

LA GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y REGISTROS DE OBJETORES

María
Martín Ayala

Doctora en Derecho
Consejería de Sanidad de Castilla La-Mancha

SUMARIO

1. Introducción. 2. Principales objeciones a la LORE y experiencia en Castilla-La Mancha. 2.1 Plazo insuficiente de *vacatio legis*. 2.2 Plazos difíciles e inadecuados. 2.3 Se introduce un deber contrario al ejercicio de la profesión sanitaria. 2.4 Temor a la llamada pendiente resbaladiza. 2.5 Resta valor a los Cuidados Paliativos. 2.6 Imposibilidad de valoración del sufrimiento. **3. La objeción de conciencia y registros de objetores. 4. Referencias bibliográficas.**

RESUMEN

El presente trabajo pretende ser un resumen de la puesta en marcha de la nueva prestación de ayuda a morir incluida de la cartera de común de prestaciones del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de una comunidad autónoma, revisando algunas de las objeciones inicialmente esgrimidas desde diferentes sectores sociales, y tratando de dar respuesta a las mismas en base a la experiencia adquirida a través de su implementación en el primer año de vigencia de la LORE. Igualmente se ofrece una visión sobre el derecho a la objeción de conciencia y la virtualidad de los registros de objetores de profesionales sanitarios que deben crearse en base a lo establecido en la norma.

ABSTRACT

The present work is an account of the implementation of the new provision of help to die included in the Health National System services in an autonomous community, reviewing some of the objections initially raised from different social sectors, and trying to give answers based on the experience acquired through its implementation in the first year of validity of the LORE. Likewise, a vision is offered on the right to conscientious objection and the virtuality of the registries of objectors of health professionals that must be created based on what is established in the norm.

1. INTRODUCCIÓN

La entrada en vigor de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) en junio del pasado año, ha constituido el acontecimiento normativo de mayor trascendencia del Derecho Sanitario desde la aprobación de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente del año 2002. Ello es así, no por el elevado número de personas que ha ejercido o va a ejercer este derecho¹, sino porque viene a afianzar el valor de la decisión autónoma del paciente y el respeto a su visión de dignidad al final de su vida.

En este sentido, la LORE ha pretendido armonizar los bienes, valores y derechos en juego (dignidad, libertad, vida e integridad), contemplando asimismo el derecho individual de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

Sin embargo, no se reconoce un derecho a morir ni un derecho de libertad ilimitado, ni admite

¹ Según datos provisionales del Ministerio de Sanidad durante el periodo de junio de 2021 a junio de 2022, se han llevado a cabo 180 prestaciones de ayuda a morir en toda España de un total de 336 solicitudes.

https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2022/240622_eutanasia.aspx#:~:text=Seg%C3%BAn%20los%20datos%20preliminares%2C%20a,un%20total%20de%2068%20trasplantes.

cualquier forma de practicar la eutanasia y el suicidio asistido, sino que se encuentra sujeto a determinadas condiciones y garantías para que la persona pueda definir cuándo y cómo quiere que se lleve a cabo la prestación, exigiéndose ahora también comportamientos positivos por parte los poderes públicos.

En resumen, la LORE, no se limita a despenalizar determinadas conductas individuales de auxilio a morir por causas compasivas², sino que también se trata de una norma de carácter prestacional³, que delimita los derechos, obligaciones y responsabilidades de las partes implicadas, ofreciendo por tanto seguridad jurídica a sus destinatarios.

De este modo, sin perjuicio de que en un futuro pueda prosperar alguno de los postulados de la Ley impugnados ante el Tribunal Constitucional⁴, se trata de un derecho del que difícilmente se desprenderá una sociedad democrática y plural, puesto que transfiere al foro privado del individuo la decisión en torno a los cuidados que quiere recibir al final de su vida, según su propia conciencia⁵. Es decir, es una norma que, siendo mejorable en algunos aspectos, respeta la máxima de coartar lo menos posible las libertades individuales estableciendo lo que está permitido hacer dentro de unos límites legales.

En este sentido ya existen algunos pronunciamientos jurisprudenciales que reconocen el derecho *fundamental* a una muerte digna⁶.

² Ya atenuadas para estos casos en el art.143.4 del Código Penal y que ahora se despenalizan si se realizan en el contexto que la misma regula -nuevo artículo 143.5 del CP-.

³ Incluye la prescripción, dispensación y/o suministro del fármaco que causa la muerte, así como el acompañamiento y los cuidados y técnicas instrumentales necesarias hasta que se produce la misma.

⁴ Recurso de inconstitucionalidad n.º 4057-2021, Presentado por el grupo parlamentario VOX contra Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia; y, subsidiariamente, contra los artículos 1; 3, apartados b), c), d), e) y h); 5, apartados 1 c) y 2; 4.1; 6.4; 7.2; 8.4, 9; 12 a) apartado 4; 16; 17; 18 a) párrafo 4; disposiciones adicionales primera y sexta; y disposición final tercera (en relación con el artículo 16.1 y disposición adicional sexta) de la mencionada ley orgánica. Y recurso de inconstitucionalidad Recurso de inconstitucionalidad n.º 4313-2021, del grupo parlamentario PP. Los recurrentes consideran que la ley impugnada vulnera varios preceptos de la Constitución como el derecho a la vida (art. 15), así como los arts. 10.1 y 2, 14, 16, 23, 49, 53.2, 93, 96.1, 168 y 169.

⁵ Si bien se trata de un derecho que origina numerosa controversia por su calado ideológico y cultural, lo cierto es que a día de hoy en nuestro país nadie cuestiona otros derechos como el divorcio, o la interrupción voluntaria del embarazo en determinados casos.

