluntariamente.

¿Es este el tipo de autonomía al que debemos aspirar en bioética? La primera bioética (Beauchamp y Childress, informe Belmont), asumió este concepto de autonomía y lo convirtió en principio: asume que el paciente, si es capaz, gozará de la capacidad de darse sus propias normas y de decidir sobre su propio bien en el contexto sanitario.

Con perspectiva histórica, Seoane (2008) ha definido este “autonomismo” como la “reacción pendular frente al paternalismo”. Frente a más de dos mil años de paternalismo, de pacientes que habrían sido tutelados *siempre* de manera involuntaria, el autonomismo afirma la autosuficiencia del individuo aislado (atomismo): “el autonomismo/atomismo considera la autonomía personal como un valor absoluto, y asume como premisa –una suerte de presunción *iuris et de iure*– que todos los sujetos disponen de capacidad para adoptar elecciones correctas en una determinada situación. Admite, además, que la corrección de la decisión equivale a autonomía: una decisión autónoma es siempre, *qua* autónoma, una decisión correcta, con independencia de si lo elegido es bueno o malo y de las consecuencias que pueda originar.”

La bioética no puede aceptar este modelo autonomista por múltiples motivos. Para comenzar, como continúa Seoane en la misma cita: “carece de sentido concebir la autonomía como un asunto meramente individual, pues sólo cobra sentido y puede ser garantizada en el seno de una determinada sociedad y con el apoyo de otras personas y de determinadas instituciones”. Pero, fundamentalmente, desde el prisma de la ética deliberativa, porque este modelo promueve lo que Gracia llama una “tiranía de valor”, en este caso en favor de la autonomía, colocándola en un nivel superior al resto de valores, y coartando la deliberación sobre este valor en concreto.

En el modelo autonomista/atomista, el médico adquiere un rol de técnico, de informador que, tras las debida anamnesis, exploración y pruebas, ofrece un diagnóstico y una serie de opciones de tratamiento (con sus respectivos pronósticos), entre las cuales el paciente escogerá una que será siempre la correcta contra la que no cabrá cuestión ni contraargumentación. Este modelo ha favorecido la juridificación de la relación clínica: la expresión de la voluntad inamovible del paciente en un documento legal.

La LORE formaliza dos procesos deliberativos entre el paciente que solicita la ayuda a morir y el médico responsable del proceso. ¿Qué cariz tomaría esta deliberación si asumimos que el paciente, por el mero hecho de no ser incapaz, tomará siempre la mejor decisión? ¿Sería esta, en verdad, una deliberación, o simplemente un proceso informativo?

El propio hecho de que la ley prevea una deliberación entre médico y paciente debe verse como un pequeño triunfo de la ética deliberativa, que el médico debería honrar facilitando a su paciente el tomar una decisión lo más autónoma posible. ¿Cómo



podemos, entonces, posibilitarlo? Ayudaría contar con una definición verdadera de autonomía moral, pero ocurre que esto no es tarea fácil. Existen muchas ópticas filosóficas. Y no podemos indicar al médico: “procure que su paciente tome sus decisiones con autenticidad heideggeriana”, o “asegúrese que su paciente se encuentra en la fase postconvencional de Kohlberg”, ni tampoco “traslade a su paciente a un nivel de abstracción donde pueda oír el dictado de su verdadera voluntad”.

Bajando a la tierra, en la relación clínica del día a día, promover la autonomía de un paciente pasará, básicamente, por asegurarse de que se está expresando lo más libremente posible y que es capaz de comprender y asumir las consecuencias de sus decisiones. La segunda premisa, sobre la capacidad, puede lograrse mediante: conocimiento de la realidad social y cultural del paciente, información adecuada a su nivel de comprensión, exploración de posibles sesgos cognitivos o de estados patológicos del ánimo que pudieran estar afectando su razonamiento, etc. La primera premisa, sobre la libre expresión de su voluntad, se consigue cultivando una relación clínica de calidad, con la confianza mutua como valor central. Una confianza que surja de forma natural, fruto de una relación humana “intersubjetiva y dialéctica” (Seoane, 2008), como es la relación clínica moderna; “edificada piedra a piedra en la enfermedad, pero también en la salud” (Novoa-Jurado y Melguizo, 2021). Una confianza que no puede ser ciega, impuesta, por criterio de autoridad, sino cultivada por ambas partes, en un contexto democrático de derecho y de pluralismo de valores.

Que la ley prevea una deliberación entre médico y paciente debe verse como un pequeño triunfo de la ética deliberativa.

He aquí el primero de los criterios de calidad ética para llevar a cabo una prestación de ayuda a morir: una relación clínica de confianza, entendida como el único escenario donde podrá el paciente expresarse con absoluta libertad y autonomía, como dice la ley. La palabra “confianza” no aparece, sin embargo, en el texto de la LORE, por escapar del ámbito de lo legible. Incluso, como veremos más adelante, desde algunas perspectivas más legalistas, ha llegado a cuestionarse la confianza como una posible “contaminación” del proceso deliberativo. Sin embargo, y como se verá también más adelante, la palabra “confianza” ha ido apareciendo en los distintos desarrollos normativos autonómicos

## 2.2. Sufrimiento

El sufrimiento es un concepto central en la LORE, es una condición *sine qua non* para recibir la prestación: no es suficiente padecer una “enfermedad grave e incurable” ni un “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”, sino que, en ambos casos, éstos deben producir al solicitante “sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable” en el caso del primer supuesto, o bien “sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece” en el segundo.

Como ocurre en el caso de la autonomía, nos encontraremos con que no es ético abordar de forma burocrática una esfera tan íntima como la del sufrimiento. No parece suficiente que un paciente marque una casilla de “sufrimiento” en un impreso, o simplemente lo declare a su médico. Un cierto sentido moral animará al médico a profundizar en su valoración, a comprobar su genuinidad, a descartar que se deba a causas remediables.

Pero, a la vez, ¿es ético “hurgar en la herida”?, ¿no es suficiente sufrimiento el saberse gravemente enfermo?, ¿es que nos hace falta una “demostración” del sufrimiento para creérmolo? ¿Existe, como escriben Morera y colaboradores (2022) en su cuidada revisión sobre las dimensiones del sufrimiento y su evaluación, el “riesgo de que los profesionales sanitarios sólo puedan identificarlo cuando se ajusta a su propio concepto de sufrimiento, normalmente de carácter físico, o a su percepción de congruencia sufrimiento-conducta”?

En el mismo texto se advierte: “el sufrimiento es el resultado de una compleja interacción entre enfermedad, tratamiento, personalidad y biografía”, que se experimenta en distintas dimensiones (física, psicoemocional, social, espiritual), y cuya correcta evaluación requiere formación técnica y capacidad de identificar los propios sesgos, además de habilidades (y tiempo) para realizar un abordaje holístico del mismo.

Si pervertimos reiteradamente la objeción de conciencia, damos razones a quien persigue eliminarla.

Se evidencia que estas cuestiones escapan a la ley, y que nos hallamos ante un segundo criterio de calidad ética de la evaluación de pacientes que solicitan ayuda a morir: valoración del sufrimiento siempre con los mejores estándares de profesionalismo.

