



EUTANASIA

Aspectos éticos de
la ayuda a morir



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària

“Nos hemos equivocado respecto a cuál es nuestra tarea en la medicina. Creemos que nuestra misión consiste en garantizar la salud y la supervivencia. Sin embargo, en realidad, es mucho más que eso. Consiste en hacer posible el bienestar. Y el bienestar tiene mucho que ver con las razones por las cuales alguien desea estar vivo”

Atul Gawande, Ser Mortal

GRUPO DE ÉTICA Redactores del documento

M. Teresa Mateu Gelabert
Aida Molero Arcos
Albert Planes Magrinyà

Miembros del grupo participantes en el debate del documento

Carme Batalla Martínez
Isabel Buezo Reina
M. José Fernández de Sanmamed Santos
M. Teresa Mateu Gelabert
Aida Molero Arcos
Ramon Morera Castell
Albert Planes Magrinyà
Miquel Reguant Fosas
Laia Riera Armengol
Marisa Rubio Montañés
Gemma Torrell Vallespín

Consultores del documento

Miguel Melguizo, médico de familia
Begoña Román, filósofa

Referentes del grupo de ética que han realizado aportaciones

Carme de Castro
Marta Cuní
Eva Peguero
Anna Vall-Ilosera
Francesca Zapater

Noviembre 2024

Tanto los referentes como los consultores hacen aportaciones al borrador del documento, que se tienen en cuenta, pero el contenido final del documento es responsabilidad del Grupo de Ética, que es el autor.

La colección de Reflexiones de la Práctica Cotidiana quiere ofrecer motivos de reflexión a los lectores (básicamente médicos y médicas de familia), que los ayuden a mejorar la dimensión ética de la atención que prestan a la ciudadanía. En ningún caso pretende establecer normas de actuación ni definir estrategias para que los profesionales eviten posibles problemas jurídicos. En cualquier caso, los miembros del Grupo de Ética entienden que una práctica ética correcta es, en la incerteza propia de nuestra profesión, una buena herramienta, no solo para hacerlo mejor, sino también para prevenir problemas jurídicos.

En este documento, la reflexión ética parte de la nueva situación legal (publicación de la Ley de regulación de la eutanasia [LORE]). Sin entrar a discutir la bondad o las posibles mejoras de la ley, para facilitar la reflexión cotidiana de los profesionales, el documento se centra en las previsiones de la ley y obvia hacer reflexiones sobre situaciones no previstas en ella (y que futuras versiones de la ley puedan abordar).

Aspectos éticos relacionados con la atención al final de la vida se pueden encontrar en un documento anterior del grupo¹.

¹ Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Acompanyar fins a la mort. CAMFiC. 2012. Disponible en http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_543_EBLOG_1856.pdf

Índice

Introducción 4

Aspectos legales básicos 6

Real como la vida misma 9

Consideraciones éticas 11

Dudas frecuentes 14

Puntos clave 21

Consejos prácticos 23

Bibliografía..... 24

Anexo 1. Algunos conceptos clave..... 27

Anexo 2. Marco legal y deontológico..... 29

Anexo 3. Documento de voluntades anticipadas y eutanasia..... 32

Anexo 4. Objeción de conciencia y eutanasia..... 34

Introducción

El 24 de marzo de 2021, se publicó en España la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia (LORE). La ley regula y despenaliza, en determinados supuestos, la eutanasia y el suicidio asistido. Los engloba dentro del término ayuda para morir, reconociéndolo como un derecho de las personas y como una prestación dentro de la cartera de servicios del sistema sanitario. Esta ley aparece después de un largo y amplio debate social y político.

En una sociedad moralmente plural, tanto respeto merecen aquellas personas (y profesionales) que consideran la eutanasia como una forma de morir con dignidad, como aquellas que consideran que la eutanasia no es moralmente aceptable.

Estamos ante un nuevo escenario en la relación con las personas y en el abordaje del final de la vida. Este nuevo escenario es fruto de una decisión racional, autónoma, de la persona solicitante. Se trata, como dice la filósofa Begoña Román, de una muerte decidida: *“Es, por primera vez, una muerte decidida, respetable, públicamente defendible, un acto absolutamente ético. Se trata de un suicidio lúcido. Es una decisión; decidir morir y decidirlo autónomamente”*². Es diferente de otros escenarios que se dan, como el rechazo de tratamientos, la adecuación del esfuerzo terapéutico o la sedación, conceptos que aclaramos en el Anexo 1 de este documento.

Hasta ahora podíamos considerar que debíamos ayudar a vivir mejor, también a morir dignamente. Ahora, incluso, debemos ayudar a tener una muerte apropiada³ (aquella que la

persona considere como “propia”, en relación con sus valores y su historia vital). Es preciso tener claro que quien pide morir es alguien que padece intensamente.

Vulnerabilidad y humanidad van de la mano. La muerte es parte de la vida, aunque el entorno social y sanitario parezcan olvidarlo. Hay que promover que cuidar, aunque no se pueda curar, es también una finalidad esencial de la atención sanitaria. Además de la imprescindible formación técnica, hay que saber acompañar a las personas que transitan el proceso de enfermar, de perder capacidades y del final de la vida.

El Comité Europeo de Salud Pública afirmó en el año 1981: “Se muere mal cuando la muerte no es aceptada. Se muere mal cuando los profesionales no están formados en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en la comunicación con los pacientes; se muere mal cuando se abandona la muerte al ámbito de aquello irracional, al miedo a la soledad, en una sociedad donde no se sabe morir”⁴.

² Román B. El dret a decidir com morir [Internet]. Jornada de debat: El dret a decidir com morir.

Disponible en YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=hF4sed3PakY>

³ Broggi MA. Por una muerte apropiada. Barcelona: Editorial anagrama; 2013.

⁴ Urruchi Pinedo I. Vivir el morir. Apoyo emocional y habilidades comunicativas con el paciente terminal [Trabajo fin de grado]. Logroño: Escuela Universitaria de Enfermería “Antonio Coello Cuadrado”, Universidad de la Rioja; 2015.

El sistema sanitario acostumbra a ser poco reflexivo sobre los valores de la persona enferma, hasta límites incompatibles con una buena vida. Resulta difícil reconocer y aceptar que es preciso afrontar la muerte. Una muerte que nos interpela como profesionales y como personas, una muerte que nos genera sentimientos de impotencia, angustia o culpa.

Pero cuando nos implicamos como personas en una buena atención al final de la vida, los sentimientos de miedo y angustia se transforman en paz y satisfacción, y producen un aprendizaje personal y profesional muy importante. El profesional que se pierde la atención al final de vida de las personas que atiende se pierde una de las partes más importantes y bellas de su profesión.

Los médicos y enfermeras de familia acompañamos durante toda la vida, y reconocemos a los enfermos como personas, un reconocimiento individual y profundamente íntimo, tanto físico como psicológico, que significa ofrecerles apoyo⁵. Somos testimonios de las vivencias de los pacientes y estamos en una situación privilegiada y de responsabilidad para ayudar también a tener una “muerte apropiada”.

El acompañamiento en la muerte, con o sin eutanasia, es una parte intrínseca de la práctica de la medicina y de la enfermería de familia. Atribuir esta tarea a equipos específicos representa una pérdida profesional y competencial. Una muestra de la confianza de los pacientes en los profesionales de la atención primaria es que más de la mitad de las solicitudes y prestaciones de ayuda a morir tienen lugar en este ámbito asistencial⁶. Dar soporte al enfermo para tener una muerte apropiada es la culminación del compromiso con el paciente. Cierra un círculo de relación estrecha tejida durante tiempo y a la vez la llena de sentido.

⁵Berger J, Mohr J. Un hombre afortunado. Madrid: Alfaguara; 2011.

⁶Memòria de la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya. 2023. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/11812>

Aspectos legales básicos

Analizamos brevemente qué nos pide la LORE y, específicamente, cómo considera el entorno eutanásico, entendiendo que este es el aspecto más complejo que debe ser verificado por los médicos implicados. En el Anexo 2 abordamos de forma más amplia los aspectos legales y deontológicos relacionados.

¿Qué nos pide la LORE?

La LORE (preámbulo) “regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos”, entendiéndola como “la actuación que provoca la muerte de una persona de manera directa e intencionada, mediante una relación causa-efecto única e inmediata a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo de esta persona, y que se lleva a cabo en un contexto de padecimiento debido a enfermedad o sufrimiento incurable, que la persona experimenta como inaceptable y que no se ha podido mitigar con otros medios”.

La LORE encarga al médico responsable (y también al consultor) que verifique que la persona solicitante cumpla las 4 condiciones que establece la ley para poder acceder a la ayuda a morir:

- Mayoría de edad (18 años).
- Nacionalidad española o más de 12 meses de residencia legal.
- Capacidad de decidir (competencia).
- Entorno eutanásico, entendido como una de estas dos condiciones:
 - o “Sufrimiento grave, crónico o imposibilitante”.
 - o “Enfermedad grave e incurable”.