⁶ Resulta llamativo el auto de la magistrada del juzgado de Instrucción 5 de Tarragona, que ante una solicitud de interrupción del procedimiento de solicitud de la prestación de ayuda a morir por parte de las víctimas del llamado “pistolero de Tarragona” al considerar que vulneraba su derecho a la tutela jurídica efectiva por no haberse producido el juicio resuelve que

2. PRINCIPALES OBJECCIONES A LA LORE Y EXPERIENCIA EN CASTILLA-LA MANCHA

Veamos a continuación las principales objeciones que se han planteado antes, durante y después de la entrada en vigor de la norma, con el fin de revisar algunas de las argumentaciones esgrimidas, que, tras la experiencia adquirida este primer año, en ocasiones comprobamos que carecen de suficiente consistencia, si bien estaremos siempre de acuerdo en que la reflexión ética rigurosa es indispensable en todo momento para cada uno de los casos que se presenten y durante todo el proceso de aplicación.

2.1 Plazo insuficiente de *vacatio legis*

Es cierto que, en un inicio, el plazo de 3 meses de *vacatio legis* para la entrada en vigor de la norma, a todos se nos antojaba insuficiente⁷, tanto para la constitución de las Comisiones de Garantía y Evaluación como, fundamentalmente, para organizar el procedimiento de solicitud y realizar la prestación y la formación de los profesionales sanitarios, máxime cuando se establece un plazo de un año para coordinar la oferta de formación continua específica sobre la ayuda a morir⁸.

Pero, todas las Comunidades Autónomas llevaban desde el año 2020 agilizando las tareas necesarias para la implementación de la LORE por expresa indicación del Ministerio de Sanidad. Ello obtuvo sus frutos con el Manual de Buenas Prácticas que vio la luz en julio de 2021⁹, y que constituye un ejemplo de labor colaborativa autonómica, que sin duda ha contribuido a orientar con sentido las gestiones previas a la norma, y los primeros meses de su aplicación hasta la actualidad, que sigue estando vivo al estar abierto a las sucesivas modificaciones.

En Castilla-La Mancha, dichas gestiones recaeron en personas que casualmente habían vivido la experiencia de la implementación de la Ley 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de La Interrupción Voluntaria del Embarazo, y la mayor preocupación, compartida por todos, era en que el mercado

no procede “la interrupción”, porque en todo caso prevalece el derecho fundamental a una muerte digna, al estar basada en los derechos a la integridad física y moral, a la dignidad, a la libertad y autonomía personal. Decisión que posteriormente ha sido confirmada mediante auto por el propio Tribunal Constitucional el pasado mes de agosto.

⁷ Disposición final 4 de la LORE.

⁸ Disposición adicional 7 LORE.

⁹ https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

carácter ideológico de esta norma no afectara también a su implementación en el ámbito público¹⁰.

Quisimos por tanto analizar en primer lugar el contexto en el que nos situábamos y comenzamos haciendo una encuesta a los profesionales sanitarios del ámbito público y privado¹¹, cuyas conclusiones principales se podrían resumir en que el 67% de los encuestados estaban a favor del reconocimiento del derecho, pero que sin embargo reconocían que apenas se conocía el contenido del proyecto de ley, y a pesar de ello, más de un 52% pensaba que ejercería su derecho a la objeción de conciencia. Igualmente, de forma mayoritaria estimaban que las principales dificultades con las que iban a encontrarse eran básicamente la gestión de los conflictos del entorno familiar de las personas solicitantes, la inseguridad de los profesionales por falta de información, las contradicciones entre el reconocimiento del derecho del solicitante y la conciencia del profesional, las desavenencias en el seno del equipo asistencial, la sobrecarga de trabajo que implica y la posible presión institucional.

A través de esta primera aproximación entendimos que, para evitar encontrarnos ante escenarios similares a lo ocurrido ante la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo¹², resultaba fundamental la labor de divulgación y formación, así como la simplificación de procesos y apoyo a los profesionales.

De este modo, en primer lugar, se enviaron más de 50.000 folletos informativos sobre el contenido de la ley a Gerencias Atención Primaria, Hospitalaria, Integrada, de Paraplégicos, Colegios Oficiales del ámbito sanitario (enfermería, medicina,

10 Tal y como se extrae de una estadística publicada recientemente por el Ministerio de Sanidad, en CLM, la IVE no se lleva a cabo actualmente en ningún centro público. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm

11 En junio de 2021 se llevó a cabo la encuesta que fue enviada a través del SESCAM a más de 24.926 participantes. Principalmente participaron mujeres (66%) de 31 a 50 años (54%) y mayoritariamente titulados en enfermería y medicina cuya labor profesional se desarrollaba en atención primaria y hospitalaria. Los objetivos de la misma eran dar a conocer la nueva regulación de la prestación de ayuda a morir, conocer opiniones y posicionamientos de profesionales, identificar puntos fuertes y débiles del proceso de desarrollo de la Ley, recoger elementos para orientar las labores de divulgación y formación.

12 En Castilla-La Mancha, la objeción de conciencia en la interrupción del embarazo es prácticamente generalizada en todo el sistema público de la comunidad autónoma. Actualmente solo hay dos centros privados que realizan esta práctica, en la ciudad de Albacete y en la localidad de Miguelturra (Ciudad Real).

https://www.eldiario.es/castilla-la-mancha/castilla-mancha-obligar-abortos-hagan-sistema-publico-complicar-gestion-autonomica_1_9002080.html En este mismo artículo se declara que en el ámbito público es complicado ofrecer las garantías adecuadas de confidencialidad e intimidad para las solicitantes.

psicología, Trabajo Social, Graduado Social), fundaciones Sanitarias, sociedades científicas, centros de Registro de Voluntades Anticipadas, así como a asociaciones.