### 2.3. Incapacidad

Las dificultades en la evaluación de la autonomía, la capacidad o el sufrimiento se presentarán cuando el médico pueda deliberar con el paciente que acaba de solicitar ayuda para morir y espera recibir dicha prestación a corto o medio plazo. Pero existen otras maneras de acceder a la prestación. El artículo 5.2 LORE establece que un paciente “que no se encuentre en pleno uso de sus facultades” podrá también ser subsidiario de la prestación, en caso de “sufrir enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante”, y “haber suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos”.

En este supuesto, ese pequeño triunfo de la ética deliberativa que identificamos anteriormente (en la vía del 5.1 LORE) ya no existe. El proceso deliberativo previsto para el paciente capaz y consciente, dividido en dos partes, que se extiende, como mínimo, a lo largo de aproximadamente 18 días, se sustituye por la simple entrega del documento de instrucciones previas -y la pequeña conversación aclaratoria que podría darse (o no), ante el trabajador social, el notario o el funcionario del registro-.

Para una ley con pretensión *garantista* (en el sentido de respeto de la voluntad autónoma de los pacientes), la vía del 5.2 supone una “rebaja en las garantías del procedimiento” (Seoane et al., 2022). Y al reducir las garantías, aumenta la incertidumbre ética.

Encontraremos el origen del error de esta vía, de nuevo, en una concepción autonomista/atomista de la relación clínica, que considera el documento de instrucciones previas como un *gold standard* ético, a pesar de la abundante evidencia sobre la permisión de sesgos (fundamentalmente el de temporalidad) en la toma de decisiones, la dificultad de su interpretación o su baja utilización (Pose, 2018; Lamas, 2022). El verdadero estándar oro en bioética consiste en la deliberación y planificación anticipadas de la atención, idealmente en un contexto de atención longitudinal, como

Atención Primaria (Pose, 2018; Valdés y González, 2019). Una tarea de máxima dificultad, especialmente en procesos de demencia, como apuntan Javier Júdez y colaboradores (2022): 1) Dificultad o limitación para anticipar preferencias (sesgos cognitivos) o calidad de vida subjetiva ante pérdidas al compararlo con las experiencias adaptativas al padecerlas. 2) Problema de la identidad a lo largo de la evolución de la enfermedad y conflictos potenciales entre la autonomía prospectiva y la autonomía contemporánea: entre los intereses del yo demenciado futuro, no inconsciente, que requiere apoyos, frente al yo presente planificador (competente) que teme demenciarse.

Si dentro de un contexto de planificación anticipada un paciente mostrase un deseo razonado, consistente y prolongado en el tiempo de recibir una eutanasia en caso de quedar incapacitado, el documento de instrucciones previas sí sería de utilidad.

Se vuelve, por tanto, imperante desde el punto de vista ético la necesidad de verificaciones adicionales para sustituir el criterio de voluntariedad desplegado en el proceso deliberativo requerido con una persona capaz. Y este es nuestro tercer criterio para una ayuda a morir ética: encontrar el modo de equiparar los requisitos de las peticiones de ayuda a morir en documentos de instrucciones previas con los de los pacientes capaces.

## 2.4. Conciencia

### 2.4.1. Concepto y aplicación de la objeción de conciencia

Hay dos recomendaciones éticas (muy) básicas que se deben trasladar al clínico sobre la objeción de conciencia: primero, reconocerla, y segundo, honrarla. Lo primero debería conducir a lo segundo.

Con reconocerla nos referimos a nunca dejar de admirar el hito que supone que una sociedad decida proteger la negativa de un ciudadano a cumplir un deber jurídico, convirtiendo esa protección en un derecho, cuando se argumentan razones de conciencia. A nivel de “evolución” democrática, es uno de los derechos más avanzados: la excepción legal al cumplimiento de la ley. Vivir en una sociedad liberal que admite la objeción de conciencia es un lujo que disfruta una mínima parte de la población global. Y un lujo reciente: en España se articula jurídicamente como derecho por primera vez en la Constitución de 1978.

Pese a su juventud, con la objeción de conciencia sucede lo mismo que con vivir en una democracia liberal: que la ciudadanía parece acostumbrarse y dar por sentada su existencia. Se olvida, se ignora que la conservación de ambas no se hace “en pasivo”, sino de forma activa, militante. Como con cualquier objeto valioso: su conservación requiere cuidados habituales, en este caso promoviendo y educando en cultura y valores democráticos. Y en la misma analogía: su descuido puede llevar a su desaparición. Si decidimos vivir y actuar, sea en casa o en la calle, de modo antidemocrático, podremos encontrarnos un día con que la protección democrática ha desaparecido (y ese día será mejor no suponer una amenaza para el poder que la suplante). Si pervertimos reiteradamente la objeción de conciencia, damos razones a quien persigue eliminarla. Con reconocer la objeción de conciencia nos referimos entonces a no darla por sentada; no es un tótem, es un delicado equilibrio. Así lo llaman Azucena Couceiro y colaboradores (2011), proponiendo, como puntos fundamentales para “mantener el equilibrio”:

- Debe reconocerse el derecho a la objeción de conciencia.
- La objeción tiene carácter excepcional (la regla general es el cumplimiento de las normas y los deberes jurídicos).
- La conciencia no prevalece siempre: la legitimidad de la objeción de conciencia exige analizar el contexto en que se produce el conflicto y ponderar los bienes y derechos en juego.
- La objeción de conciencia exige simultáneamente respetar y garantizar el ejercicio de los derechos de los ciudadanos reconocidos por las leyes vigentes.
- La objeción debe hacerse explícita, señalando dónde radica el conflicto entre el deber jurídico y el deber de conciencia.

Si hemos sido capaces de entender su extraordinario valor, su carácter excepcional y el delicado equilibrio que la sustenta, se entiende que nos sentiremos obligados a realizar un “buen uso” de la misma, como dicen Couceiro y colaboradores en su artículo, u honrarla, como hemos dicho aquí.

Honrarla significa hacer uso de la objeción de conciencia cuando el cumplimiento de un cierto deber jurídico nos suponga un *auténtico y verdadero* daño moral inasumible. Incluso hasta el punto en que, de no existir la objeción de conciencia, seríamos voluntariamente insumisos y aceptaríamos la pena que se nos impusiera. Como suele decir Diego Gracia en sus conferencias: la objeción de conciencia tiene que ser eso, de conciencia. En esta frase, la repetición no es sólo una figura retórica; es el *quid* de la cuestión. La objeción de conciencia está circunscrita a la conciencia. Cualquier otro motivo no es legítimo. “La pseudo-objeción y la cripto-objeción son el gran lastre para el respeto de la auténtica objeción de conciencia. [...] Los enemigos de la objeción de conciencia no son quienes se oponen a ella, sino quienes abusan de algo tan íntimo, y por ello tan difícil de controlar, como la conciencia. Los verdaderos enemigos de la objeción de conciencia son aquellos que quieren convertirla en un bastión inexpugnable, ante el que reboten todos los demás derechos, y quienes se aprovechan de ella haciendo pseudo-objecciones o cripto-objecciones”. (Gracia, 2011)

Esto escribía Gracia en 2011, y debemos con amargura admitir que, como advertía, el respeto a la objeción de conciencia como figura sí se ha lastrado desde entonces. Exactamente por los motivos que explicaba. Los profesionales sanitarios de este país hemos permitido y seguimos permitiendo la objeción “de conveniencia”: para evitar tener que formarnos, para no cargar con el trabajo del que se libran los otros objetores o simplemente porque “no nos apetece”, entre otros espurios motivos.