También nos encarga que certifiquemos que se ha seguido el procedimiento establecido por la ley: la persona ha cumplimentado y firmado dos solicitudes (separadas entre ellas al menos 15 días) y un consentimiento informado (al menos 24 horas después de la segunda solicitud); durante este período se ha deliberado con la persona, a la cual se ha informado, por escrito, de todas las posibilidades (de tratamiento, paliativas y sociales) para abordar su situación.

También nos encarga que acompañemos (con el resto del equipo asistencial, en el cual tendrá un papel relevante la enfermera responsable) a la persona hasta el momento de su muerte, asegurándonos en todo momento de que mantiene su voluntad firme de morir. La última verificación la lleva a cabo la Comissió de Garanties de Catalunya (CGAC), antes de que la persona muera. Una vez se ha producido la muerte, la LORE nos pide que la certifiquemos e informemos de cómo se ha desarrollado todo a la CGAC.

El entorno Eutanásico

Es una de las cuestiones que puede resultar difícil valorar por parte del médico, tanto desde el punto de vista clínico como ético⁷.

El entorno eutanásico debe valorarse en el contexto descrito por la LORE en su preámbulo: “padecimiento debido a una enfermedad o sufrimiento incurable”. Es decir, en el contexto de un padecimiento irreversible relacionado con problemas de salud.

La LORE (art. 3c) describe la “enfermedad grave e incurable” como “la que, por su naturaleza, origina padecimientos físicos o psíquicos constantes insoportables sin una posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”. Esta es, quizás, la posibilidad más sencilla de verificar: todos entendemos con facilidad qué es una enfermedad grave e incurable. Hay que destacar, sin embargo, que la ley pone a la persona en el centro de la definición: es ella quien percibe el padecimiento y quien considera intolerables las posibilidades de alivio.

El “sufrimiento grave, crónico e imposibilitante” está descrito (art. 3b) como “situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable”.

De nuevo, la persona es el centro de la definición: el padecimiento es el elemento central y debe ser intolerable para quien lo padece. Es razonable pensar que las mismas limitaciones producirán grados de padecimiento diferente según la historia vital y los valores de cada uno (qué considera que es una vida apropiada, digna). Así, podría ser muy importante perder la capacidad de moverse para quien la actividad física haya sido esencial y, en cambio, la pérdida de audición o de visión podrían ser muy importantes para una persona con una vida más centrada en actividades intelectuales⁸.

La LORE habla, en este caso, de limitaciones como causa del padecimiento. Estas limitaciones pueden afectar a las actividades de la vida diaria, así como a la capacidad de expresión y relación. La CGAC interpreta así como una expresión disyuntiva (una cosa o la otra). Hay que tener en cuenta que la LORE no habla solo de limitaciones en actividades instrumentales o superiores de la vida diaria.

⁷ Para la valoración del entorno eutanásico es esencial el conocimiento de la persona y de su historia vital, así como la entrevista clínica. Se pueden hallar herramientas para ello en la bibliografía recomendada, especialmente en Peguero y cols. y en Morera y cols.

⁸ Una excelente reflexión sobre la tendencia de los médicos a interpretar lo que es mejor para las personas: Meléndez A. La mirada del mono. AMF 2024;20(6):330-1.

Tampoco habla de si el origen de estas limitaciones es físico o psíquico (no poder salir de casa porque su musculatura no le permite caminar o porque su cerebro, en una enfermedad mental grave, no se lo permite). Entender cómo las limitaciones provocan padecimiento, físico o psíquico, en la persona, en su contexto vital, será fundamental.

La no aceptación de aplicar medidas de “curación o mejora apreciable” de las limitaciones, por parte de la persona, sobre todo si son relevantes, nos ha de poner en alerta sobre su competencia (¿está entendiendo bien la situación y las posibilidades de abordaje?) o sobre la consistencia de las limitaciones como causa del padecimiento. Necesitaremos, sin embargo, tener en cuenta siempre que el padecimiento es personal, y la persona, en ejercicio de su autonomía, tiene derecho a rechazar las actuaciones que le propongamos; la misma LORE, cuando define enfermedad grave e incurable habla de “posibilidad de alivio que la persona considere tolerable”. El rechazo de un tratamiento realmente curativo⁹ de la patología que justifica el padecimiento de la persona nos podría llevar a considerar que no se da el entorno eutanásico.

En resumen, podríamos decir que el sufrimiento (personal y subjetivo, asociado a la historia vital) en un contexto de limitaciones irreversibles, por razones de salud, es el marco eutanásico que prevé la legislación vigente. Es el padecimiento el que manda, no aquello que puedan presuponer como sufrimiento insoportable los profesionales que le atienden.

Siempre que la persona cumpla las otras condiciones, el médico responsable o el consultor hará un informe favorable si verifica cualquiera de las dos situaciones de entorno eutanásico descritas: “enfermedad grave e incurable” o “sufrimiento grave, crónico e imposibilitante”. Y deberá ser desfavorable, siguiendo lo fijado en la ley, si no es así.

⁹ El Comité de Bioética de Andalucía realiza un abordaje interesante. Distingue entre tratamientos curativos, modificadores de la enfermedad o paliativos o de apoyo. Solo el tratamiento realmente curativo podría hacernos dudar del entorno eutanásico. Véase: Comité de Bioética de Andalucía. Consulta al Comité de Bioética de Andalucía por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) para la prestación de ayuda para morir, de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. 2022. Disponible en: https://www.bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2023/10/dictamen_CGE-12_22.pdf

Real como la vida misma

Situaciones reales, vividas, que nos hacen pensar...

- **María tiene muy claro qué quiere y sobre todo muy claro cómo **NO** quiere vivir.**
María tiene 60 años, ha sido siempre una mujer muy independiente, ha disfrutado de su trabajo y tiene una buena red de amistades. Sus hermanos, sobre todo desde que ha enfermado, le dan todo el soporte que necesita. Ha hecho todos los tratamientos que le ha propuesto su oncólogo, incluso aceptó entrar en un ensayo clínico, aunque sabía que tenía pocas garantías de éxito.

Un día la noticia llegó: no te podemos ofrecer más tratamientos para intentar frenar la neoplasia, nos centraremos en controlar los síntomas que te pueda generar.

La visitamos en casa, allí mismo nos explica sus planes de excursión del fin de semana, irá a la montaña con las amigas, y nos pide información sobre la eutanasia.

- **“Si existe una inyección para animales debe existir una para humanos, ¿no?”**
Emilio tiene 65 años y hace más de 10 que se ahoga, cada vez más. Ahora ni siquiera puede levantar a su nieto pequeño sin disnea. Pese al arsenal de tratamientos inhalados y a los mórficos, la disnea le limita en cualquier actividad. Le resulta muy difícil hablar, las pausas entre frases son muy largas. En la última descompensación de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) me dijo: “Doctora, seguro que existe una inyección para acabar con este sufrimiento, si existe para los animales, también habrá para los seres humanos ¿no?” La familia no creía que hubiera pensado demasiado en lo que estaba planteando. Él había oído hablar hacía unos meses, en la tele, sobre la entrada en vigor de la LORE y desde entonces tenía en mente que aquello era lo que él necesitaba para acabar con aquel ahogo insostenible que ni siquiera le dejaba bajar a tomar un cafecito al bar ni fumar ese cigarrillo que daba sentido a su día a día.

“Emilio, ¿lo que me pide es si es posible la eutanasia? ¿Seguimos hablando?”

- **Manolita ya no quiere seguir siendo una carga.**
Atendemos a Manolita desde hace muchos años en el domicilio. Los últimos dos han sido muy duros para la familia, desde el diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Tiene 72 años y es la hermana pequeña de cuatro que viven en el mismo piso. Ella era la que cocinaba, compraba y cuidaba de Antonia, con demencia de tipo Alzheimer. Han sido dos años de pérdidas continuas: la movilidad, la autonomía y su rol de cuidadora. Ya no puede levantarse de la cama, no tiene fuerza en las manos, y han tenido que contratar a una cuidadora. En la última visita en el domicilio pidió a su médica y a la enfermera la eutanasia. Ella no quiere ser una carga para sus hermanos.

“Si pierdo la memoria y no puedo hablar ni reconocer a nadie, por favor, hagan caso de mi Documento de Voluntades Anticipadas”.

Eva llega a nuestra consulta para hacer su documento de voluntades anticipadas (DVA). Su madre padece una demencia vascular, depende completamente del padre y ya no conoce a ningún familiar. Hace años que no la reconocen como era antes: alegre, colaboradora y muy educada.

Después de la experiencia de su madre, Eva se plantea su futuro si presentara cualquier tipo de demencia y tiene claro que para ella no tiene sentido una vida en la cual no reconozca a sus seres más próximos o no pueda expresar sus pensamientos y/o sentimientos; en esta situación desearía la eutanasia. Aquella vida no sería la suya, incluso aunque pareciera “no sufrir”.