Igualmente se celebró una sesión informativa con todos los gerentes de primaria y especializada y tuvo lugar una primera jornada dirigida al público general en la que participaron figuras relevantes de nuestro ámbito nacional para debatir sobre la nueva prestación, su oportunidad y las dificultades a las que nos enfrentábamos.

Del mismo modo, dada la complejidad del procedimiento establecido en la ley, se elaboró una guía propia para el profesional sanitario donde se planteó como necesaria la incorporación de una figura que vinimos a denominar como “profesional de referencia” cuya principal labor consiste en vehicular la solicitud de ayuda a morir y ser persona de referencia para la designación del médico responsable y el médico consultor, así como para agilizar los trámites y tratar de dar cumplimiento a los plazos establecidos en la ley, que en todo caso, en nuestra región comienzan a computar una vez designado el médico responsable¹³.

13 “En cada Gerencia existirá un/a profesional de referencia designado para el apoyo al personal médico responsable y el acompañamiento en el desarrollo del proceso. Así, existiendo constancia de una solicitud de prestación de ayuda a morir, como primera medida se debe acudir a este profesional de referencia.

Sus funciones principales serán:

- a. Asistir al médico/a responsable en la comprobación de que la persona solicitante cumple los requisitos establecidos en el artículo 5.1 de la LORE.
- b. Velar por el cumplimiento de los plazos establecidos en la LORE. Para ello deberá ir cumplimentando a lo largo del proceso el listado de comprobación (check list).
- c. Vehicular el nombramiento de la figura *del/la médico/a responsable* elegido por el/la persona solicitante y, en su defecto, canalizar la búsqueda de alternativas, e igualmente en el proceso de nombramiento de la figura *del/la médico/a consultor/a*.
- d. Facilitar trámites: proveer de modelos de documentos y gestionar la petición de informes y trámites externos, que el/la *médico/a responsable* considere oportunos. Entre estos informes pueden figurar:
 - a. Informe de Servicios Sociales sobre prestaciones de dependencia y otras prestaciones de las que sería subsidiaria la persona solicitante para poder informar al respecto de las mismas.
 - b. Informe sobre la capacidad del otorgante
- e. Actuar como interlocutor con los SSCC de la Consejería de Sanidad (DG de Humanización y Atención Sociosanitaria) y con los SSCC del SESCAM.
- f. Actuar como interlocutor con la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) a través del correo comisiongarantiacm@jccm.es, y en este sentido informar a la misma sobre la formalización de una solicitud (sin datos personales ni clínicos).
- g. Asistir al médico/a responsable en la cumplimentación de la documentación a remitir a la CGE.

El/la profesional de referencia recibirá con carácter previo a su designación un curso formativo en relación con esta prestación. Asimismo, se pondrá a disposición de todos los/las profesionales sanitarios una oferta formativa específica en la plataforma de formación del SESCAM.”

Actualmente esta figura es desempeñada por los coordinadores de humanización de las gerencias, hecho igualmente beneficioso al ser ya una persona reconocida y reconocible de la organización. Dicha figura mantiene una comunicación fluida con los responsables de la Consejería, de modo que, en todo caso se siente apoyada en el desarrollo de sus funciones. Tenemos conocimiento, que en la mayoría de CCAA se han constituido figuras similares¹⁴.

Paralelamente se trabajó en la constitución de la Comisión de Garantía y Evaluación¹⁵ y en la modificación del modelo de Declaración de Voluntades Anticipadas para incorporar un Anexo expreso donde formular la prestación de ayuda a morir en caso de encontrarse en una situación de incapacidad de hecho en un contexto eutanásico de los contemplados en la LORE¹⁶.

En cuanto a la formación, y en base a contenidos teóricos y prácticos trabajados en una jornada celebrada en septiembre de 2021 en Madrid con los responsables del Ministerio y de las distintas CCAA, se diseñaron cursos presenciales y no presenciales dirigidos en primer lugar a los/as integrantes de la CGE y a los/as profesionales de referencia, y, en segundo lugar a todos los profesionales sanitarios y funcionarios de la administración autonómica en general¹⁷. En el momento actual ha recibido esta formación más de mil profesionales, siendo cursos que ya forman parte de los programas de formación continuada. Para el caso concreto de los profesionales de referencia, se les impartió un curso específico de “formador de formadores” para que fueran ellos a partir de ahora los que impartan los cursos sobre la LORE en su gerencia, de forma que sean ellos los que trasladen sus conocimientos y experiencias a sus propios compañeros. Este modelo de crear “cultura” mediante la capacitación y el empoderamiento de los propios profesionales se ha convertido en un verdadero acierto. La autonomía de gestión es fuertemente motivadora.

14 En Andalucía, Navarra, Murcia Catalunya, Comunidad Valenciana, Castilla y León...

15 Que vio la luz mediante el Decreto 75/2021, de 22 de junio, por el que se crea y regula la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla La-Mancha prevista en el artículo 17 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia así como la Orden 132/2021, de 25 de agosto, de la Consejería de Sanidad, por la que se autoriza el Reglamento de orden interno de la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla-La Mancha.

16 De acuerdo con lo establecido en el artículo 5.2 de la LORE.

17 Todo ello a través de la plataforma de formación del SESCAM (SOFOS), el instituto de Ciencias de la salud (ICS) y la Escuela de Administración Regional (EAR).