Estas actitudes, aunque no se confiesen, erosionan el concepto de objeción de conciencia e incluso el de la misma democracia. El ciudadano podrá preguntarse legítimamente: ¿para qué sirve que yo vote a mis representantes y estos aprueben ciertas prestaciones, si después el estamento médico las convierte en inaccesibles? Sin olvidar tampoco la diferencia de clase: superado ya el servicio militar obligatorio, la objeción de conciencia es un derecho que se relaciona hoy día con médicos, con jueces. Otros ciudadanos se preguntan: “¿por qué se niegan a hacer su trabajo? Yo no tengo ese privilegio”.

En un trabajo sobre prestación de ayuda a morir es importante subrayar la “exigencia simultánea de respetar y garantizar el ejercicio de los derechos de los ciudadanos reconocidos por las leyes vigentes”. El derecho a objetar lleva aparejado el deber de garantizar que el ciudadano puede ejercitar su derecho. Declararse objetor no equivale a hacer mutis cuando nos solicitan un aborto o una eutanasia; esto constituiría una mala

praxis. En un Estado de derecho, el médico objetor debe buscar una alternativa razonable y accesible para su paciente: “yo no lo haré, pero puedo referirle a...”. Desde marzo de 2021 la prensa ha informado de, al menos, tres suicidios de conciudadanos que habrían manifestado previamente su deseo de solicitar la prestación de ayuda a morir ante profesionales sanitarios que no se hicieron eco de la petición, aduciendo ser objetores\*. Según la lógica bioética de este trabajo, y en correspondencia con el espíritu de la LORE, estos hechos resultan inadmisibles.

Serán, por tanto, criterios éticos respecto de la objeción de conciencia: comprender lo extraordinario de su existencia y hacer un uso auténtico de la misma.

#### 2.4.2.Registro de objetores de conciencia

Hemos visto que armonizar objeción de conciencia con garantía de acceso plantea cuestiones éticas a nivel individual de cada médico, de cada caso. También plantea el mismo problema (a nivel “macro”), a la administración sanitaria, que debe garantizar la accesibilidad a las prestaciones que pueden objetarse a la vez que ampara a sus trabajadores objetores sin discriminarlos.

La solución más intuitiva: contar con una lista de objetores que permita a la administración conocer sus efectivos. Son los conocidos “registros”, donde los profesionales pueden declararse objetores. Una característica de estos registros es que el profesional debe constar en ellos con anticipación a ser requerido para realizar la prestación. En España hemos conocido estos registros en relación con el aborto, y la LORE ordena uno similar para la prestación de ayuda para morir, en su artículo 16.

El primer problema que plantean estos registros es el de su propia existencia: muchos profesionales (Diego Gracia entre ellos) han expresado un comprensible recelo a que existan listas que agrupen a personas conforme a algo tan íntimo como la conciencia. La creación del registro de objetores a realizar la interrupción voluntaria del embarazo fue recurrida ante el Tribunal Constitucional en 2014, alegando que podría suponer un daño a varios derechos, entre ellos los constitucionales de libertad ideológica e intimidad. El tribunal no aceptó el recurso, remitiéndose, respecto de la intimidad, a la sentencia de 1987 al respecto de la objeción al servicio militar obligatorio: “el ejercicio de este derecho no puede, por definición, permanecer en la esfera íntima del sujeto, pues trae causa en la exención del cumplimiento de un deber y, en consecuencia, el objetor ha de prestar la necesaria colaboración si quiere que su derecho sea efectivo para facilitar la tarea de los poderes públicos en ese sentido (art. 9.2 CE)”. Sobre el posible daño a la libertad ideológica, el tribunal estimó que temer, o hasta presuponer, un mal uso de los registros constituía una queja “sin base jurídica alguna” (Sentencia del Tribunal Constitucional 151/2014, de 25 de septiembre de 2014).

Serán criterios éticos respecto de la objeción de conciencia: comprender lo extraordinario de su existencia y hacer un uso auténtico de la misma.

A nivel ético cabría argumentar a favor de los registros de objetores desde la óptica del principio de justicia: en favor de un acceso igualitario a las prestaciones sanitarias, parece razonable que la administración pueda contar con un registro con el objeto de,

\* El País, 23/09/21, Una mujer que pidió la eutanasia se suicida en un hotel de Madrid. El Periódico de Aragón 8/11/21, Una mujer se suicida en Zaragoza ante el “silencio médico” a su petición de eutanasia. El País, 13/07/22, Un sevillano que solicitó la eutanasia recurre al suicidio ante la falta de protocolos claros de la Junta de Andalucía.

como dice el art. 16 LORE, “facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación”.

Otro problema de los registros es su utilidad, o su capacidad para amparar a un objetor no general. Los registros son útiles para enmarcar a los profesionales con las posiciones más extremas: el objetor inamovible, convencido, general, sólo tendrá que declararse o inscribirse una vez, y permanecer en ese registro toda su carrera profesional; por el contrario, aquel médico partidario, entusiasta, que considera eutanasia o aborto como “derechos” que deben ser siempre respondidos favorablemente, sólo tendrá que desentenderse del registro por toda su carrera. El registro no termina de resolver, sin embargo, la zona “de grises”, en la que se encuentren probablemente la mayoría de los profesionales: ni absolutamente a favor ni completamente en contra. Pongamos el caso de un médico que es, como norma general, favorable a realizar la prestación de ayuda a morir, y ha realizado ya más de una, pero al cabo del tiempo se encuentra con un caso que, aun considerándolo merecedor de la prestación, le provoca un verdadero daño moral que le impide realizarla. Quizás, imaginemos, la prestación ha sido pedida a través de un documento de instrucciones previas, y el médico tiene dudas de que el paciente estuviese correctamente informado en el momento de su firma. Escribe Diego Gracia que “todo profesional ha de tener la capacidad de no intervenir activamente en aquello que considera incorrecto, sin que por ello se le inscriba en un registro general como objetor, porque no es un objetor general” (Gracia, 2022). Es el problema de la objeción de conciencia sobrevinida.

Este problema se ha resuelto, históricamente, al margen de la ley. El profesional que objetaba de forma sobrevinida simplemente no realizaba la prestación, sin declararse ni inscribirse en ningún sitio, obligando a paciente y administración a “buscarse la vida”. Esta forma de actuar ha vuelto a observarse desde la aprobación de la ayuda para morir.

El País Vasco ha realizado una innovación: el registro de objetores “dinámico y flexible” a través de internet.

No parece un modelo que se *deba* seguir manteniendo. En primer lugar, por respeto al ciudadano que no puede encontrarse con que el acceso a las prestaciones cambia de forma errática. En segundo lugar, porque, como se dijo antes, estas objeciones no regladas producen desgaste a la propia figura de objeción que conciencia, que tan positivamente valoramos. Y tampoco parece que se *pueda* seguir manteniendo por mucho tiempo: las opciones políticas favorables a un control estricto de los objetores han ganado terreno en los últimos años.