José solicita acabar con su vida, que ya no considera digna

Desde hace meses visitamos a José en un descampado que hay cerca del CAP. Se encuentra dentro de su domicilio actual, un coche abandonado. Vive en la calle desde que se separó de su mujer, no trabaja, no come caliente desde hace meses. Tampoco se ducha. Rechazó una habitación en la pensión que trabajo social le ofrecía porque no podía mantener el orden que le pedían ni podía seguir bebiendo. Cuando llegamos al coche y después de darle un bocadillo, nos dice que esta vida actual no es una vida digna para nadie, pero que sabe que no la puede cambiar y nos pide iniciar los trámites para solicitar la eutanasia.

“Ya no creo que pueda soportar más esta tristeza y este vacío”

Marc acaba de cumplir los 47 años, pero, lejos de celebrarlos, ha explicado a la familia que solicitará la ayuda para morir. Ha sido nuevamente ingresado por un intento de autólisis y hace unos días que está en casa donde le esperaba Núria, su mujer, y los dos niños, pero pese al soporte de la familia, Marc no encuentra energía para seguir adelante. Tiene reconocida una invalidez, había trabajado como maestro. Ahora pasa el día mirando cómo pasa el tiempo, inmóvil. Hace casi 20 años que entra y sale del hospital, enlaza visitas de psicología, psiquiatría, medicina de familia, hospital de día, terapeuta ocupacional sin encontrar ningún sentido a esta vida actual y ha perdido ya toda esperanza de mejorar. Ha probado ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, homeopatía y terapia electroconvulsiva.

En otras ocasiones, nos había explicado que quería acabar ya con su sufrimiento y el que estaba causando a su familia. Nos trae toda la información impresa de Internet y nos pide la ayuda para morir.

“Quítale trabajo a Núria. Hoy con la eutanasia ya tiene suficiente...”

Núria y Gemma, médica y enfermera de familia, mañana van a casa de Joan que, afectado por una neoplasia avanzada de colon, ha solicitado ayuda para morir. Marta, compañera y directora del equipo, consciente de las implicaciones de tiempo y emocionales que tendrá esta visita domiciliaria “tan especial”, le dice a Mireia (administrativa): “Procura vaciar tanto como puedas la agenda de mañana de Núria y Gemma, bastante trabajo tendrán; si alguna persona no puede esperar, ya me haré cargo yo misma”.

Consideraciones Éticas

En sociedades moralmente plurales no hay consenso sobre el valor de la vida y la noción de calidad de vida; pero sí sobre el deber de respetar a la persona. Cuando esta es competente para tomar decisiones, este deber se concreta, entre otros aspectos, en el respeto a su autonomía, con la única limitación del respeto de los derechos de los otros. Este es el principal fundamento de la ley de la eutanasia y el suicidio asistido.

Desgranando el eje de los principios:

Autonomía

Un derecho que emana del pleno ejercicio de la autonomía de la persona para decidir sobre los asuntos de su salud y su vida. Este derecho le permite rechazar tratamientos, lo que no invalida la petición de eutanasia.

Beneficencia

Nadie mejor que la propia persona para saber si su vida es o no apropiada. La beneficencia de un acto se basa en los valores de la persona. Como en cualquier otra situación clínica, tenemos la obligación de ofrecer al paciente todas las posibilidades de abordaje de sus problemas, y la persona puede rechazarlas. Si creemos que la solicitud viene generada por un mal control de síntomas, por un abordaje sanitario equivocado o por un problema social, durante el proceso deliberativo han de quedar claras las posibilidades de abordaje para conseguir un mejor control del sufrimiento que genera la solicitud.

No maleficencia

Tan maleficente es ignorar la decisión de un paciente competente en relación con su salud como aceptar la decisión de un paciente incompetente. Abandonar a un paciente porque sus valores difieran de los nuestros también es maleficente. También lo es atender a la petición sin hacer manifiestas las posibilidades de resolución de aspectos que puedan aliviar los síntomas que motivan la solicitud del paciente.

Justicia

Al convertirse en derecho, hay que procurar que esté disponible para todas las personas que lo soliciten, independientemente del lugar donde vivan, etnia, clase social etc. Siempre bajo los criterios contemplados por la ley¹⁰

¹⁰ Los datos disponibles, de las memorias de la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya, no incluyen la variable "clase económica" o "nivel de estudios", lo que nos permitiría valorar si en el acceso a la eutanasia también rige la Ley de Cuidados Inversos.

Desgranando los valores del médico de familia:

Proximidad

Esta situación tan delicada nos pide una presencia plena. Debemos de mostrar al paciente, y a su entorno familiar, que estamos a su lado, que estamos disponibles, que los entendemos, y que nuestro objetivo es ayudarlos. Ofreciendo un espacio de calidez y tiempo de calidad.

Lealtad

Nuestra primera lealtad es siempre hacia la persona solicitante y respetaremos cuidadosamente su deseo de compartir el proceso, o no, con otras personas o profesionales. Tendremos en cuenta sus valores, preferencias y creencias, sin imponer las nuestras. La lealtad también implica no abandonar la persona, aunque se nos haga difícil ayudarla, o, incluso, aunque seamos objetores de conciencia. En este caso es nuestro deber acompañar y asegurarnos de que el paciente puede ejercer el derecho que la ley le reconoce, aunque no seamos nosotros quien aplique la prestación a la ayuda a morir.

Prudencia

“La prudencia es la virtud de decidir aquello que es óptimo en cada caso concreto. Es el valor más asociado al principio de no maleficencia, que nos obliga, en primer lugar, a no provocar daños con nuestra actuación profesional”¹¹. Debemos asegurarnos durante todo el proceso deliberativo de que se trata de una voluntad meditada, autónoma y reiterada del paciente. La prudencia es, en este caso, esencial: la eutanasia es irreversible.

Equidad

Debemos garantizar la equidad en el trato a todos los pacientes, aunque seamos objetores de conciencia, asegurándonos de que todos tienen acceso al derecho a recibir la prestación de ayuda a morir y que todos serán acompañados, con calidad, en su final de vida.

¹¹ Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Les bones pràctiques del metge i de la metgessa de família. CAMFiC; 2016. Disponible en: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_8082.pdf

Honradez

Necesitamos conocer la ley y el procedimiento que requiere. Debemos ser también conscientes de nuestras habilidades y nuestras limitaciones, y pedir ayuda, siempre que sea necesario, a los referentes, a otros compañeros o al servicio de salud mental; la ayuda para morir tiene un alto componente emocional. La honradez nos obliga a reconocer nuestras limitaciones y a responsabilizarnos, también, de formarnos adecuadamente.

Respecto

A la petición que nos hace la persona, a su sufrimiento y al de su entorno familiar. Pero también respeto a los profesionales que asumen acompañar a la persona y a aquellos que, sin abandonarla, son objetores.

Será muy importante, también, aplicar todos estos valores para dar soporte a los compañeros de equipo que están ayudando a una persona a morir.

Dudas Frecuentes¹²

No lo he hecho nunca y no sé si sabré hacerlo bien

Es una situación frecuente. Un sentimiento, muy propio del ser humano, de miedo ante lo desconocido o ante aquello que le afecta emocionalmente, y que se asocia con un deseo honesto de hacer bien las cosas. Si nos encontramos en esta situación, hay que abordarla buscando ayuda: solicitar soporte dentro del mismo equipo o fuera de él (referentes) puede ser de gran ayuda. Declararse objetor en esta situación (o en otras similares) sería poco honesto para nosotros mismos, para la persona solicitante, para el resto de los compañeros e, incluso, para los auténticos objetores (véase el Anexo 4).

Voy agobiado y no tengo tiempo

Es frecuente oír esta expresión. Atender a una persona próxima a la muerte es comprometido y comporta mucho tiempo; ayudarla a morir, además, conlleva unos requerimientos legales y de trámites que aún necesitan más tiempo. Sin embargo, es tan importante para aquella persona sentirse acogida por quien la ha acompañado a lo largo de su vida, durante años, su médico de familia, que hay que priorizar estas atenciones sobre otras de escasa utilidad en las que no somos tan necesarios. Negarse a hacerlo es trasladar el problema a otro compañero y perder la oportunidad de acompañar a la persona en un momento vital muy importante, irreplicable. “¡Tendré que implicarme mucho!” Se necesita, como en otras situaciones, buscar el tiempo, solicitar ayuda a la dirección y al resto de los compañeros.

También puede ser que me sienta poco implicado, porque no conozco a la persona (hace poco que la tengo asignada o la atiendo porque otro profesional no quiere hacerlo). En este caso deberé buscar la manera de conocer mejor su vida y acompañarla. Necesitaré tiempo...

¡No me veo con ánimo por la implicación personal que tengo!

La implicación personal que tengo con la persona es tan intensa que no sé si sabré actuar con profesionalidad: la relación de años, como médico de familia, con aquella persona (longitudinalidad) es, seguramente, la razón por la cual se la ha escogido como médica referente, por la confianza. ¡Esta intensa relación puede ser muy beneficiosa para un buen acompañamiento en la ayuda para morir y me facilitará mucho el trabajo! Pero, si el problema es una intensa relación de amistad, o incluso familiar, sin abandonar a la persona se lo explicaremos y lo comunicaremos al resto de compañeros y a la dirección del equipo, para que asuma el caso otro profesional.