En este sentido consideramos que se están dando los pasos adecuados para el pleno cumplimiento de la disposición adicional séptima de la ley si bien aún queda camino para abarcar la formación para la comunicación difícil y el apoyo emocional que solicitan los propios profesionales y que es tan necesaria en la práctica clínica con carácter transversal.

Igualmente, otra cuestión pendiente es lograr la coordinación y la integración en este proceso de los Comités de Ética Asistencial, cuyo papel se nos antoja primordial.

2.2 Plazos difíciles e inadecuados

Tras una primera lectura de la LORE, y al tratar de esquematizar el procedimiento en sí reflejando los plazos se concluyó que este era, sin duda, el mayor escollo con el que nos íbamos a encontrar a la hora de su implementación. Además no olvidemos que este procedimiento tiene una documentación propia que debe integrarse con la propia historia clínica del paciente y que debe ser bien conocida por los profesionales, lo que conlleva además una preparación previa.

Por este motivo, tal y como se ha comentado se habilitó la figura del profesional de referencia en cada gerencia para que acompañara y apoyara a los profesionales para afrontar cada solicitud a través de una sistemática gradual de conocimientos y habilidades. Para ello, en CLM, se les facilitó una herramienta de seguimiento o check list que pudiera facilitar su labor, así como todos los modelos de documentos.

Sobre este tema, de las sucesivas reuniones con los profesionales de referencia, se han recogido las siguientes aportaciones:

De las prestaciones llevadas a cabo, en general se han cumplido los plazos estipulados, con una media de duración de procedimiento de 49,25 días.

Que, a pesar de los esfuerzos, en los primeros meses de vigencia de la norma se comprueba que muchas de las solicitudes no llegan a tramitarse porque no se recepcionan por parte del facultativo ante el que se presenta. Ello es así porque muchos profesionales incurren en el error de que, el hecho de tener que rubricar la solicitud conlleva su aceptación a ser designado como médico responsable.

En relación a esta cuestión y de forma paralela a la formación necesaria para tratar de informar de la verdadera vinculación de esa rúbrica, algunas CCAA, han optado por establecer la obligatoriedad

de presentar la solicitud a través del registro único¹⁸ de forma que en todo caso llega al sistema, sin embargo, a nuestro modo de ver, esto desvirtúa lo que establece la LORE para este caso y por otro lado, podría vulnerar la debida confidencialidad.

En cuanto a los plazos, se afirma que lo ideal sería que fueran más o menos flexibles dependiendo del perfil de la persona solicitante y su diagnóstico.

Es cierto que en general los plazos establecidos son percibidos como ciertamente escasos, y en ocasiones casi imposibles de cumplir. De hecho, la mayoría de los enfermos de perfil oncológicos con la enfermedad muy avanzada que solicitan la prestación de ayuda a morir fallecen antes de finalizar el proceso.

Así, la complejidad del cumplimiento de los plazos, junto a la dificultad de introducir una carga de trabajo añadido en los equipos asistenciales por la inversión de tiempo y burocracia que esta prestación conlleva, ha llevado a las distintas organizaciones sanitarias a plantearse la introducción de distintos incentivos laborales para aquellos que participen en las prestaciones de ayuda a morir, ya sean de carácter económico o a través de compensaciones horarias¹⁹. Sin embargo, a nuestro modo de ver, si bien siempre es comprensible la compensación a cambio de un mayor esfuerzo, no parece adecuado tener criterios distintos con una de las prestaciones de la cartera de servicio, frente a otras que quizás también conlleven esfuerzos añadidos, por no hablar de la controversia que se suscitara en relación con aquellos que se declaran objetores que en buena lógica no podrían aspirar a estas gratificaciones. Todo lo contrario, se ha llegado incluso a plantear si la objeción de conciencia en el ámbito público debiera acompañarse de una prestación laboral sustitutoria al igual que ocurría ante la objeción de conciencia en la realización del servicio militar (art. 30 CE), pero esta es una cuestión que excede con mucho el objeto de esta exposición.

Y volviendo a la cuestión de los plazos, se nos ha trasladado desde el Ministerio, que adquirida la experiencia necesaria, se puede valorar la modificación de los plazos legales establecidos. De hecho esto ya ocurrió con la posibilidad de aplazamiento de la solicitud que carecía de plazo y tras la inseguridad que generaba, finalmente se estableció en el

18 Como en el caso de Galicia.

19 Así por ejemplo en Castilla y León las direcciones asistenciales de Atención Primaria están negociando para que se concedan dos días libres a los médicos responsables para realizar los trámites que esta prestación conlleva. Igualmente se plantea la liberación de agendas médicas y una compensación económica si lo tiene que hacer fuera del horario laboral. En Extremadura se libera agenda en función del rol que se lleve a cabo.

MMBBPP de forma consensuada que fuera de un máximo de 2 meses.

De todo ello se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Se ha de incidir en las formaciones a los profesionales en que deben recoger todas las solicitudes y firmarlas, lo que no implica entrar a valorar el contexto eutanásico. Independientemente además de que se sean o se vayan a declarar objetores.

Igualmente, se plantea la posibilidad de comunicar al Ministerio que se recoja la opción de poder acortar el plazo de la deliberación en caso del paciente en fase terminal (como ocurre para el caso del paciente que de forma inminente se prevé que pierda la capacidad de hecho).