Al respecto del problema de la objeción sobrevinida a la ayuda para morir, y con ayuda de las nuevas tecnologías, la comunidad autónoma del País Vasco ha realizado una innovación: el registro “dinámico y flexible”, en palabras de su viceconsejero de salud, a través de internet. Con respecto al registro tradicional, esta nueva opción en línea aportaría una inmediatez al profesional que, sin ser objetor general, decide objetar en relación a una petición en concreto, permitiéndole cumplir el requerimiento legal de anticipación. Es una solución, por tanto, efectiva a nivel legal. ¿Pero a nivel ético? Por una parte, mantiene la incertidumbre sobre la disponibilidad real de profesionales; pero es cierto que, por otra, este registro dinámico y flexible da un soporte más eficaz que el existente hasta ahora a los profesionales de posiciones menos extremas, que se sienten más cómodos evaluando cada caso.

### 3. Desarrollo normativo de la LORE: Los actores del proceso

Una manera de analizar y comprender el proceso que regula la LORE es definir a sus

actores o participantes y explicar sus interacciones. De este modo, se describen cinco actores, siendo los principales los dos primeros:

- Paciente
- Médico Responsable (MR)
- Médico Consultor (MC)
- Equipo Asistencial (EA)
- Comisión de Garantía y Evaluación (CGAE)

En la búsqueda que nos ocupa, de definir actuaciones éticas en el proceso de ayuda a morir, es importante entender qué labor establece la ley para cada uno de ellos y cómo pueden contribuir a mejorar la prestación. Tras haber tratado la figura del paciente en los apartados anteriores, nos centraremos ahora en los otros actores profesionales.

### 3.1. El médico responsable: el verdadero garante del proceso

El artículo 3 de la LORE lleva el título de *Definiciones*, y encontramos en él, entre otras, la de médico responsable (MR): “facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.”

Esta definición es idéntica a la definición de médico responsable utilizada 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. Esta ley ordena y orienta, desde hace veinte años, las relaciones médico-paciente en nuestro país, bajo los principios de “escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, [...] confidencialidad de la información [...] y sin ningún tipo de discriminación.”

De esta identidad de definiciones podría inferirse que la intención del legislador, en lo referente a la ayuda a morir, es que sea prestada en igualdad de condiciones que el resto de la cartera de servicios del SNS, sin singularizarla. Esto es, por el médico que se viene responsabilizando del usuario, en los términos establecidos en 2002. Este médico sería idealmente el Médico de Familia, que gracias a su relación “longitudinal y de confianza” constituiría “la salvaguarda más importante” para evitar la “presión externa de cualquier índole” a la que la ley se refiere, pero también podría ser cualquier otro facultativo. El Ministerio de Sanidad ha publicado un Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia donde recomendaba que el MR fuese elegido por el paciente (Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia, Ministerio de Sanidad; 2022)

La figura del MR no queda, ni mucho menos, cerrada en el artículo 3, sino que a lo largo del articulado de la LORE se continúa dibujando su figura asignándosele numerosas funciones que lo convierten en un protagonista muy activo en el proceso eutanásico. Muchas funciones pertenecen a la esfera administrativa, pero otras tantas son funciones médicas (ver TABLA 1). Es el MR el que deliberará en primera instancia con el paciente, el que será su interlocutor durante las verificaciones de los otros profesionales y, en última instancia, el que dirigirá el equipo asistencial que dará la prestación. Es la figura fundamental de la parte asistencial del proceso.

En la cuestión de dar una atención ética a las demandas de ayuda a morir, la actuación del médico responsable es indispensable. La calidad ética del proceso depende

directamente de él. Sólo existirá si él se lo propone. Es cierto que hay otras instancias de verificación, que veremos a continuación, pero como advierte Diego Gracia (2022): “no está claro que los dos miembros de la comisión de garantía tengan que considerarse obligados a llevar a cabo una evaluación ética del caso”.

Por lo tanto, continúa Gracia, “a él compete dotarse de la adecuada formación y evaluar correctamente a quien le hace una petición en tal sentido”. Dotarse de los conocimientos y habilidades para la deliberación, para la parte administrativa y para la realización de la prestación es una responsabilidad de aquellos médicos que pudieran ser requeridos como responsables por sus pacientes (atención primaria, neurología, oncología, neumología, etc.), del mismo modo que es responsabilidad del médico informarse y aprender cuando surge una nueva enfermedad, una nueva técnica diagnóstica, o se aprueba un nuevo protocolo interno en su servicio de salud. En paralelo existe también una obligación de la administración de proporcionar una adecuada formación a sus médicos, que además viene regulada en la ley (disposición adicional séptima).

Por lo expuesto anteriormente, para una atención ética, el MR debería contar con formación en deliberación y en los mecanismos que regula la LORE.

TABLA 1

<b>FUNCIONES DEL MÉDICO RESPONSABLE RECOGIDAS EN LA LORE</b> <i>Selección recogida del texto legal, por orden de aparición</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Coordina toda la información y la asistencia sanitaria del paciente</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Informa al paciente sobre su proceso médico y</li><li>• Recoge este proceso en la Hª Clínica</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Considera si la pérdida de capacidad de la persona solicitante es inminente</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Certifica que el paciente se encuentra (o no) en pleno uso de sus facultades</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Valora la capacidad de acuerdo al protocolo del Consejo Interterritorial de Salud</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recibe el documento de solicitud o bien lo rubrica con el paciente</li><li>• Lo incorpora a la Hª Clínica</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Presenta él la solicitud, en caso de incapacidad del paciente</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Delibera con el paciente solicitante sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos</li><li>• Se asegura de que éste comprende la información que se le facilita</li><li>• Facilita esta información por escrito</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Delibera de nuevo y aclara dudas (tras la segunda solicitud)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recaba la decisión de continuar con el proceso</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunica esta circunstancia al equipo asistencial</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recaba la firma del consentimiento informado</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta al médico consultor</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pone en conocimiento del proceso a la Comisión de Garantías y Evaluación</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recibe la comunicación del paciente acerca de la modalidad que éste prefiere.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Asiste al paciente hasta el momento de su muerte, o bien mantiene la debida tarea de observación y apoyo a éste hasta el momento de su fallecimiento.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Remite los documentos finales a la Comisión de Garantías</li></ul>



### 3.2. El médico consultor

Es una figura inédita en el cuerpo legal español, la LORE intenta regular con él lo que siempre se ha conocido en Medicina como la “segunda opinión”. Según el texto de la ley, el médico consultor (MC) es el “facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable” (art. 3.e) LORE), que “tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas [...] para lo cual redactará un informe” (art. 8.3 LORE).

Es la suya, entonces, una labor de corroboración o verificación, que finaliza con la redacción del informe, sin reclamársele en ninguna otra instancia del proceso. Su responsabilidad es, evidentemente, menor que la del MR.

Aunque sea por breve tiempo, el MC realiza una labor asistencial al paciente solicitante. Y no hay motivo para suspender sus obligaciones éticas como médico durante este período, por breve que sea. Aunque no sea la suya una consultoría ética, sería recomendable que, de apreciar algún fallo en este sentido, el MC lo hiciera constar en su valoración.