Soy objetor de conciencia

En este caso, la ley prevé que se haga constar previamente en el registro. No puedo abandonar a la persona en su petición. Lo tengo que comunicar también a la dirección de mi equipo de atención primaria (EAP) y colaborar en la búsqueda de otro compañero que pueda atender la petición.

¹² En otros documentos del grupo utilizábamos el título “cuestiones polémicas”. En este caso nos parece más adecuado cambiarlo.

Tengo que comunicar a la persona que me solicita la ayuda, con honestidad y proximidad, que soy objetor. Si soy la médica de familia de la persona, por honestidad y lealtad, hay que seguir atendiéndola hasta su muerte (como se haría en cualquier otra situación), sin participar directamente en el procedimiento de ayuda a morir. Ayudará mucho a dar continuidad a su atención, a acompañarla mejor, por la confianza que tiene en mí.

Tratamos más extensamente de este tema en el Anexo 4.

Cuando el médico considera que debe hacer un informe desfavorable

El médico de familia que actúa como médico responsable (o como consultor) debe verificar (según establece la LORE) que la persona es mayor de edad, tiene nacionalidad (o residencia) en el estado español, es competente (o tiene un DVA específico) y se encuentra en un entorno eutanásico. Por honestidad, y en cumplimiento de la legislación vigente, el médico debe hacer un informe desfavorable si considera que no se cumple alguno de estos cuatro criterios establecidos en la LORE.

El sufrimiento es personal, intransferible, difícil de valorar. En realidad, solo podemos entender, acompañar a la persona en su sufrimiento y ofrecerle alternativas para paliarlo tanto como sea posible. No podemos poner en duda su sufrimiento, sin embargo, la LORE nos pide que verifiquemos que este sufrimiento está justificado por unas limitaciones provocadas por el estado de salud de la persona: el entorno eutanásico. Para hacerlo debemos evitar partir de nuestros valores y prejuicios. Debemos ponernos en el lugar de la persona, con sus valores e historia vital y entender que aquella situación no la considera propia, apropiada y que no tenemos posibilidades razonables de aliviar su sufrimiento de forma aceptable para ella. Este “apropiado” y este “aceptable” lo son para aquella persona en concreto (quizás no lo serían para mí o para algún otro...). La deliberación, con proximidad, sirve no solo para que la persona entienda las posibilidades disponibles para aliviar sus limitaciones y su sufrimiento, sino también para que yo, como profesional, entienda las razones profundas¹³ por las cuales la persona sufre (por sus limitaciones) hasta el punto de solicitarme la ayuda a morir.

Cuando hacemos un informe desfavorable, es necesario explicarlo de forma clara a la persona y ofrecerle la posibilidad de presentar un recurso a la CGAC. Debemos ser cuidadosos para que la persona se siga sintiendo acogida en su sufrimiento y podamos continuar ayudándola y acompañándola.

Cuando se frivoliza la solicitud de eutanasia

“¡No mujer, no! ¿Cómo me puedes pedir eso, si todos te quieren tanto...? ¡Ya verás cómo cambias de idea!”

Sufrir no es solo una cuestión de dolor u otros síntomas, sino que tiene dimensiones psicológicas, sociales y existenciales.

¹³En alguna publicación (p. ej., Peguero y cols.) se habla de “las razones de las razones”. Para entender el sufrimiento de la persona no nos podemos quedar con un “simple” “así no quiero vivir” sino que será muy importante entender las razones de fondo (las razones de las razones): “sin poder valerme por mí misma no soy capaz de seguir viviendo”, “dar trabajo a las personas próximas, sufrir yo misma y verlas sufrir a ellas no es vivir” ...

Desde la imparcialidad moral que nos corresponde, debemos procurar no intentar convencer a nadie para que cambie de idea; no es esta la función que se nos pide, sino más bien hacer todo lo posible para aliviar el sufrimiento y las limitaciones que lo provocan y, si eso no es suficiente, entender y respetar la petición de la persona y acompañarla.

Tampoco hemos de proponer directamente a la persona la eutanasia ("le convendría la ayuda para morir..."), pero siempre nos hemos de asegurar de que tiene la información correcta y completa sobre todas las posibilidades a su alcance (incluida la eutanasia): explorar qué sabe y completar la información.

El sufrimiento de la persona es propiamente suyo y de nadie más. Cada cual vive sus limitaciones según sus valores y su historia vital. Nadie (ni siquiera el médico de familia) puede modificar este sentimiento de vida no apropiada ("ya no es la mía...").

Frivolar la petición o, incluso, alargar innecesariamente los plazos previstos por la ley (no tramitar las peticiones, dar largas...) es legalmente negligente y poco compasivo, maleficente para una persona que sufre.

Dudas sobre la competencia

La competencia se supone en cualquier persona adulta, pero hay que valorarla en caso de duda, sobre todo en enfermedades neurológicas, mentales o demencia. La valoración de la competencia se lleva a cabo básicamente mediante la entrevista clínica. En caso de duda, podemos usar algunos test o consultar a otros profesionales. Para saber más sobre la valoración de la competencia se puede consultar el documento: "Autonomía, el dret a decidir"¹⁴.

En el caso de la **demencia** hay que tener en cuenta que en sus fases iniciales (en general hasta GDS3 o incluso GDS4) la persona suele ser competente para decidir sobre la eutanasia, como sobre otros aspectos de su atención. El debate ético frecuentemente se centra en si tiene validez, en una persona que ya no es competente, lo que manifestó en un DVA previo (cuando era competente): ahora, la persona con demencia avanzada no nos puede explicar su sufrimiento y, frecuentemente, no parece sufrir aparentemente. Sin embargo, en su DVA explicó que quería la eutanasia cuando llegara este momento, que no sería para ella (competente) una vida apropiada, pese a las apariencias. Nos decía, en realidad, que la persona competente no querría vivir (la haría sufrir) si se pudiera ver cómo está en este momento (con una demencia avanzada). Hay que atender a lo que decía cuando era competente. La LORE no excluye las **enfermedades mentales**. La mayor parte de las enfermedades mentales no afectan a la competencia de la persona, o, si lo hacen, la pueden afectar

¹⁴ Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Autonomia, el dret a decidir. CAMFiC. Disponible en: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_OFEX_8378.pdf

temporalmente: podría estar afectada la competencia en una persona en plena crisis depresiva, pero la puede recuperar al mejorar; lo mismo podría pasar en caso de sufrir un episodio psicótico agudo. Si la persona con enfermedad mental grave es competente y tiene limitaciones en su vida diaria que justifiquen un sufrimiento irreversible, tiene el mismo derecho que otras personas a acceder a la eutanasia¹⁵.

Eutanasia y curas paliativas:

La eutanasia y la atención paliativa son complementarias, no excluyentes, y responden a las necesidades de una sociedad moralmente plural como la nuestra. No es cierto que unos cuidados paliativos de calidad garanticen que la persona no querrá avanzar su muerte (en un estudio realizado en Canadá¹⁶, la mayoría de solicitantes, un 82%, habían recibido cuidados paliativos adecuados y un 13% los había rechazado). La persona puede considerar que, aunque su sufrimiento físico sea mínimo, el sufrimiento psicológico, emocional o existencial comporte que aquella manera de vivir ya no sea apropiada, le resulte indigna.

Evidentemente, si el control de los síntomas no es adecuado, hay que mejorarlo. Nuestra primera finalidad es evitar el sufrimiento de la persona. Sin desatender la petición de eutanasia, acogiéndola y deliberando sobre ella, será prioridad garantizar las medidas paliativas adecuadas. Hay que respetar el deseo autónomo de la persona sin que ello suponga un obstáculo para ofrecerle una atención de calidad. Si el control sintomático no es factible por los medios habituales, habrá que explicar a la persona la posibilidad de sedación paliativa, si procede.

El papel del equipo

Para atender una petición de eutanasia será imprescindible la colaboración estrecha del médico o médica y la enfermera de familia. Este equipo necesitará del soporte de su dirección y de otros miembros del EAP (dependiendo del caso). Llegar al final de la vida, morir, es un acto único en la historia vital de una persona. Forma parte esencial de su vida. Respetar y permitir que cada cual afronte la muerte en intimidad, a partir de sus valores, debe formar parte de nuestro trabajo. En caso de muerte por eutanasia, también. Debemos saber encontrar el equilibrio entre la necesaria colaboración entre profesionales, en beneficio de una mejor atención, y el respeto a la intimidad y entorno de la persona. La persona es el centro de atención y será necesario atenderla con los profesionales más adecuados para hacerlo, sin aumentar su número por simple curiosidad. Durante el acompañamiento a la persona y en el mismo momento de practicar la eutanasia hay que procurar la colaboración (y presencia, si es necesario) de los profesionales necesarios, pero no más.

¹⁵ Debe tenerse en cuenta el posicionamiento de la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya al respecto: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells-comissions/comissio-garantia-avaluacio-catalunya/parers-posicionament/peticions-pram-persones-problemes-salut-mental/>

¹⁶ Health Canada. Second Annual Report on Medical Assistance in dying in Canada. 2020. Ottawa: Health Canada; 2021 [citado el 8/11/2024]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying/annual-report-2020.html>

¿La eutanasia es ajena a la función de los sanitarios?