2.3 Se introduce un deber contrario al ejercicio de la profesión sanitaria

En cuanto a la tercera objeción de que la LORE introduce un deber contrario al ejercicio de la profesión sanitaria, recordemos que, según el informe del Comité de Bioética de España²⁰ de septiembre de 2020, la aprobación de esta ley traslada el ámbito de la tolerancia penal de determinadas conductas al ámbito del reconocimiento de un nuevo derecho prestacional, lo que modifica el elenco de deberes inherentes al ejercicio de la profesión sanitaria y la percepción social de la relación médico paciente. En esta misma línea se expresaba la Organización Médica Colegial (OMC), subrayando que según el Código de Deontología Médica, el profesional “nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en el caso de petición expresa por parte de este”²¹.

Efectivamente, la propia LORE en su preámbulo establece que no basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, sino que se enuncia esta Ley para arbitrar el procedimiento para su aplicación en el seno del ámbito sanitario, pues de otra forma dejaría a los pacientes desprotegidos respecto a su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige

20 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 Disponible en URL: assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf

21 Manifiesto de 18 de diciembre de 2020 de la OMC que considera que la ley presenta “importantes interrogantes” y “cuestiones no aclaradas”. Disponible en URL: <https://www.cgcom.es/media/2698/download>

proteger. ¿Existe para ello alguien más adecuado que los profesionales de la salud?

En este sentido, es habitual acudir al juramento hipocrático o a los códigos deontológicos de la profesión médica para argumentar que no puede incluirse entre los actos médicos aquél que implique una acción directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona, incluso a petición expresa y reiterada de esta. Pero el problema de este argumento es que se basa en una visión estática de los códigos deontológicos, que no deben ser estáticos, sino dinámicos, y responder en cada momento al contexto en el que se sitúan. De hecho tenemos constancia de que se está trabajando en un nuevo código deontológico que verá la luz en los próximos meses²².

Por lo tanto, una vez reconocido este nuevo derecho prestacional, la ayuda para morir debe considerarse como un acto médico, y así se presenta en la propia LORE, puesto que debe ser ejecutada desde unos parámetros de profesionalidad para garantizar los derechos de las personas que acceden a esta prestación por cumplir los requisitos establecidos en ella. ¿Cuál sería la alternativa de no considerarse un acto médico? ¿con qué garantías se asistiría al paciente que se encuentre en esta situación?

Cuestión distinta es la alegación de que la indefinición de la regulación legal de los profesionales participantes en la prestación, ha llevado a los mismos a cierta confusión, pero consideramos que concurriendo buena fe y responsabilidad en el ejercicio de sus funciones lo cierto es que no ha habido ninguna cuestión tan compleja que el conjunto de equipo asistencial no haya podido solventar.

Trasladándonos al ámbito de nuestra comunidad autónoma comprobamos que, de las nueve solicitudes de prestación de ayuda a morir admitidas desde la entrada en vigor de la LORE, en la mayoría de los casos la figura del médico responsable la ha ejercido el médico de familia, en segundo lugar, especialistas en neurología y en tercer lugar paliativitas. En el caso de la figura del médico consultor, mayoritariamente han actuado especialistas en oncología, neurología y de primaria.

2.4 Temor a la llamada pendiente resbaladiza

En relación al temor de la llamada pendiente resbaladiza (slippery slope), comprobábamos que, el principal argumento contrario a la regulación de

la ayuda a morir es que su legalización nos llevará a la consecución de diversos escenarios indeseables.

En el caso de la eutanasia el temor es que nos deslicemos con facilidad a un aumento de casos donde no haya una petición expresa por parte de la persona, casos en los que la verdadera motivación es evitar llegar a convertirse en una carga para sus familiares, o casos en los que concurren circunstancias de discapacidad, enfermedad mental o situaciones de especial vulnerabilidad, que vicien el auténtico consentimiento.

Pero, aunque siempre deba imperar el principio de precaución, consideramos inconsistente el argumento de la inexorable pendiente resbaladiza, por los siguientes motivos:

Porque no cabe el consentimiento por representación y porque en todo caso es posible implementar mecanismos para prevenir posibles escenarios negativos. Mecanismos que, en muchos casos, la ley ya prevé como la verificación de los requisitos de la solicitud por el médico responsable, médico consultor y posteriormente la CGE.

Si bien es cierto que, y en esto coinciden otras Comunidades Autónomas, habría que configurar mejor la solicitud de la prestación a través de la declaración de voluntades anticipadas del artículo 5.2, en Castilla-La Mancha no ha planteado problemas en tanto que las declaraciones ha de emitirse siempre ante un funcionario o un notario y testigos, y no cabe por vía electrónica como sí ocurre en otras Comunidades Autónomas.

El temor a una regulación por la concurrencia de irregularidades o incumplimientos no puede constituir en ningún caso un motivo de ausencia de norma²³. No se entendería que se rechazaran las donaciones de órganos y su régimen de gratuidad por el miedo por ejemplo de que se den casos de compra-venta. La mejor forma de evitar estos posibles escenarios será en todo caso su protocolización, su control, y el establecimiento de un régimen sancionador, dotando a la actuación de los profesionales de seguridad jurídica²⁴.

23 De hecho de las 336 solicitudes presentadas en España únicamente se ha llevado a cabo la prestación en 180 de ellas, hecho que demuestra que al menos por ahora, y siempre con la cautela del escaso recorrido de la norma, el procedimiento funciona y hace de filtro.

24 El argumento de que hubiera sido más recomendable el régimen de despenalizar determinadas conductas compasivas es, a mi juicio, un modo de huir de la auténtica función del legislativo de dotar al sistema de seguridad jurídica. Si todos coincidimos en que, ante determinados casos llamados contexto eutanásico, la decisión de la persona enferma de adelantar su muerte debe prevalecer, no podemos simplemente tolerar que algún profesional o familiar se preste a ayudarla.