Lo cierto es que cuando el MC es consultado por un colega o designado por la administración, no lo es para realizar una corroboración “a ciegas”, sino que conoce por qué y para qué se necesita su informe. Además, su informe es condición indispensable para que la ayuda a morir tenga lugar. Respecto de esto último, cabría debatir si constituye, *sensu stricto*, implicación directa, pues desde alguna tribuna se ha dudado si el MC podría acogerse a objeción de conciencia, al considerar que no forma parte de los profesionales con *implicación directa* en el proceso (Tarodo et al., 2022). No obstante, parece razonable que un médico objetor no tuviese que verse en el trance de tener que cubrir un documento fundamental para la ayuda para morir en su condición de MC.

El Médico Responsable es la figura fundamental de la parte asistencial del proceso.

Por ello, nuestra recomendación ética en lo referente al MC es que cumpla el mandato legal de examinar al paciente (no sólo de la lectura la historia clínica); haga constar las dudas que detecte en lo referente a la ética del caso; y que su labor sea realizada por médicos no objetores.

### 3.3. Las comisiones de garantía y evaluación

La última instancia previa a la prestación de ayuda a morir es la verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación (existe también una verificación posterior a la prestación). Esta comisión es también creación de la LORE, que estipula que tendrá “carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas.” (Art. 17.1 LORE)

La verificación previa se realiza por una dupla de miembros de la comisión, médico y jurista, quienes, en caso de duda o desacuerdo, deben elevar la verificación al pleno de la comisión. Como ocurría en el caso del MC, es importante señalar que su labor es de verificación, no de examen ni de inspección. Lo advierte Gracia (2022): “No está claro que los dos miembros de la comisión de garantía tengan que considerarse obligados a llevar a cabo una evaluación ética del caso y no otra meramente formal y administrativa”. Aun así, y también como ocurría con el MC, será una obligación ética de los médicos,

enfermeras y juristas que compongan la comisión de garantía el señalar cualquier aspecto que sea mejorable a nivel ético. Una mayoría de comunidades autónomas optaron por formalizar, en sus respectivos decretos de creación de sus comisiones de garantía, la recomendación de que sus miembros tuviesen conocimientos de bioética, probablemente con esta intención muy razonable.

En este mismo sentido, parece adecuado que entre los miembros de la comisión de garantía no haya objetores de conciencia, pues si se trata de *auténticos* objetores siempre existirá la pulsión a encontrar otro curso de acción distinto a la ayuda para morir, y una cierta aversión a ser el firmante de un documento que la autorice. Este debate ha existido en determinadas comunidades autónomas donde objetores de conciencia declarados mostraron interés en formar parte de comisiones de garantía. Y también ha sido propuesto por quienes interpretan de forma estricta el concepto de implicación directa (Tarodo et al., 2022).

Nuestras recomendaciones éticas al respecto de las comisiones de garantía y evaluación se concretan en que: estén constituidas por profesionales no objetores de conciencia y con conocimientos de bioética o deliberación bioética siempre que sea posible, a efectos de poder señalar los defectos bioéticos que se pudieran detectar, además de los formales y administrativos.

#### 4. Diferencias en el desarrollo normativo por parte de las Comunidades Autónomas

Como se comentó en el apartado 1.3, la LORE adolece de imprecisión conceptual, lo que ha favorecido que se den importantes diferencias en su desarrollo normativo en cada comunidad autónoma. Seguir el rastro de cada avance normativo en cada una de las diecisiete comunidades es una tarea difícil a la que no aspira este trabajo, sobre todo teniendo en cuenta que todas han realizado innumerables ajustes y revisiones de sus protocolos desde marzo de 2021. Pero sí existen algunas diferencias que parecen tomar forma y mantenerse, y sobre las que convendría reflexionar a nivel ético.

##### 4.1. Diferencias en la definición de médico responsable

La diferencia más importante a nivel ético tiene que ver con las distintas interpretaciones que se han hecho de la figura del médico responsable (MR). En la Tabla 2 se exponen algunas diferencias significativas que se hallaron leyendo los procedimientos y protocolos de las comunidades que los han hecho públicos, así como los portales de información ciudadana.

Estos hallazgos sugieren dos modelos a la hora de definir el MR:

- Dos autonomías (Galicia y Asturias) atribuyen la designación del MR a la administración sanitaria (dirección asistencial). A este modo de actuación podríamos llamarle “modelo burocrático o garantista”.
- Ocho autonomías se inclinan, de una manera más o menos explícita, hacia una designación del MR que prioriza la relación de confianza previa. A este modo de actuación podríamos llamarle “modelo clínico o de continuidad asistencial”.

De plantear un “falso” dilema entre ambos, parece que el modelo favorito de la bioética debiera ser el segundo, por priorizar la relación clínica, frente al primero, más legalista. El problema del segundo modelo es que podría suponer una traba para el acceso a la prestación a aquellos pacientes que no tengan edificada previamente una relación de confianza con sus respectivos médicos, causando entonces un problema ético de

justicia en el acceso a recursos sanitarios. No podemos olvidar la gravedad de los casos de suicidio al no acceder a la prestación comentados anteriormente.

Parece que lo ideal sería sumar las bondades de cada modelo: la garantía de acceso que otorga el primero, con el respeto a la relación clínica del segundo. En este sentido, recientemente la comunidad autónoma de Galicia ha modificado su protocolo para acceder a la prestación de modo que: se mantiene la designación formal del MR por parte de la administración, pero en el impreso de solicitud el paciente puede proponer a un médico de su confianza para el puesto, sugerencia que se respeta “siempre que sea posible” (Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia, (2022). Protocolo sobre o procedemento para a prestación de axuda para morrer).

**TABLA 2**

<b>INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO RESPONSABLE ADICIONAL A LA LORE</b> <i>Recogida de los portales informativos de cada CC.AA. (durante marzo de 2022)</i>	
ARAGÓN	<i>¿Cómo se solicita la ayuda para morir? Se presentan dos solicitudes al médico responsable de su proceso en un plazo de 15 días</i>
ASTURIAS	<i>Será la Comisión de Dirección del Área Sanitaria correspondiente, quien asigne a un/a profesional facultativo/a como Médico/a Responsable</i>
BALEARES	<i>¿Quién puede ser el médico responsable? Puede ser cualquier médico del equipo asistencial de la persona que solicita la ayuda para morir, que conoce y lleva su caso, elegido por la persona solicitante.</i>
CANARIAS	<i>La persona que desee solicitar la prestación de ayuda para morir debe presentar una solicitud por escrito y entregarla a su médico responsable</i>
CASTILLA_ LEÓN	<i>El paciente debe presentar la solicitud de prestación de ayuda para morir (Modelo 1), al facultativo responsable de su proceso asistencial, por ser quien tiene de referencia [...], o si éste se hubiera declarado objetor de conciencia, a quien éste le derive.</i>  <i>El médico responsable podrá ser tanto el médico de familia del paciente como, en función de la situación asistencial, otro especialista. El paciente lo manifestará en su solicitud.</i>
CATALUÑA	[Sobre el artículo 3.d de la LORE]  <i>Este Modelo se fundamenta en varios principios inspiradores, destacando especialmente el respeto por la autonomía del paciente y la garantía de la equidad territorial en el acceso a esta prestación. En este sentido, la persona solicitante dispone de plena autonomía para elegir el facultativo que será su médico, preferentemente, de entre todos los profesionales médicos de su red asistencial pública o privada. Hay que tener en cuenta que probablemente la persona solicitante escogerá un profesional de su confianza (profesional de referencia de la atención primaria, profesional de referencia de una de sus patologías de la atención especializada, etc.).</i>