Aunque tradicionalmente los fines de la medicina han sido salvar y alargar la vida, también lo han sido aliviar el dolor y el sufrimiento. La eutanasia se puede considerar la última forma de acabar con el sufrimiento cuando las circunstancias que se viven hacen percibir la propia existencia como inapropiada, insufrible, insoportable. Su aceptación en el ámbito de la deontología está unida al cambio de paradigma de la relación médico-paciente y de las funciones de la medicina. La eutanasia es la última decisión autónoma que una persona toma con relación a su salud y su vida.

Solo desde el compromiso y en el marco de una relación asistencial se puede entender el imperativo moral de facilitar la muerte como la mejor manera de cerrar una determinada biografía, en la cual el paciente es insustituible en sus decisiones, incluida la decisión de acabar con su vida, y donde reclama nuestro compromiso compasivo de ayudarlo.

La eutanasia en personas de edad avanzada

Un porcentaje significativo de solicitudes de eutanasia proviene de personas de edad avanzada. En los Países Bajos¹⁷ se ha observado un aumento de las solicitudes de eutanasia por parte de personas mayores de 80 años que sufren síndromes geriátricos tales como déficit visual, hipoacusia y dolor. Incluso se ha observado que la mera acumulación de estos síndromes no explica completamente el sufrimiento insoportable que motiva estas solicitudes. Factores desencadenantes adicionales, como caídas, infecciones, hospitalizaciones o la pérdida de seres queridos, provocan frecuentemente una reflexión profunda sobre el futuro y pueden llevar a percibir la vida como insoportable.

No es preciso que la persona sufra una o dos enfermedades importantes. El cúmulo de pequeños déficits puede justificar limitaciones que son consideradas como inaceptables para la persona. La atención próxima, de calidad, conociendo bien la historia vital de la persona y sus valores nos ayudará a atenderla y entender su sufrimiento, que puede justificar plenamente la petición de eutanasia.

Hay personas de edad avanzada que, aun no sufriendo limitaciones relevantes, consideran que ya “han vivido su vida” y desean terminarla. Si bien este tipo de peticiones pueden ser comprensibles y no ser contrarias a los valores éticos, la LORE no despenaliza la eutanasia para personas que justifican su sufrimiento “solo” por lo que podríamos llamar “cansancio vital”, la vida ya vivida.

La eutanasia en personas jóvenes

La petición de eutanasia en personas jóvenes supone un gran reto para los profesionales. La sensación de “vida no vivida” nos pone en alerta, nos angustia y nos hace dudar sobre el entorno eutanásico. Estamos más acostumbrados, y aceptamos mejor, la muerte de personas mayores.

¹⁷Van den Berg V, Van Thiel G, Zomers M, Hartog I, Leget C, Sachs A et al. Euthanasia and physician-Assisted Suicide in patients with multiple geriatric syndromes. JAMA Intern Med. 2021;181(2):245-50. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.6895.

Pero, evidentemente, la edad no puede ser excusa para no entender el sufrimiento de la persona.

Deberemos ser, eso sí, prudentes y cuidadosos en la apreciación del tiempo de evolución, tiempo que ha permitido que se le ofrezcan a la persona todas las posibilidades de abordaje de su sufrimiento. La opinión y soporte de otros profesionales del equipo nos puede ayudar a valorar mejor la situación.

Cuando la familia se opone

La decisión de recibir la prestación de ayuda a morir puede tensar las relaciones y dinámicas familiares, incluso las más armónicas, sobre todo si los diferentes integrantes no están en paz con la decisión de la persona. Esta fricción puede comportar un sufrimiento mayor para el paciente y un estrés en la relación con sus familiares, e incluso generar cierta sensación de abandono a causa de la falta de comprensión.

La ley deja muy claro que la decisión es únicamente de la persona solicitante y, por lo tanto, incluso cuando el entorno que la acompañe se oponga, este no puede impedir que su solicitud avance.

Desde el momento que un paciente solicita la prestación de ayuda a morir, este se sitúa, como siempre, en el centro de nuestra práctica (lealtad), pero no podemos olvidar que la familia del paciente también necesita una acogida y un acompañamiento durante el proceso y, posteriormente, en la elaboración del duelo, y será nuestro trabajo estar a su lado.

Es preciso trabajar para implicar a la familia, para procurar que entiendan a la persona, que entiendan las razones de la petición, que entiendan su sufrimiento. Se debe facilitar la expresión de sus miedos y sus sentimientos.

Debemos acompañar a la persona en su petición, pero también al entorno familiar (que necesita cuidados) en su duelo y sus sentimientos.

Cuando las condiciones sociales son muy desfavorables

Con frecuencia se habla del peligro de que la eutanasia se utilice progresivamente (una pendiente resbaladiza) para que la sociedad se desprenda de aquellas personas más desfavorecidas socialmente o de aquellas que “molestan” socialmente (eugenesia social). Se trata de un riesgo, aunque no confirmado en la práctica en los países donde hace años que se practica la eutanasia.

Las situaciones sociales desfavorables no deben ser el catalizador de la eutanasia, ni las peticiones de eutanasia debieran servir para facilitar mejoras sociales.

Las personas en situaciones sociales complicadas deben ser valoradas con la misma neutralidad que aquellas con situación social no comprometida. Siempre hay que verificar un entorno eutanásico, independientemente de la situación social de la persona solicitante.

Por otro lado, la petición de eutanasia para una persona en condiciones sociales muy desfavorables debe ser valorada, si cumple con los criterios, con el mismo cuidado que la de cualquier otra persona. La situación social desfavorable no debe ser un impedimento para que la persona acceda a la eutanasia, aunque profesionalmente nos suponga un reto discernir el sufrimiento de origen social de aquel que proviene de limitaciones de salud, sobre todo cuando sabemos que frecuentemente están interrelacionados.

Cuando se sospeche que hay potentes causas sociales de una enfermedad o sufrimiento insufrible, habrá que movilizar los recursos disponibles para mejorar la situación y revalorar la solicitud de eutanasia en la persona afectada. En estas situaciones, la intervención y la coordinación con los trabajadores sociales de los equipos de atención primaria puede ser de gran ayuda.

Cuando el profesional sanitario trabaja en una institución contraria a la aplicación de la ley

Legal y éticamente no es aceptable la objeción de conciencia de colectivos, sociedades, servicios, unidades asistenciales o instituciones sanitarias.

El médico de familia debe ayudar a la persona a ejercer su derecho a recibir la ayuda a morir.

Si le es imposible hacerlo en la institución donde trabaja, deberá valorar la solicitud de amparo de la comisión deontológica y/o del comité de ética asistencial y, siempre leal a la persona, buscará la mejor opción para facilitarle su petición.

Puntos Clave

- La eutanasia es ética y legalmente correcta cuando la persona tiene un sufrimiento por causas de salud que sea irresoluble por otros medios aceptables para ella.
- La decisión sobre la eutanasia es personalísima (no se puede delegar en nadie). Por tanto, requiere de competencia para hacerlo.
- Una vida impuesta no es una buena vida, no es una vida apropiada.
- El sufrimiento es personal, intransferible, asociado a los valores de cada cual y a su historia vital.
- En la LORE, el entorno eutanásico requiere de sufrimiento debido a problemas de salud, previsiblemente irreversibles con medios aceptables para la persona.
- Debemos suponer la competencia en una persona adulta. Si tenemos dudas, lo que hay que demostrar es la falta de competencia.
- Es fundamental que exista un buen proceso deliberativo, con información de calidad, que empodere a la persona para decidir autónomamente.
- Una persona sin competencia solo podrá acceder a la eutanasia si se especificó su solicitud en un DVA cuando era competente.
- Las enfermedades mentales (excepto en algunas situaciones que suelen ser transitorias) y las fases iniciales de demencia no son motivo de falta de competencia.
- La decisión de la persona prevalece (legal y éticamente) por encima del criterio de los familiares, pero nunca podemos abandonarlos y hay que ayudarlos a entender el sufrimiento y las razones en las que se basa la petición.
- En nuestra sociedad, moralmente plural, es normal que la consideración de sufrimiento aceptable, de vida apropiada ("propia") o de vida digna, sea diversa (y que no siempre coincida con la apreciación subjetiva del profesional sanitario).
- La eutanasia es una demanda social que previsiblemente irá en aumento. Los profesionales deberemos repensar la práctica asistencial, con las implicaciones éticas, clínicas y personales que comporta.
- El conocimiento en el tiempo (longitudinalidad) y la confianza en el profesional son de gran importancia en una decisión irrevocable que requiere de mucho cuidado y atención. Por eso, la implicación del médico de familia habitual de la persona es primordial.

- El rechazo de un tratamiento muy eficaz nos ha de hacer dudar de la competencia de la persona o de la solidez de su decisión.
- El rechazo razonado, competente, de un tratamiento no es razón, por sí mismo, para informar negativamente una petición de eutanasia.
- El médico de familia tiene el deber moral y legal de informar favorablemente una petición de eutanasia si cumple con los criterios establecidos en la LORE. Y de informarla desfavorablemente si no los cumple.
- La objeción de conciencia es un derecho individual (del médico o enfermera responsable), basado en convicciones morales profundas e íntimas.
- Ser objetor de conciencia implica no participar directamente en la eutanasia, pero, también, acompañar a la persona y no abandonarla.