22 <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/el-nuevo-codigo-deontologico-medico-a-finales-de-2022-sin-votar-articulado-2895>

Igualmente se comprueba que en países donde esta práctica se encuentra legalizada, como por ejemplo en el caso de Bélgica (desde el año 2002), no hay evidencia de que su legalización haya llevado inevitablemente a escenarios éticamente indeseables, de hecho, en un 62% de los casos responden a procesos oncológicos terminales²⁵.

Por último, en cuanto al argumento de que se presenten solicitudes no realmente autónomas, entendemos que si bien la enfermedad, hacen a la persona muchos más frágil, lo cierto es que no podemos obviar que la vulnerabilidad es una característica propia del ser humano y en mi opinión, el simple hecho de considerar que una persona ante un contexto eutanásico no puede adoptar decisiones autónomas, nos llevaría a deber cuestionarnos las decisiones en cualquier situación de fragilidad.

El propio manual de buenas prácticas incorpora como anexo un protocolo para la valoración de la capacidad para aquellos casos en que al médico o médica responsable le suscite dudas la capacidad de la persona para comprender el alcance de su decisión, de aplicación universal a todos los casos.

En definitiva, todas estas dudas nos han conducido a exclusiones sistemáticas de esta prestación a casos de enfermedad mental o perfiles de vulnerabilidad social o económica dando por hecho de la ausencia de voluntariedad del acto. Lo que nos parece erróneo, ya que cada caso deberá ser analizado de forma individual y desde su complejidad.

Categorizar a las personas como pertenecientes a grupos vulnerables paradójicamente puede agravar su situación de vulnerabilidad y podría exponerlas a periodos de sufrimiento potencialmente muy largos.

2.5 Resta valor a los cuidados paliativos

Es comprensible que en muchos casos se asocie la atención paliativa²⁶ con la prestación de ayuda

25 El 62% de las eutanasias se practicó a personas con cáncer incurable. Le siguen con el 18% las personas que sufren varias enfermedades a la vez, con un 9% los enfermos del sistema neurológico, un 4% tenía patologías del sistema circulatorio, un 3% enfermedades respiratorias y un 1% enfermedades psiquiátricas. https://www.clarin.com/mundo/eutanasia-debate-belgica--19-anos-despues-aprobacion_0-jo_D471CZ.html#:~:text=El%20Parlamento%20belga%20aprob%C3%B3%20la,no%20escucha%20en%20el%20pa%C3%ADs. La eutanasia ya no se debate en Bélgica después de 19 años desde su aprobación.

26 La atención paliativa tiene como objetivo aliviar el sufrimiento y mantener la mejor calidad de vida posible en personas con enfermedad en fase avanzada, así como la de sus familiares o cuidadores. Muchos de estos pacientes se encuentran al final de su vida y lo importante es que sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales se aborden de una manera

para morir, teniendo en cuenta que es el sufrimiento intolerable la causa que motiva la petición de eutanasia por parte de una persona.

En cuanto a que esta Ley resta valor a los cuidados paliativos, comprobamos que existe la creencia de que una persona que, en estas circunstancias expresa su deseo de anticipar la muerte no está diciendo tanto que quiere morir, sino que no quiere vivir así, por lo que quizás lo que ocurre es que no ha habido un control adecuado del dolor.

Pero la LORE dispone que, ante una solicitud de eutanasia, el proceso deliberativo debe contemplar y plantear todas las opciones terapéuticas disponibles, entre las que incluye expresamente, los cuidados paliativos (que también se encuentran en la cartera de servicios comunes).

De modo que, los cuidados paliativos deben ofrecerse, pero al igual que otros cuidados o tratamientos no pueden imponerse. Y en este sentido se considera que la LORE ha permitido sacar a la luz casos en los que no se había ofrecido cuidados paliativos en su atención asistencial y se hace ahora.

De modo que entendemos que la ley de eutanasia está contribuyendo a una revisión, mejora y acceso de la atención paliativa²⁷.

No nos cabe duda que una mayor implementación de la atención paliativa de calidad junto con la mejora de las ayudas sociales disminuirá el sufrimiento de muchas personas y, por lo tanto, cabe esperar que, en un escenario hipotético en el que ambas prestaciones fueran accesibles para toda la comunidad podrían disminuir las peticiones de eutanasia. Aun así, el compromiso de la sociedad plural debería contemplar dar respuesta también a esas situaciones excepcionales en las que el paciente expresa que ya no quiere seguir siendo cuidado. Y sea cual sea su decisión: acompañar. De una forma u otra, el compromiso de no abandono debe prevalecer.

integral y coordinada.

Actualmente esta labor la desarrollan profesionales de enfermería, trabajo social, medicina y psicología que trabajan en diferentes áreas como la Atención Primaria (AP), el hospital o el ámbito residencial. En situaciones de mayor complejidad, son los equipos específicos de cuidados paliativos (CP) asumen esta función.

27 En Castilla-La Mancha se han ofrecido en el 100% de los casos de las solicitudes, pero únicamente los han recibido el 70%, por fallecimientos previos. Esto mismo se ha comprobado en la experiencia de otros países. En estudios realizados en Bélgica y los informes realizados en Canadá, se observa que la mayoría de los pacientes que solicitan la eutanasia han recibido cuidados paliativos, e igualmente se comprueba que la regulación de la eutanasia en los mismos ha producido un efecto impulsor sobre el desarrollo de la atención paliativa.