COMUNIDAD VALENCIANA	<i>Para solicitar la prestación de ayuda para morir deberá dirigirse a un "médico/a responsable" de su equipo asistencial.</i>
GALICIA	<i>Será designado por la dirección asistencial da área sanitaria, una vez analizada la solicitud presentada.</i>
MADRID	<i>¿A quién debo entregar esta solicitud? A su médico responsable, que preferiblemente será aquel con el que haya establecido usted una relación de confianza mientras le ha tratado de su enfermedad.</i>
PAÍS VASCO	[Sobre el artículo 3.d] <i>En muchas ocasiones, el/la "médico/a responsable" va a resultar siendo el/la médico/a de Familia de la persona solicitante, pero en otras ocasiones, dependiendo del contexto asistencial en el que se encuentre la persona solicitante, podrá ser un médico o médica del ámbito hospitalario (Oncología, Radioterapia, Cirugía, Nefrología, Neurología, Neumología, Psiquiatría, etc.). Va ser la persona solicitante, decidiendo a quién le confía su voluntad de solicitar la eutanasia, la que finalmente determine quién va a ser el "médico o médica responsable".</i>

ANDALUCÍA, CANTABRIA, CASTILLA \_LA MANCHA, EXTREMADURA, MURCIA, NAVARRA Y LA RIOJA no aportan información adicional.

#### 4.2. Diferencias en la composición de las Comisiones de Garantía y Evaluación

En los meses siguientes a la publicación de la LORE cada comunidad elaboró su propio decreto de creación de sus respectivas comisiones de garantía. En ellos, existe siempre un apartado denominado "composición", en referencia a las características que deben cumplir sus miembros. La lectura de estos apartados es reveladora de la enorme divergencia entre comunidades.

En lo referente a la bioética: algunas comunidades ni siquiera mencionan la palabra, mientras Canarias lo convierte en requisito y ordena que, en caso de no encontrar personas con formación bioética, se deje constancia de los "intentos frustrados" por encontrarlas. Algunas recomiendan formación bioética a todos los integrantes, otras sólo a los juristas y otras sólo a médicos. Algunas integran un miembro de su Comité de Bioética Autonómico, la mayoría no. Otras dejan puestos de la comisión a propuesta de los colegios médicos, la mayoría no. Los detalles literales de cada decreto se han recogido en el ANEXO I

De una ley imprecisa y unas comisiones de garantía dispares saldrán, como es de esperar, distintos esquemas y modos de trabajo. En este sentido no contamos con referencias factuales que se puedan reproducir, pero algunas reuniones nacionales entre miembros de comisiones, presidentes de comisiones, o representantes de colegios médicos han arrojado diferencias notables en el modo de afrontar las tareas de verificación. Se dice, por ejemplo, que en una comunidad autónoma el presidente de la comisión se entrevista personalmente con todos los solicitantes, o que en otra la pareja inicial evaluadora se eleva a tres o cuatro personas.

Sobre el modo de afrontar las tareas de verificación: se han apreciado diferencias notables entre comunidades autónomas.

Evidentemente, el problema de la divergencia normativa entre comunidades autónomas es una característica de nuestro modelo de estado, y resolverlo se escapa del ámbito del presente trabajo. Por lo menos, en lo concerniente al ámbito sanitario, en los últimos años hemos visto avances en aras de la homogeneización del acceso a los servicios sanitarios y de farmacia. En esta misma dirección, probablemente sería beneficioso convenir estándares comunes para todas las comisiones de garantía del país; y promover la formación en bioética de todos sus miembros.

## 5. Experiencia trabajando en una Comisión de Garantía y Evaluación

Este artículo está desarrollado a partir del Trabajo de Fin de Máster en Bioética del autor, dirigido por José Antonio Seoane Rodríguez, ambos miembros, desde su creación, de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de Galicia. A la hora de definir la estructura y el contenido de aquel trabajo, pensamos que podría tener interés describir y compartir la visión en primera persona del trabajo real en el desarrollo de la prestación y de los problemas éticos surgidos durante esta labor.

Existe una obligación (art. 19 LORE) para los miembros de la Comisión de “guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que [...] hayan podido conocer” que, como es lógico, impedirá ahondar en el detalle de cada caso. Pero al margen de los casos individuales, se han afrontado desde marzo de 2021 una serie de problemas estructurales que merecen ser examinados desde el punto de vista ético.

### 5.1. Designación de médico responsable

Como se ha explicado, en la comunidad autónoma de Galicia el médico responsable (MR) es nombrado por la dirección asistencial de cada área de salud, priorizando para este papel al médico que sugiera el paciente y en segundo lugar (si no se había sugerido antes), al médico de Atención Primaria del solicitante.

Uno de los principales problemas que se han encontrado en este tiempo de vida de la LORE en nuestra comunidad autónoma es el gran número de veces que este procedimiento (que podría parecer sencillo) se ha complicado o ha fallado, obligando a buscar un MR fuera del círculo asistencial del paciente, con los inconvenientes que eso supone para el proceso.

El principal motivo para la negativa a participar como MR han sido las objeciones sobrevenidas y no regladas, a través de conversaciones informales médico-gestor donde los profesionales han aducido ser objetores (muchos sin haberlo declarado previamente). También falta de formación para llevar a cabo el proceso, o no tener una relación previa con el paciente.

Ninguno de estos motivos parece completamente válido.

- Sobre la objeción sobrevenida y no reglada, y la falta de seriedad que entraña, y las sospechas que suscita, hemos hablado en un epígrafe anterior (2.4).
- Sobre la falta de formación: es cierto que la propia ley, inexplicablemente, previó un plazo de tres meses para su entrada en vigor (disposición final cuarta LORE) y un plazo de un año para coordinar la oferta de formación continua específica (disposición final séptima LORE), lo cual hizo que la oferta formativa para los primeros MR fuese escasa. Ahora bien, si exploramos, con ánimo de simplificar

(y asumiendo el tosco reduccionismo que esto conlleva), las habilidades que se necesitan para llevar a cabo una prestación de ayuda a morir, nos encontraremos con que estas se podrían reducir a deliberar con el paciente, responder en tiempo a una serie de trámites y administrar una medicación por una vía periférica, todas ellas habilidades esperables en un clínico medio. Además de esto, es difícil de justificar esa actitud pasiva o expectante ante la falta de formación, al menos en médicos de un servicio público de salud.

- Sobre la falta de relación previa con el paciente: lamentablemente, esto ha ocurrido un número suficiente de veces como para suscitar la pregunta “¿será que solicitan ayuda a morir aquellos pacientes que no tienen una relación fluida con su médico de familia?”. Este problema se enmarca dentro de una infinidad de conflictos que tienen como origen la falta de continuidad asistencial o de longitudinalidad en la atención primaria y hospitalaria. Igualmente, no parece un motivo del todo válido para rechazar ser MR, porque es de esperar que el nuevo médico que asuma el cargo tampoco tenga una relación previa con el paciente.

Por parte de las direcciones asistenciales, se ha reclamado también comprensión de la dificultad de su rol como asignadores de MR, que no han querido ejercer de forma autoritaria ante un cuerpo médico con un alto nivel de estrés laboral.