Consejos Prácticos

- Debes estar preparado para atender una petición de eutanasia: no será frecuente, pero es fácil que a lo largo de tu vida profesional tengas alguna.
- Si eres objetor de conciencia, inscríbete en el registro y comunícalo a la dirección de tu centro.
- Si alguien te solicita la prestación de ayuda a morir, busca tú también ayuda para atenderla: busca profesionales referentes que te acompañen.
- Trabaja codo con codo con la enfermera y busca el soporte del equipo y la dirección.
- Acepta tus emociones y valora si necesitas ayuda para gestionarlas.
- Intenta entender el sufrimiento de la persona que atiendes, pero no la juzgues.
- Escucha, acompaña y ayuda a pensar a la persona, a su familia y a su entorno más próximo.
- Facilita, honestamente, toda la información (clínica, de posibilidades de soporte paliativo, de ayuda social...) a la persona solicitante para ayudarla a tomar su decisión.
- Valora si la persona es competente para decidir sobre la eutanasia y qué razones de salud provocan su sufrimiento.
- Escucha las razones profundas de la persona o pregunta, prudentemente, qué le haría cambiar de opinión sobre la solicitud de eutanasia.
- Haz equipo con la enfermera que también tiene la confianza de la persona. Su participación debe ir más allá de la administración de fármacos.
- Considera que estás atendiendo una «consulta sagrada»: el tiempo debe ser flexible y amplio, sin prisas. ¡Pídelo! ¡Búscalos!
- Habla de las preferencias y valores respecto a la muerte con las personas que atiendes. Ayudará a su serenidad y reforzará la confianza mutua.
- Promueve la elaboración del DVA entre las personas que atiendes.
- Sé receptivo a las preguntas sobre la eutanasia, incluso en fases no avanzadas de una enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:

- Departament de Salut. Información para ciudadanos y para profesionales:
<https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/final-vida/eutanasia/index.html>

<https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/final-vida/eutanasia/professionals/>
- Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya (CGAC): Además de las memorias anuales, son especialmente interesantes sus documentos con “opiniones y posicionamientos”
<https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells-comissions/comissio-garantia-avaluacio-catalunya/index.html>
- Institut Català de la Salut. En su web (intranet) dispone de un apartado sobre la eutanasia, con material práctico útil para los profesionales e información sobre cómo contactar con un referente de apoyo.
- CAMFIC i semFYC. Posicionamientos respecto a la eutanasia.
http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_10497_EBLOG_3679.pdf

<https://www.semfyec.es/storage/notices/wp-content/uploads/2018/07/SEMFYC-EUTANASIA.pdf>
- Ministerio de Sanidad: Información para los ciudadanos y para los profesionales, Incluye el “Manual de Buenas Prácticas” y el “Protocolo de valoración de la incapacidad de hecho”:
<https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm>

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

https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Protocolo_de_valoracion_de_la_situacion_de_la_incapacidad_de_hecho.pdf
- Dret a Morir Dignament (DMD)-Catalunya: Información útil para profesionales y para ciudadanos sobre el DVA y la eutanasia.
<https://www.dmd.cat/index.php/ca/>
- LORE. Puede encontrarse la ley en:
https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628-C.pdf

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

- Alday M, Mateu MT, Meléndez A, Miranda E, Torrell G. Guías para la práctica asistencial y comunitaria: Atención en los últimos días de vida. FMC. 2021; 28(3):1-47.
- Amorós N, Duro R, Limón E, Mateu T, Peguero E, Torrell G. En la senda de la eutanasia. Tres años después. FMC. 2024;31(3):9-57.
- Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, et al. An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. PLoS One. 2016;11(1): e0146184.
- Bastidas-Bilbao H, Stergiopoulos V, Cappe V, et al. Walking Alongside: Views of Family Members on Medical Assistance in Dying for Mental Illness as the Sole Underlying Medical Condition. Qual Health Res. 2023;33(13):1140-53.
- Broggi MA. Por una muerte apropiada. Barcelona: Editorial Anagrama SA; 2013.
- Cassel, EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982;306(11):639-45.
- Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi. Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización y regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Euskadi, 9 de diciembre 2020 [acces 30/01/2024]. Disponible a: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/eutanasia/es_def/adjuntos/CSSCEE-Eutanasia-SMA.pdf
- Comitè de Bioètica de Catalunya. Reflexions del Comitè de Bioètica de Catalunya i el Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya sobre una possible negativa, en nom de l'ideari institucional a l'aplicació de la Llei reguladora de l'Eutanàsia; 2021 [acces 15/06/2024]. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/reflexions-possible-negativa-a-laplicacio-de-la-llei-reguladora-de-leutanasia.pdf
- Etxeberria Mauleon X. El reconocimiento como referente transversal de la bioética. Rev Col Bioet. 2015;10(2):127-41.
- Fundació Víctor Grífols i Lucas. Eutanasia: los retos éticos, jurídicos y administrativos de la LORE. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2024;66.
- Grup d'ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Acompanyar fins a la mort. Barcelona: CAMFiC; 2012. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_290_EBLOG_1856.pdf
- Grup d'ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). L'autonomia, el dret a decidir. Barcelona: CAMFiC; 2001. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_541_EBLOG_1849.pdf

- León F, Ogando B, Álvarez S. Eutanasia y situación legislativa en el mundo. AMF. 2019;15(3):133-140. Disponible a: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/eutanasia-situacion-legislativa-en-el-mundo>
- Mateu MT, Lasmarías C, Limón E, Martín E, Morera R. La eutanasia. FMC. 2022;29(6):335-9.
- Melguizo M, Simón P, Arriba B. Eutanasia y suicidio asistido. AMF. 2015;11(7):384-391. Disponible a: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/eutanasia-y-suicidio-asistido>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instrumento para la valoración de la competencia Intercultural en la Atención en salud mental. Hacia la equidad en salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/Competencia_Intercultural_accesible.pdf
- Morera B, Cruz M, Barrera A. Las dimensiones del sufrimiento y su evaluación ante el deseo de adelantar la muerte. AMF. 2022;18(5):291-6. Disponible a: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/las-dimensiones-del-sufrimiento-y-su-evaluacion-ante-el-deseo-de-adelantar-la-muerte>
- Novoa Jurado AJ, Júdez Gutiérrez FJ, Melguizo Jiménez M. Eutanasia. AMF. 2022;18(5):240-310.
- Peguero E, Duro R, Muñoz E. Comunicación con la persona que solicita eutanasia. Entrevista clínica de ayuda a la deliberación. AMF. 2021;17(9):505-12. Disponible a: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/comunicacion-con-la-persona-que-solicita-eutanasia-entrevista-clinica-de-ayuda-a-la-deliberacion>
- Pérez-Capellades RM, Falcó-Pegueroles A, Ramos Pozón S. La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: un equilibrio entre derechos y deberes. Rev Bio y Der. 2024;60:3-18.
- Rubio M. Reflexiones en torno a la ley de eutanasia. AMF. 2021;17(4):181-2. Disponible a: <https://amf-semfyc.com/index.php/es/web/articulo/reflexiones-en-torno-a-la-ley-de-eutanasia>
- Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2008;28(2):327-50.
- Urruchi Pinedo Y. Vivir el morir. Apoyo emocional y habilidades comunicativas con el paciente terminal [Trabajo fin de grado]. Logroño. Escuela Universitaria de Enfermería "Antonio Coello Cuadrado", Universidad de la Rioja; 2015. Disponible a: https://nanopdf.com/download/vivir-el-morir-apoyo-emocional-y-habilidades-comunicativas-con-el_pdf

Anexo 1.

Algunos conceptos clave

En el entorno de final de vida se pueden dar una serie de situaciones muy diferentes desde el punto de vista ético y legal. Es importante que tengamos claros estos conceptos y no nos confundamos.

- **Rechazo de tratamiento.** Toda persona, en el ejercicio de su autonomía, tiene derecho, a lo largo de su vida, y también cuando esta se está acabando, a decidir sobre la manera de tener cuidado de sí misma y a rechazar cualquier tratamiento que se le proponga. Los profesionales debemos asegurarnos de que tiene la competencia para hacerlo y, en este sentido, es fundamental facilitarle la información necesaria de una forma comprensible¹⁸.
- **Adequación del esfuerzo terapéutico.** Son los propios profesionales quienes, entendiendo que una actuación (intervención, fármaco, etc.) es fútil o incluso peligrosa para la situación de la persona (edad, pluripatología...) ya la evitan o no la proponen (o, si lo hacen explicitan, los riesgos o los nulos beneficios).
- **Sedación paliativa.** Cuando se agotan las medidas paliativas (analgesia, acompañamiento, etc.) y el sufrimiento de la persona sigue siendo insoportable, le podemos plantear la posibilidad de sedación: dormirlo profundamente para que no sufra.
- **Eutanasia y suicidio asistido.** Son acciones con la participación de profesionales sanitarios para provocar la muerte inmediata de la persona que lo ha solicitado, de forma reiterada y consciente, porque considera que la forma de vida que tiene ya no es digna (por las limitaciones y el sufrimiento que le supone). Si la acción la hacen directamente los profesionales, hablamos de eutanasia; si lo que hacen los profesionales es facilitar los medios a la persona para que sea ella misma quien haga la acción, hablamos de suicidio asistido.