2.6 Imposibilidad de valoración del sufrimiento

Debemos recordar en este punto los tres requisitos iniciales que ha de tener en cuenta el médico responsable a la hora de valorar la concurrencia del contexto eutanásico: petición firme reiterada y mantenida por parte del solicitante, que éste tenga una enfermedad grave, crónica e incapacitante, a la que venga asociada un grave sufrimiento ya sea físico o psíquico constante que la persona considere intolerable.

Asumiendo la dificultad de cuantificar tanto su intensidad como las posibilidades de mejora, lo normal es que el profesional médico interprete la terminalidad y la carga sintomática de la enfermedad como aspectos suficientes para considerar la concurrencia del sufrimiento asociado.

Pero en nuestro caso hemos comprobado que, en ocasiones, se deniega la prestación de ayuda a morir al considerarse que el sufrimiento no está asociada a la patología que padece. Incluso hemos vivido algún caso en el que, el rechazo por parte del paciente a una cirugía que pudiera disminuir su sufrimiento físico, ha fundamentado el informe desfavorable del médico a la prestación.

Lo cierto es que, en muchas ocasiones el sufrimiento, en el contexto de una enfermedad, se une al sufrimiento que le genera la sensación de pérdida de control sobre su persona, la llamada pérdida de identidad, íntimamente conexas con la pérdida de la dignidad.

Por ello considero que cualquier solicitud debe ser valorada individualmente, y revisada por el equipo multidisciplinar. Consiste en distinguir si se trata de una decisión coherente con los valores de la persona plenamente informada. Por ello para el proceso deliberativo nos gusta especialmente la pregunta que decía: ¿qué debería de ocurrir para que usted no solicitara la eutanasia?²⁸

3. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y REGISTROS DE OBJETORES

Vayamos ahora a analizar la cuestión de la objeción de conciencia y el registro de objetores.

28 DURO ROBLES, Rosa; MUÑOZ SECO, Elena; PEGUERO RODRÍGUEZ, Eva. "Comunicación con la persona que solicita eutanasia. Entrevista clínica de ayuda a la deliberación". Rev. Cuidados Paliativos.info. [online]. Octubre 30, 2021. Disponible en la URL: <https://cuidadospaliativos.info/comunicacion-con-la-persona-que-solicita-eutanasia-entrevista-clinica-de-ayuda-a-la-deliberacion/>

Podríamos decir que la solicitud de la prestación de ayuda a morir, por un lado, y el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales, por el otro, se trata de dos manifestaciones del derecho a la libertad de conciencia del artículo 16 de la CE de dos sujetos distintos.

Pero, sin embargo, no podemos afirmar que las dos pretensiones se encuentren en el mismo plano, porque hay que recordar que la regla general debe ser el cumplimiento de la ley, y en todo caso la administración sanitaria²⁹, debe garantizar un derecho por parte de quien legítimamente ha adoptado una decisión acorde con la ley.

Por este motivo—en contra de lo que ocurrió en su momento con la Ley 2/2010 en relación con la objeción de conciencia al aborto— en la LORE se regula el registro de objetores con el fin de facilitar la gestión y garantizar este derecho.

Así, aquellos profesionales que quieran ejercer su derecho a la objeción de conciencia, deberán darse de alta en el citado registro. En relación a la reivindicación de algunos de que existe un derecho fundamental de no tener que declarar sobre la ideología, religión o las creencias (en base a los establecido en el artículo 16.2 de la CE) y por lo tanto son contrarios a la creación de registros de esta naturaleza, entendemos que aquellos que objetan no tienen la obligación de declarar sobre el contenido o motivación de sus convicciones, sino de notificar su rechazo a una prestación legalmente establecida e incluida en la cartera de servicios, y con ello consienten a que se registren sus datos.

Por otro lado, el artículo 16 de la LORE establece que la objeción de conciencia a la eutanasia únicamente puede ser invocada por el profesional sanitario que esté directamente implicado en la prestación.

Así, si bien en un principio y en base a lo establecido en el artículo 11 de la Ley los actos de realización de la prestación de ayuda a morir se reducirían a la administración o la prescripción del fármaco que conduzca a la muerte, lo cierto es que el MBPE ha optado por una interpretación más extensiva, estableciendo que alcanza a los actos de realización de la prestación descritos en el artículo 11 pero también a las obligaciones descritas en el artículo 8 de la Ley.

A mi juicio los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de la ayuda son

29 Artículo 13 de la LORE.

aquellos a los que se les atribuye las obligaciones de administrar o prescribir la sustancia, y entiendo que así se ha interpretado también en el reciente decreto de Aragón³⁰.

Y además recordemos que la figura sanitaria, entre cuyas funciones se encuentra la administración directa de fármacos, y a la que pocas veces se nombra a lo largo de la LORE, es la de la enfermera/a asistencial, por lo que resulta imprescindible en la citada prestación. Por este motivo algunos colegios profesionales de enfermería, como el Colegio oficial de enfermería de Albacete reivindica la designación de un enfermero o enfermera responsable tal y como se designa al médico responsable o consultor.

En Castilla-la Mancha, el decreto por el que se crea el Registro de objetores aún no se ha publicado, pero de su borrador se extrae que se permitirá la objeción de conciencia en los similares términos que los recoge el manual de buenas prácticas.

Actualmente la ausencia de inscripción en un registro está suponiendo cierta falta de equidad en la prestación de ayuda a morir en algunas gerencias por la ausencia de transparencia en el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios y ausencia de procedimiento reglado, sin perjuicio de que se esté ejerciendo igualmente.