Sobre los horizontes de este problema: es de esperar que el paso del tiempo, la normalización de la prestación, la ampliación de la oferta formativa y la renovación generacional vayan enmendando estos problemas, y el rol de médico responsable resulte más asumible a nivel individual y más viable a nivel organizativo/asistencial.

Mientras tanto, como solución más a corto plazo, se recomienda insistir por la vía pedagógica: formación en profesionalismo, formación en prestación de ayuda a morir.

### 5.2. La lógica asistencial y la lógica jurídica

Como lugar de reunión de profesionales sanitarios y juristas con experiencia en este sector, la comisión de garantía ha supuesto un foro de gran interés para apreciar cómo profesionales con un interés común (implementar la prestación con la máxima calidad), pueden tener desencuentros fruto de las distintas lógicas de cada disciplina.

En el caso de la comunidad autónoma de Galicia, uno de los desencuentros más notables e inesperados tuvo lugar cuando, al inicio de su andadura, hubo que interpretar el mandato de la LORE en lo referente al médico responsable. Mientras que todos los clínicos habían interpretado esta figura como un médico habitual del paciente, algunos juristas habían interpretado algo completamente distinto. Según ellos, el médico responsable debía ser un médico nuevo, no sesgado ni “contaminado” por la relación previa con el paciente.

El motivo de esta interpretación era la intención de dar limpieza, pureza, al proceso administrativo. Algo comprensible dentro de la lógica jurídica. Tras un largo debate, logró convenirse que el proceso clínico, aun siendo un proceso administrativo, posee unas características propias, de carácter humano, que no impedían esa pureza procesal.

### 5.3. La realidad asistencial y las necesidades administrativas

Otras realidades que han chocado en la implementación de la LORE han sido la realidad asistencial del Sistema Nacional de Salud y la necesidad administrativa de cumplir con todos los requerimientos legales (documentales, de plazos).

Por ejemplo: ¿qué hacer si durante el primer proceso deliberativo entre MR y paciente surgiera la necesidad de hacer una prueba complementaria imposible de finalizar en el plazo establecido por la ley? ¿Qué hacer si paciente y equipo asistencial han fijado una fecha para recibir la prestación, pero nos encontramos con que falta uno de los múltiples documentos que se deben cubrir con anterioridad?

Para sólo dos años de andadura de la ley, han sido muchas las situaciones de este cariz. Hasta la fecha, la comisión gallega ha optado siempre por tratar de respetar lo que los juristas llaman “el espíritu de la ley”, flexibilizando algunos plazos en favor de que la prestación llegue a su fin con la merecida calidad. Podría parecer terreno pantanoso esta apelación interpretativa al “espíritu de la ley”, pero al final se acaba mostrando como el curso más ético. ¿Qué hacer si no? ¿Anular cualquier proceso cada vez que se incumpliese uno de los plazos? ¿A quién beneficiaría esto? En este sentido, es prioritario, incluso más que la formación en bioética de las comisiones, que todos sus miembros tengan conocimiento de primera mano sobre cómo se desarrolla la actividad asistencial real.

El principal motivo para la negativa a participar como Médico Responsable han sido las objeciones sobrevenidas y no regladas.

## Conclusiones

Atendiendo al objetivo fijado inicialmente, esta es la sección donde debemos –tal y como establecimos al inicio de este trabajo– identificar oportunidades y aportar herramientas para ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones más prudentes, de mayor calidad: más éticas, en definitiva.

En esencia, como suele ocurrir en Bioética, se trata de responder a la pregunta ¿qué debo hacer?, como siempre dice Diego Gracia. Por eso usamos el sustantivo “actuación” en el título. Un paciente ha entrado en mi consulta y dice que su sufrimiento es extremo y que no espera nada de mí ni de la medicina curativa, ni de la medicina paliativa; únicamente quiere que le ayudemos a morir en sus propios términos: cuando él quiere, en el *momento* que él quiere, donde él quiere. Posee una comprensión suficiente sobre lo que es una sedación terminal, y tendría acceso a ella, pero la rechaza. ¿Qué hacer? ¿Cómo actuar?

En primer lugar, debemos asegurarnos de que lo que este paciente ha manifestado tiene una justificación médica (LORE: enfermedad grave e incurable, padecimiento grave, crónico e incapacitante) y que esta causa un sufrimiento. A continuación, debemos realizar una valoración de este sufrimiento con los mejores estándares de profesionalismo (punto 2.1.2). Esto es: asegurarnos de su capacidad y hacer un ejercicio de comprensión de ese sufrimiento más allá de lo que nosotros podemos entender por él.

Esto será raramente posible en una primera, segunda o tercera consulta. Para lograr el objetivo anterior, es preciso cultivar previamente una relación clínica de confianza, entendida como el único escenario donde podrá el paciente expresarse con absoluta libertad y autonomía (punto 2.1.1).

Debemos también saber que esta consulta no siempre tendrá lugar con el paciente; podrá ser también con un familiar o representante, pues la LORE habilita a los ciudadanos para solicitar la prestación por documentos de instrucciones previas y que sea administrada en una futura incapacidad. En este sentido, deberíamos trabajar

desde nuestra consulta, con nuestros compañeros de trabajo social y con el Registro de Instrucciones Previas local, para encontrar el modo de equiparar los requisitos de las peticiones de ayuda a morir en documentos de instrucciones previas con las de los pacientes conscientes (punto 2.1.3).

Analizada la petición y habiendo asegurado que se ajusta a los estándares éticos que nos hemos marcado, debemos decidir si acompañamos o no al paciente en este camino que él desea. Acompañarlo significa, a nivel administrativo, asumir el rol de Médico Responsable para la prestación de ayuda para morir. Aunque difícil, está al alcance de cualquier clínico. Especialmente, si contamos con formación en deliberación y en los mecanismos que regula la LORE (punto 3.1.1), así como formación en profesionalismo (punto 4.1).

También es posible que, al contemplar el camino que se avecina, sintamos que es incompatible con nuestros valores, que el hecho de cercenar una vida, por mucho que esté devaluada y por mucho que el paciente lo desee, nos provocaría tal daño moral en conciencia que nos vemos incapacitados para hacerlo, sea cual sea el caso. De ser así, tenemos la oportunidad de poder declararnos objetores de conciencia y eximirnos del rol de médico responsable (pero nunca del deber de informar, acompañar y referir a otro profesional). Debemos comprender lo extraordinario de la existencia de la objeción de conciencia y hacer un uso auténtico de la misma (punto 2.1.4.1).

Si creemos que nos podría ocurrir algo parecido, pero no en todos los casos, porque hay algunos en los que asumiríamos ser responsables, pero otros que nos generan más dudas, sería deseable contar con un registro de objetores dinámico y flexible, como el propuesto en el País Vasco, pues estos registros dan un soporte más eficaz que el existente hasta ahora a los profesionales de posiciones menos extremas, que se sienten más cómodos evaluando cada caso (punto 2.1.4.2).

Si hemos decidido ser responsables de un caso de ayuda para morir y el paciente ratifica su petición tras los procesos deliberativos que hemos mantenido con él, debemos consultar a un compañero, que tomará el rol de médico consultor. Para ello, este compañero debe: cumplir el mandato legal de examinar al paciente (no sólo lectura de la historia clínica) y hacer constar si detecta alguna duda en lo referente a la ética del caso (punto 3.1.2). Conviene al caso que esta tarea sea realizada por médicos no objetores (punto 3.1.2).

Con el informe favorable del médico consultor, y si el paciente sigue ratificándose en su petición, es el momento de solicitar a la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad Autónoma que verifique la corrección del proceso. Es una condición previa que aporta seguridad jurídica. Podría, también, corroborarnos a nivel ético, especialmente si las comisiones estuviesen constituidas por profesionales no objetores de conciencia y con conocimientos de bioética o deliberación bioética siempre que sea posible, a efectos de poder señalar los defectos bioéticos que se pudieran detectar, además de los formales y administrativos (punto 3.1.3). En este sentido, sería recomendable que todos sus miembros tengan conocimiento de primera mano sobre cómo se desarrolla la actividad asistencial real (punto 4.3) y con la comprensión de que el proceso clínico, aun siendo un proceso administrativo, posee unas características propias, de carácter humano, que impiden una estricta pureza procesal (punto 4.2). También sería conveniente convenir estándares comunes para todas las comisiones de garantía del país (punto 3.2.2).



Nuestra conclusión es que: si todo lo anterior ha tenido lugar, podremos proporcionar al paciente ayuda para morir con una razonable certeza de que no sólo estamos actuando legalmente, sino que estamos haciendo lo correcto.

## Bibliografía

Altisent, R., Nabal, M., Muñoz, P., Ferrer, S., Delgado-Marroquín, M.T., Alonso, A. (2021). Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? *Atención Primaria* 53: 102057; <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102057>

T. L. Beauchamp & J. F. Childress (2019). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 8th ed.

Couceiro, A., Seoane, JA., Hernando P. (2011) La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I) *Revista de Calidad Asistencial* 26 (3) 188-193 DOI: [10.1016/j.cali.2011.02.008](https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.02.008)

El País, 23/09/21, [Una mujer que pidió la eutanasia se suicida en un hotel de Madrid.](#)

El País, 13/07/22, [Un sevillano que solicitó la eutanasia recurre al suicidio ante la falta de protocolos claros de la Junta de Andalucía.](#)

El Periódico de Aragón 8/11/21, [Una mujer se suicida en Zaragoza ante el “silencio médico” a su petición de eutanasia.](#)

Gracia, D. (2004a). *Ética en la práctica clínica*. Triacastela.

Gracia, D. (2004 b). *Como arqueros al blanco*. Triacastela.

Gracia, D. (2011). Objeción de conciencia: las lecciones de un debate. *Revista de Calidad Asistencial*; 26(3):143-145.

Gracia, D. (2019). *Bioética mínima*. Triacastela.

Gracia, D. (2022). Ética y derecho en el proceso de morir. A propósito de la Ley de regulación de la eutanasia. *Actualización en Medicina de Familia (AMF)* 18(5): 244-247.

Illich, I. (2021). *Némesis médica. La expropiación de la salud y otros escritos*. Irrecuperables.

Júdez, J., Expósito-Duque, V., Regato-Pajares, P. (2022). Solicitudes de eutanasia en casos particularmente complejos: demencia y salud mental. *Actualización en Medicina de Familia (AMF)* 18(5): 303-310.

Lamas, DJ (3 enero 2022) When faced with death, people often change their minds. *New York Times* Disp: <https://www.nytimes.com/2022/01/03/opinion/advance-directives-death.html?smid=url-share>

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. *BOE* 274, de 15/11/2002. Disp: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. [Internet.] *Boletín Oficial del Estado* núm. 72, de 25/3/2021.

Ministerio de Sanidad (2022). *Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia*.

Morera, B., Cruz, M., Barrena, A. (2022). Las dimensiones del sufrimiento y su evaluación ante el deseo de adelantar la muerte. *Actualización en Medicina de Familia (AMF)* 18(5): 291-296.

Novoa-Jurado, A., Melguizo-Jiménez, M. (2021) La Medicina de Familia ante la ley sobre la ayuda médica para morir: responsabilidad y garantías. *Atención Primaria (AP)* 53 (5) <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102058>

Pose, C. (2018). Deliberación anticipada de la atención: educando al profesional de la salud. *EIDON* 49:32-87. DOI: 10.13184/eidon.49.2018: 32-87.

Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, Doble B, Dullie L, Durie R, Finkelstein EA, Guglani S, Hodson M, Husebø BS, Kellehear A, Kitzinger C, Knaul FM, Murray SA, Neuberger J, O'Mahony S, Rajagopal MR, Russell S, Sase E, Sleeman KE, Solomon S, Taylor R, Tutu van Furth M, Wyatt K; Lancet Commission on the Value of Death. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet*. 2022 Feb 26;399(10327):837-884. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02314-X. Epub 2022 Feb 1. PMID: 35114146; PMCID: PMC8803389.

Tribunal Constitucional, Sentencia 151/2014, de 25 de septiembre de 2014. *BOE* 261, de 28 de octubre de 2014, pp. 103 a 124.

Seoane, J.A. (2008). La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas; *Derecho y salud*, DS Vol. 16, Nº. 1, 11-28.

Seoane J.A. (2016) Argumentación jurídica y bioética. Examen teórico del modelo deliberativo de Diego Gracia. *Anuario de Filosofía del Derecho (AFD)* (XXXII), pp. 489-510.

Seoane, J.A. (2022). Debates legislativos sobre muerte digna y eutanasia: una aproximación al caso español. En Oliver-Lalana AD (ed.), *Debatiendo leyes. Estudios sobre la justificación parlamentaria de la legislación* (pp. 117-151). Dykinson.

Seoane, J.A., Cruz-Valiño A.B., Valdés, A. (2022). Fortalezas y debilidades de la regulación española de la eutanasia. *Actualización en Medicina de Familia (AMF)* 18(5): 255-260.

Servizo galego de saúde. Xunta de Galicia (2023). *Protocolo sobre o procedemento para a prestación de axuda para morrer*. [Internet] Dponible: [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1671/Protocolo\\_procedemento\\_PAM\\_xuño\\_2023.pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1671/Protocolo_procedemento_PAM_xuño_2023.pdf)

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2021). Valoración desde SEOM de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia [Disponible previo registro: <https://seom.org/publicaciones/posicionamientos-seom> - :~:text=Valoración desde SEOM de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia]

Tarodo S., Triviño R., Díaz-Cobacho G. (2022). Eutanasia y libertad de conciencia: derechos y obligaciones profesionales. *Actualización en Medicina de Familia (AMF)* 18(5): 272-278.

Tomás-Valiente, C. (2021). La Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: valoración global y primeras dudas interpretativas. *Teoría & Derecho. Revista De Pensamiento jurídico*, (29), 98-127. <https://doi.org/10.36151/td.2021.005>

Valdés, A., González, MJ (2019). La historia de valores. Planificación de la atención. *Cuadernos de Atención Primaria*; 25 (1), 4-5.

### Agradecimientos

Al Prof. Dr. José Antonio Seoane, Catedrático de Filosofía del Derecho en la Universidad de A Coruña, tutor del Trabajo de Fin de Máster que originó este artículo, y revisor de este mismo texto.