¹⁸Para más información véase el documento previo: Grup d'Ètica de la CAMFiC. Autonomia, el dret a decidir. Barcelona: CAMFiC; 2001 Disponible en: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_OFEX_8378.pdf

En las tres primeras situaciones, la finalidad nunca es provocar la muerte de la persona, sino evitarle un sufrimiento innecesario (con tratamientos fútiles, tratamientos que rechaza...) o paliar un sufrimiento que no conseguimos minimizar de otra manera (sedación paliativa). Incluso se puede dar el caso que algunas personas, “al descansar su organismo”, alarguen algunos días su vida cuando son sedadas. Todas ellas deben formar parte del quehacer habitual de los profesionales y las han de integrar en su práctica cotidiana.

En cambio, en la eutanasia o en el suicidio asistido, la finalidad de la acción sanitaria es ayudar a la persona a morir, provocar su muerte. De aquí que su consideración moral sea para algunas personas o para algunos profesionales bien diferente. Pueden considerar que no es moralmente aceptable provocar la muerte: sería la situación en la que un profesional, por creencias o convicciones morales profundas, se podría declarar objetor de conciencia.

- **Deseo de avanzar la muerte (DAM).** Fenómeno reactivo ante el sufrimiento en el contexto de enfermedades que suponen una amenaza para la vida y en las que el paciente no ve otra salida que acabar con su vida. Este deseo puede expresarse de forma espontánea o después de ser preguntado, pero se debe diferenciar de la aceptación de la muerte inminente o de un deseo de morir de forma natural, aunque preferiblemente pronto. El DAM puede surgir como respuesta a los síntomas físicos (presentes o previstos), los trastornos psicológicos (depresión, desesperanza, miedos...), el sufrimiento existencial (pérdida del sentido de la vida) o aspectos sociales, como la sensación de ser una carga. El DAM no siempre implica una petición de eutanasia.

Anexo 2.

Marco legal y deontológico

En el apartado de aspectos legales básicos ya hemos comentado los más importantes, en la práctica, de la LORE. Queremos, aquí, complementar con la cita de su primer artículo, y con aspectos de la ley de autonomía, del código deontológico y de la legislación de otros países.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Artículo 1. El objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla con las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.

Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atiende a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para garantizar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta ley.

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

Legitima el derecho de las personas a la autodeterminación. Para hacerlo hay que tener información suficiente: consentimiento informado. Incluye la normativa sobre el DVA (véase el Anexo 3).

Nos interesa destacar especialmente los artículos 2, 3 y 6 que hablan sobre la información y la autonomía de decisión:

Artículo 2. En cualquier intervención asistencial, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su propia salud. No obstante, hay que respetar la voluntad de una persona a no ser informada. La información... se debe dar de manera comprensible y adecuada a las necesidades y requerimientos del paciente, para ayudarlo a tomar decisiones de una manera autónoma...

Artículo 3. El titular de derecho a la información es el paciente. Se debe informar a las personas vinculadas al paciente en la medida que este lo permite expresa o tácitamente. En caso de incapacidad del paciente, este debe ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio del deber de informar también a quien tenga la representación. Si el paciente... no es competente para entender la información... se debe informar también a los familiares o las personas vinculadas.

Artículo 6. Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado el consentimiento específico y libre, y haya sido informada previamente... En cualquier momento la persona afectada puede revocar su consentimiento.

Legislación sobre eutanasia en otros países

España es el cuarto país de la Unión Europea, después de los Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo, y el sexto a nivel mundial que despenaliza la eutanasia.

Existen muchas similitudes entre las legislaciones sobre la eutanasia a nivel mundial, pero creemos interesante mostrar las variaciones más destacadas:

- Algunos países solo permiten el suicidio asistido; mientras que otros, como España, admiten tanto el suicidio asistido como la eutanasia.
- Hay estados, incluso el español, que requieren que el paciente sufra de una condición que no puede ser aliviada por otros medios, en contraposición a aquellos que piden que el solicitante sufra una enfermedad terminal con expectativa de vida de menos de 6 a 8 meses.
- Hay países que autorizan la eutanasia en menores y otras que no. España es uno de estos últimos.
- En algunos lugares está permitida la eutanasia a personas con enfermedades mentales, ya sea con o sin la confirmación de un psiquiatra de que el deseo de suicidio no es el resultado directo de la enfermedad mental. España no excluye a quien tiene un trastorno mental para optar a la eutanasia, lo que elimina una discriminación común contra estos pacientes.
- En Suiza, la eutanasia puede ser asistida por la familia o una entidad privada, a diferencia de otros países, como España, donde se requiere la presencia de un médico.
- En España, igual que en la mayoría de los países, la legislación de la eutanasia se base en normas parlamentarias, no en decisiones judiciales, como ocurre en Colombia, Alemania o Suiza.
- En los países que legalizaron la eutanasia antes que España, los comités de supervisión operan con un enfoque de control posterior, revisando la documentación e informes postprocedimiento y, si es necesario, iniciando procesos judiciales contra el médico responsable por incumplimiento. Este método de supervisión posterior refleja una confianza en la competencia profesional y busca facilitar los procesos de fin de vida, minimizando los trámites burocráticos. Pero, también es cierto que el control previo (por parte de la CGAC) en nuestro país añade transparencia y seguridad ante posibles errores que serían irrevocables.

El código de deontología del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

El actual Código, vigente desde el 5 de febrero de 2022, contiene varias normas relacionadas con este tema:

Norma 1. El médico debe considerar que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino también el conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permiten la máxima plenitud de la persona para que pueda desenvolverse de manera autónoma.

El médico debe tener especial cuidado en combatir el dolor y el sufrimiento de forma proporcionada a las necesidades de la persona enferma, utilizando con esta finalidad, sin excusas ni prejuicios, todos los medios a su alcance.

Norma 4. El deber del médico es prestar atención preferente a la salud del paciente. En esta atención no deben interferir, en ninguna circunstancia, motivaciones religiosas, ideológicas, políticas, económicas, de raza, sexo, nacionalidad, condición social o personal del paciente ni por el temor de un posible contagio del médico.

Norma 6. El médico que, por fidelidad a su conciencia, se niegue a emplear un determinado tratamiento, procedimiento o medio diagnóstico deberá advertirlo con carácter previo y de manera personalizada al paciente o, cuando se trate de un incapacitado o un menor, a la persona directamente responsable de este, sin perjuicio de la obligación de cumplir con el deber deontológico de información de las opciones posibles. En cualquier caso, se debe garantizar la continuidad asistencial. El médico no podrá ser discriminado en su lugar de trabajo por razones de conciencia.

Norma 14. El médico debe respetar las convicciones religiosas, ideológicas y culturales del paciente, excepto si entran en conflicto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y ha de evitar que las suyas propias le

condicionen en su capacidad de decisión.

Norma 18. El médico debe respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica, un tratamiento o la asistencia médica, siempre que antes este haya sido informado de forma comprensible de las consecuencias previsibles de su negativa y se encuentre en condiciones de tener una comprensión lúcida. Igualmente, el rechazo de una prueba o de un tratamiento no debe comportar el abandono de la atención clínica por parte del médico.

Norma 79. Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte y el médico ha de velar por el respeto de este derecho. El médico debe tener en cuenta que el enfermo tiene el derecho de rechazar el tratamiento para alargar la vida. Es un deber fundamental para el médico ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que haya dado sentido a su vida.

Norma 80. El médico debe respetar y atender, en la medida que sea posible, la voluntad del paciente con relación a las decisiones respecto al final de la vida, que se pueden reflejar en el DVA, en el plan anticipado de cuidados o en anotaciones análogas en la historia clínica del paciente.

Cuando el estado del enfermo no le permita tomar decisiones, no conste documentalmente cuál es su voluntad o haya dudas sobre esta, los médicos conjuntamente con las personas vinculadas tomarán las decisiones, teniendo en cuenta aquello que se cree que habría sido la opinión del enfermo en ese momento.

Anexo 3.

Documento de voluntades anticipadas y eutanasia

Para acceder a la prestación de la ayuda a morir, la persona solicitante debe tener capacidad de hecho, ya que nadie puede decidir por ella. Si no tiene capacidad de hecho, solo podría acceder si dispone de un DVA previo. Las indicaciones del DVA solo se deben seguir si la persona ha perdido la competencia.

Con la aprobación de la LORE, el DVA adquiere una gran importancia. Así, por ejemplo, en caso de demencia avanzada se podría facilitar la ayuda a morir si la persona dispusiera de un DVA, siempre que en este se hiciera constar la petición de forma explícita.