Concluir que, en términos generales, la experiencia en la gestión de la prestación de la ayuda a morir con la que contamos en Castilla La-Mancha, a pesar de las limitaciones humanas y materiales y las incidencias descritas, ha sido francamente positiva, aunque aún se echan de menos cuestiones como el establecimiento de medidas de apoyo a familiares o que haya un seguimiento reglado de los casos para futuros estudios.

Por último, me gustaría finalizar recordando a Fátima Castejón, primer caso de eutanasia en Castilla La Mancha que quiso grabar una entrevista para que se emitiese post mortem, y para nosotros ha sido un documento muy valioso digno de ser compartido, ya que no olvidemos que, detrás de cada solicitud, se encuentra una persona.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMF-semFYC EUTANASIA Vol. 18, núm. 5, mayo 2022.

30 DECRETO 131/2022, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se crean y regulan la Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón del derecho a la prestación de ayuda para morir y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizarla ayuda para morir.

ALDAY MUNILLA, Maialen; MATEU GELABERT, M^a. Teresa; MELÉNDEZ GRACIA, Alberto; MIRANDA FLORES, Emilia; TORRELL VALLESPÍN, Gemma. Rev FMC (Formación Médica Continuada en Atención Primaria) [online]. Octubre 2021, vol. 28 S3, p. 1-47. Disponible en la URL: <https://www.fmc.es/es-atencion-ultimos-dias-vida-articulo-S1134207221001511?referer=buscador>

ABELLÁN, Fernando; ANTEQUERA VINA-GRE, José María; GARCÍA GARCÍA, Ricardo; LARIOS RISCO, David; MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro; SÁNCHEZ-CARO, Javier: Libertad de conciencia y salud. Guía de casos prácticos. Comares Editorial. Albolote (Granada) 2008.

GARCÍA MOLLÁ, José Miguel; PÉREZ RODRÍGUEZ, Inmaculada; ORTÍZ DÍAZ, Verónica; GARCÍA GARCÍA, Miguel Ángel; MARTÍNEZ DÍAZ-FALERO, Paloma; VELASCO SÁNCHEZ, Eva María; RUEDA NÚÑEZ, Aurea; SAIZ VINUESA, María Dolores; FRÍAS PLAZA, Ana; VILLENA GARCÍA, Noelia; VELASCO SÁNCHEZ, Sara Elena; RÓDENAS GARCÍA, Lourdes; LÓPEZ-GALIANO MORENO, Olga; PARDO IBÁÑEZ, María Dolores. “Propuestas del COE de Albacete para el manual de buenas prácticas en eutanasia: Sobre el papel de la enfermera”. Colegio Oficial de Enfermería de Albacete. 2021.

GONZÁLEZ CARRASCO, M^a Carmen: “LO 3/2021, Reguladora de la eutanasia: Seis cuestiones acerca de la ‘Prestación de la ayuda para morir’ ”. Centro de Estudios de Consumo [online]. Disponible en la URL: <http://centrodeestudiosdeconsumo.com/index.php/2-principal/5241-lo-3-2021,-reguladora-de-la-eutanasia-seis-cuestiones-acerca-de-la-%E2%80%9Cprestaci%C3%B3n-de-la-ayuda-para-morir%E2%80%9D>

GRACIA GUILLÉN, Diego; “Ética y derecho en el proceso de morir. A propósito de la Ley de regulación de la eutanasia”. AMF 2022; 18(5), pp 244-247.

MARTÍN AYALA, María. “La objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo: procedimiento para su ejercicio. Los registros de objetores”. Revista Derecho y Salud, Volumen 20, Número 2. Julio-Diciembre 2010, págs. 91 y ss.

MELGUIZO JIMÉNEZ, Miguel; SÁNCHEZ MARISCAL, Dolores; GALLEGO ROYO, Alba. “Prestación de ayuda médica para morir”. AMF 2022; 18(5), pp 279-290.

- MORERA PÉREZ, Blanca; CRUZ PIQUERAS, Maite; BARRENA EZCURRA, Ana. “Las dimensiones del sufrimiento y su evaluación ante el deseo de adelantar la muerte”. AMF 2022; 18(5), pp 291-296. AMF 2022; 18(5), pp 291-296.
- NOVOA JURADO, Abel Jaime; JÚDEZ GUTIÉRREZ, Javier; MELGUIZO JIMÉNEZ, Miguel. “Construir buenas prácticas en la ayuda médica para morir”. AMF 2022; 18(5), pp 242-243
- ORTEGA LOZANO, Ramón; MARTÍNEZ-LÓPEZ, María Victoria; LIEDO, Belén. “Eutanasia: razones, mitos y desatinos”. AMF 2022; 18(5), pp 248-254.
- SARALEGUI, Iñaki; MELÉNDEZ GRACIA, Alberto; MATEU GELABERT, Teresa. “Atención paliativa y eutanasia”. AMF 2022; 18(5), pp 261-265.
- SIMÓN LORDA, Pablo; TORRELL VALLESPÍN, Gemma. “Eutanasia y capacidad para la toma de decisiones”. AMF 2022; 18(5), pp 266-271.
- SEOANE, José-Antonio; CRUZ-VALIÑO, Ana B; VALDÉS PAREDES, Alfredo. “Fortalezas y debilidades de la regulación española de la eutanasia”. AMF 2022; 18(5), pp 255-260.
- TARODO SORIA, Salvador; TRIVIÑO CABALLERO, Rosana; DÍAZ-COBACHO, Gonzalo. “Eutanasia y libertad de conciencia: derechos y obligaciones profesionales”. AMF 2022; 18(5), pp 272-278.