Es importante poner énfasis en una buena redacción del DVA, que facilitará la tarea del representante como garante del respeto a la voluntad de la persona que solicita la prestación de la ayuda a morir. Para el representante, frecuentemente un familiar, no siempre es fácil reconocer el momento adecuado para tomar la decisión de iniciar el proceso, ni llevarlo a término. En caso de que el representante no realice este acto, el médico referente del paciente, si observa que no se cumplen las indicaciones marcadas en el documento, puede contactar con el representante para que las garantice. Y puede, incluso, pedir que se inicie el procedimiento si el representante no lo hace.

Hay modelos orientativos de realización del DVA, en previsión de la pérdida de competencia por demencia. Un buen ejemplo es el propuesto por DMD-Cataluña. Proponen expresarse así: "Ya que en el estado español está regulada legalmente la eutanasia (Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo), es su voluntad inequívoca que se provoque su muerte, de manera rápida, segura e indolora, sin tener que esperar que se produzca ninguna descompensación clínica que le quite la vida espontáneamente. Solicita que este mismo documento sirva como su solicitud formal para que se le aplique la eutanasia.

Consideración final sobre la aplicación de lo indicado en este documento una vez instaurada la demencia: el compareciente es consciente de que algunas enfermedades, especialmente muchas demencias, cursan con falta de conciencia de la enfermedad. Se puede prever la posibilidad que, llegado el momento de ejecutar su voluntad, expresada en este documento, él mismo pueda verbalizar o manifestar de alguna otra manera, un parecer discrepante con el de este documento. Si esto sucediera, insta a sus responsables legales a evitar la tentación de manipular su futura e incompetente persona, contraviniendo o alterando las instrucciones del DVA y reclama que prevalezca la voluntad expresada en este documento, que ha otorgado encontrándose en plenas facultades cognitivas y de salud mental".

El DVA está regulado en el artículo 8 de la **Ley 21/2000** de autonomía del paciente, que hemos citado antes: lo define como un documento, dirigido al médico responsable, en el cual la persona competente expresa las instrucciones que deben tenerse en cuenta cuando se encuentre en una circunstancia que no le permita expresar su voluntad. Prevé su formalización ante notario o ante tres testimonios.

Ha sido modificada parcialmente por la **Ley 2/2024**, del 6 de febrero, de modificación de la Ley 21/2000, sobre los derechos de información concernientes a la salud y autonomía del paciente, y la documentación clínica. Se modifica el apartado 2 del artículo 8 de la Ley 21/2000 para incluir una nueva letra con la que se reconoce la posibilidad de otorgar el DVA ante un profesional sanitario, como testimonio. Esta posibilidad permite agilizar la tramitación del documento y facilitar el otorgamiento.

El Decreto 175/2002, de 25 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipadas, desarrolla las condiciones de validez del DVA, justifica la necesidad de crear un registro para facilitar el conocimiento de la existencia de los DVA y facilitar tanto el acceso como la consulta. Establece el procedimiento de inscripción y consulta. Define la figura del representante legal, persona designada por el paciente que asumirá la responsabilidad sobre las decisiones cuando este no sea competente para decidir.

Anexo 4.

Objeción de conciencia y eutanasia

La objeción es una entidad moral propia de los humanos, no exclusiva de los sanitarios. Se objeta respecto a realizar determinadas acciones por convicciones morales íntimas, personales, intransferibles, que tienen que ver con las creencias y los valores de cada persona. Es, pues, una actitud de raíces profundas (y, por tanto, no varía con facilidad) en el pensamiento de cada ser humano.

Ayudar a morir puede generar malestar emocional en los profesionales, pero no todo malestar se debe traducir en una objeción de conciencia ni se puede amparar en ella.

La objeción de conciencia es el derecho de un profesional a negarse a participar directamente y de manera activa en el proceso de la eutanasia o del suicidio asistido, debido a profundas convicciones morales, ideológicas o religiosas. El núcleo de la objeción suele ser la creencia de que la finalidad de la medicina excluye provocar la muerte o que la decisión sobre el fin de la vida no nos corresponde a los humanos.

Este derecho de objeción es exclusivamente individual y no se puede trasladar a las instituciones sanitarias. Esto se explica porque las instituciones, a diferencia de los individuos, no tienen conciencia propia, sino idearios y valores corporativos. Cuando se habla de objeción institucional, con frecuencia se hace referencia a la aplicación de estas ideas o valores de una institución en relación con la eutanasia; no obstante, estas no pueden ni deben sustituir la conciencia de los profesionales, que son los únicos con derecho a acogerse a la objeción de conciencia de manera legítima¹⁹.

El verdadero objetor de conciencia merece el máximo respeto por parte del resto de los compañeros y de la sociedad. El verdadero objetor de conciencia no abandona a su paciente, recoge la solicitud de eutanasia y lo acompaña hasta su muerte, por lealtad y honestidad, pero sin participar en el procedimiento de ayuda para morir. Es importante remarcar la obligación de este profesional de explicar al solicitante su objeción y de poner en conocimiento de manera inmediata su objeción a la dirección del centro para que otro profesional pueda iniciar el proceso.

La LORE establece (art. 16.1) que los “profesionales sanitarios implicados directamente en la prestación de ayuda a morir pueden ejercer su derecho a la objeción de conciencia... es una decisión individual... que debe manifestarse anticipadamente y por escrito”. La CGA, en su función de “resolver dudas” y para “servir de órgano consultivo”

¹⁹Se pueden encontrar dos bonitos análisis en: Comitè de Bioètica de Catalunya. Reflexions del Comitè de Bioètica de Catalunya i el Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya sobre una possible negativa, en nom de l'ideari institucional, a l'aplicació de la Llei reguladora de l'Eutanàsia. 2021. Disponible en:

https://canalsalut.gencat.cat/web/content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents/tematica/reflexions-possible-negativa-a-laplicacio-de-la-llei-reguladora-de-leutanasia.pdf i Comité de Bioética de Andalucía.

Consulta al Comité de Bioética de Andalucía por parte del CEA San Juan de Dios de Andalucía. 2022.

(art. 18 d) considera que son titulares de este derecho solo “el médico responsable y el personal de enfermería encargado de administrar o, en su caso, prescribir y suministrar la sustancia letal”²⁰.

Hay que diferenciar la auténtica objeción de conciencia de otras actitudes que tienen una naturaleza diferente. La *pseudoobjeción* se da cuando un profesional rechaza participar en el proceso de eutanasia por falta de preparación, pereza, falta de ánimo, angustia o falta de implicación, sin que haya una convicción moral profunda detrás. La *criptoobjeción*²¹, por otro lado, se produce cuando un profesional o una institución pone trabas al proceso de solicitud o intenta influir en la decisión del paciente, retardando así el acceso a la eutanasia.

Estas actitudes son poco respetuosas y poco honestas con la persona solicitante y con los otros profesionales, y perjudican la imagen de los auténticos objetores, que actúan por convicciones morales personales profundas.

Para minimizar estas prácticas, hay que acompañar y formar específicamente a los profesionales, ofreciéndoles formación y sensibilización sobre el tema. Esto incluye reforzar competencias en ética, comunicación en procesos de final de vida y gestión de las emociones.

Una situación diferente se da cuando no es conveniente que un profesional, sin ser objetor, atienda una petición concreta debido a un conflicto de interés²². Esta situación se produce cuando un profesional, inicialmente no objetor, se encuentra con una circunstancia que le impide, por motivos personales o profesionales, participar en la aplicación de la eutanasia o que hace poco recomendable que lo haga.

Podrían ser ejemplos: si el profesional es responsable de un servicio de trasplante renal y el paciente que solicita ayuda morir es un donante potencial; si el paciente es familiar o hermano de un amigo muy próximo, cosa que impide al profesional mantener la imparcialidad necesaria para ofrecer un acompañamiento adecuado; si el profesional tiene una hermana que espera un donante de hígado y el paciente es un posible donante; o también si el profesional está sufriendo un duelo por la muerte reciente de una hija, por ejemplo.

Y, finalmente, debe distinguirse claramente entre estos conflictos de interés y la situación en la cual, como médico responsable o consultor, se considera que el paciente no cumple con los requisitos establecidos por la ley (entorno eutanásico, capacidad para decidir, residencia y edad). En este caso, el profesional debería emitir un informe desfavorable, sin que eso implique ninguna clase de objeción.

²⁰ Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya (CGAC). Objeció de consciència i PRAM <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells-comissions/comissio-garantia-avaluacio-catalunya/parers-posicionament/objeccio-consciencia-pram/>

²¹ A la bibliografia es troben aquests dos termes, pseudoobjecció i criptoobjecció. Probablement la seva diferenciació és una mica artificial: en tots els casos, en nom d'una falsa objecció de consciència, s'evita prestar l'atenció sol·licitada o s'intenta impedir-la o retardar-la.

²² A veces se habla de objeción puntual u objeción sobrevenida para identificar la objeción en un caso o situación concreta que creemos que es difícil entender como una verdadera objeción. Creemos que el término conflicto de interés engloba mejor situaciones concretas en las cuales el profesional no se encuentra con ánimo de actuar, pese a no ser objetor.

è



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària