

# **Recomendaciones a las Gerencias de Atención Primaria de Salud de Castilla y León para la implementación de la ayuda a morir en su ámbito**

Este documento tiene como única finalidad servir de ayuda a la Gerencia de Atención Primaria de nuestra comunidad en el proceso de implementación de la prestación de ayuda a morir, recientemente incorporada a la cartera de servicios del SNS. Su fundamento legal procede básicamente de la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia (en adelante LORE)<sup>1</sup> de la Ley de autonomía del paciente (en adelante LAP)<sup>2</sup> y sus desarrollos legislativos estatales y autonómicos. El contenido de sus recomendaciones procede básicamente del Manual de Buenas Prácticas<sup>3</sup> (en adelante MBP) elaborado por el Consejo Interterritorial y de la doctrina dictada en sucesivos documentos por la Comisión de Bioética de Castilla y León<sup>4 5</sup>. Algunas recomendaciones se basan únicamente en opiniones de los autores. Lamentablemente quedan una buena colección de aspectos prácticos que no encuentran fácil respuesta en ninguno de los documentos consultados de manera que la gerencia deberá iniciamente implementar sus propias soluciones e instar a la autoridad correspondiente para que se definan posturas corporativas claras.

## **1.- Cuestiones generales de organización**

En base a la experiencia de otros países con legislación consolidada cabe esperar que una buena parte de las solicitudes de eutanasia se dirijan a profesionales de atención primaria, de manera que todos los EAP deberían estar en condiciones de facilitar en su ámbito de trabajo la totalidad del proceso de solicitud y de la prestación de ayuda a morir.

1.1- En nuestra opinión, las Gerencias de Atención Primaria deberían contar con un técnico o técnica de referencia para todas las cuestiones relacionadas con la eutanasia, con las siguientes funciones:

- Asesorar al personal sanitario que lo necesite en las dudas y dificultades que se le presenten.
- Coordinar la formación continuada en conexión con la unidad docente.
- Servir de canal de comunicación con los servicios hospitalarios que puedan ser requeridos, por ejemplo en los casos en los que sea conveniente que el médico consultor tenga un perfil clínico determinado.
- Coordinarse con la unidad de farmacia para la distribución de la medicación necesaria.
- Ayudar a los médicos responsables y a los coordinadores a elegir médicos consultores y médicos responsables sustitutos cuando sea necesario
- Servir de canal de comunicación con las Direcciones correspondientes en los casos excepcionales que requieran de su intervención.
- Servir de interlocutor con el comité de bioética asistencial cuando sea necesaria su intervención.

- Analizar la ayuda que la gerencia pueda aportar para la realización de todo el proceso.

1.2.- La Consejería de sanidad ha hecho un buen trabajo en el diseño de un sistema de registro que facilite los trámites y tareas de registro necesarios, pero en nuestra opinión, hay aspectos que pueden mejorarse con un mínimo esfuerzo de desarrollo, concretamente la automatización de tareas repetitivas y en la generación de una agenda de tareas. Disponemos de una propuesta concreta en ese sentido cuya viabilidad nos gustaría discutir en su momento en detalle.

1.3.- Si bien excede las competencias de la Gerencia, el hecho de que la prestación de ayuda a morir se haya incorporado a la cartera de servicios de SNS hace necesaria su incorporación a la cartera de servicios de atención primaria de Sacyl. La responsabilidad de la Gerencia en este caso sería instar a la consejería para que lleve a cabo esa incorporación y formular propuestas en relación a la forma de hacerlo, que a nuestro juicio debería ser la de un nuevo servicio de atención al final de la vida que incluyera lo relativo a la eutanasia, las instrucciones previas, la planificación anticipada de decisiones, otras cuestiones frecuentes que plantean dificultades técnicas o éticas como la interrupción de tratamientos o la sedación terminal.

1.4.- Cuestiones logísticas: puesto que de los medicamentos empleados en la prestación de ayuda a morir son de dispensación hospitalaria, sería deseable que la unidad farmacia de atención primaria se encargara de la elaboración y distribución de kits de medicación así como de la elaboración de una síntesis de procedimientos que simplifique el manejo de la medicación por parte de los profesionales de primaria y de la edición de fichas que sirvan de guía.

El proceso de solicitud y manejo de los sitios de share point creados para albergar los repositorios de datos parece complejo. La gerencia deberá prestar ayuda a través del técnico responsable y de la unidad de informática a los sanitarios que la precisen.

## **2.- Cuestiones relacionadas con la objeción de conciencia**

La LORE define la objeción de conciencia como *el derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones*. La comisión de bioética de Castilla y León ha matizado que la objeción de conciencia en el ámbito sanitario es una situación excepcional en la que un profesional sanitario se niega al cumplimiento de un deber jurídico por razones de conciencia. Se puede entender que el profesional antepone su derecho a la libertad de conciencia al derecho que asiste a una persona que libremente le ha solicitado una prestación que le corresponde dentro de la cartera de servicios de SNS. La objeción de conciencia no está suficientemente conceptualizada ni regulada en nuestro ordenamiento jurídico pero se reconoce en algunas situaciones determinadas, una de ellas la eutanasia. De acuerdo con la Comisión de bioética de Castilla y León, la objeción se refiere a un acto determinado, en un contexto clínico determinado, y debe ser argumentada por el objeto. Sólo es admisible la objeción de una persona y en ningún caso la de toda una institución. En

cualquier caso, no es un derecho absoluto y no puede suponer nunca menoscabo del derecho de la persona solicitante a recibir la prestación correspondiente, siempre que esté indicada, ni puede suponer demora ni perjuicio en la confidencialidad.

No obstante lo anterior, la LORE ordena la creación de registros de objetores de conciencia a la práctica de la ayuda a morir en los que deberán inscribirse aquellas personas que estén en situación de asegurar que en ningún caso accederían a facilitar la prestación de ayuda a morir. La finalidad de tales registros es exclusivamente la planificación. Para hacerla efectiva es necesario que los responsables jerárquicos, en este caso los coordinadores de los EAP y los directores médicos y de enfermería, conozcan la relación de los inscritos como objetores incondicionales que pertenezcan a sus respectivas plantillas.

La legislación deja claro que ha de prevalecer el derecho del paciente y que la objeción de conciencia no puede privarle del acceso a solicitar y en su caso acceder a la prestación. Cuando el médico elegido como responsable o el profesional de enfermería directamente implicado se declare objetor ha de buscarse otro médico que le sustituya. La obligación de garantizar la ayuda de otro profesional corresponde en primer lugar a la persona que ha objetado y en último caso a la institución.

De acuerdo con todo lo anterior la sistemática de búsqueda de un médico responsable sustituto debería a nuestro juicio ser la siguiente:

- La opción más deseable es que sea el propio objetor quien asuma la tarea en el seno del EAP al que pertenezca. Debe así mismo comunicar y fundamentar su decisión de objetar al paciente y su propuesta de médico responsable sustituto.
- Si no puede lograrlo debe trasladar la tarea a su inmediato superior jerárquico, el coordinador del EAP. Para ello deberá trasladarle la información detallada y por escrito de las gestiones realizadas, en particular la relación de las personas a las que ha solicitado sin éxito la suplencia.
- El coordinador debe estimar si se han agotado todas las posibilidades de suplencia en el seno del EAP y, de no ser así, debe completarlas.
- Cuando se encuentre un suplente idóneo, sea el objetor o sea su coordinador deberá pactar con él la organización de las tareas que va a asumir, en concreto las compensaciones en términos de liberación de tareas y desplazamientos que sean precisos.
- Si se agotan todas las posibilidades de suplencia dentro del EAP, el coordinador podrá derivar el caso al responsable designado por la gerencia, aportando la información de las gestiones realizadas, para que intente localizar un médico responsable en el ámbito del área sanitaria.
- Si no lo consiguiera derivará el caso a la Dirección correspondiente. Los órganos directivos de la gerencia deberán decidir en este caso extremo si ordenan la realización de la prestación al propio médico objetor o a otro médico del área sanitaria.
- Para el cumplimiento de todas estas funciones, la gerencia debería solicitar periódicamente al registro de objetores de conciencia la relación de inscritos pertenecientes a su plantilla y distribuir a cada coordinador los datos correspondientes a su EAP.

### **3.- Cuestiones relacionadas con la determinación de la capacidad de hecho.**

Siendo un tema que excede con mucho el ámbito de la eutanasia, la aplicación de la LORE lo ha traído a primer plano al realizar por primera vez un pronunciamiento institucional sobre su manejo en la práctica, en forma de un protocolo adjunto al manual de buenas prácticas<sup>6</sup>. A parte de lo relativo a la formación que comentaremos más adelante, ello hace

necesario crear un nuevo circuito de derivación, en la medida en que el protocolo establece la posibilidad de que se recurra en casos excepcionales a la valoración por una unidad especializada. Nuestras propuestas a este respecto son las siguientes:

- Deberá negociarse con la gerencia del hospital la creación del nuevo circuito de derivación. A nuestro juicio la unidad de valoración debería depender de las unidades de salud mental.
- La información sobre el nuevo circuito de valoración debería realizarse sólo en el contexto de las actividades de formación continuada para fijar claramente la idea de que la valoración especializada debe realizarse sólo excepcionalmente.
- La derivación debería realizarse siempre mediante una conversación con los responsables de la unidad para evitar derivaciones indebidas. Debería monitorizarse con cierta minuciosidad el uso de la unidad para detectar y corregir usos indebidos

#### **4.- El médico consultor**

Tanto la LORE como el MBP especifican que el médico consultor no debe pertenecer al mismo *equipo* que el médico responsable *para garantizar una valoración externa* a las personas que previamente han intervenido. Solo cabe suponer que con esta expresión tan confusa se están refiriendo a la independencia del criterio clínico. En ese sentido se comprende bien la recomendación en el ámbito hospitalario, donde habitualmente se comparte la atención a los pacientes entre varios médicos, pero no tanto en atención primaria: no se comprende bien si se están refiriendo al *equipo* formado por médico y enfermera que atiende un cupo, lo cual haría carente de sentido la especificación, o al EAP, lo cual podría crear severos problemas de organización, sobre todo en el medio rural, en busca de una independencia de criterio que no está en cuestión puesto que en atención primaria no se comparten los pacientes salvo en circunstancias extraordinarias y puntuales.

La exigencia del MBP de que el médico consultor no haya *tenido vinculación asistencial previa con el paciente solicitante* no está en absoluto fundamentada en ningún precepto de la LORE, en nuestra opinión no es garantía de independencia de criterio, complica innecesariamente el proceso y crea dificultades organizativas que pueden llegar a ser insalvables, por ejemplo cuando se considere necesario que el médico consultor ejerza ciertas especialidades o superespecialidades con plantillas poco numerosas y el solicitante ya haya sido atendido por ese dispositivo.

Nuestras recomendaciones en este sentido son:

- Interpretar que el médico consultor puede pertenecer al mismo EPA que el médico responsable siempre que no haya ejercido anteriormente como médico de cabecera de la persona solicitante.
- La opción más deseable sería que sea el médico responsable quien elija médico consultor en función de las circunstancias del caso, y organice con él los pormenores de su intervención en el proceso.
- Si eso no fuera posible debería dirigirse al coordinador del EAP para que intente designarlo.
- Si el coordinador no lo legrase debería dirigirse al técnico de referencia de la Gerencia para que facilite un médico consultor. En ese sentido sería de utilidad que las Gerencias dispusieran de una lista de profesionales dispuestos a ejercer esa tarea.

- Si tampoco éste lo lograra deberá trasladar la solicitud a la dirección médica para que resuelva el nombramiento.
- Si bien no se menciona explícitamente ni en la LORE ni en el MBP, en aras a preservar la mencionada independencia de criterio clínico, nos parece obvio que los médicos registrados como objetores de conciencia incondicionales no deberían ejercer como médico consultor, puesto que la persona solicitante tiene derecho a que las decisiones clínicas que se tomen sobre su caso no estén condicionadas por circunstancias ideológicas o, en general, ajenas a los hechos clínicos. En ese sentido tanto los coordinadores como el personal de la gerencia que intervenga en su designación deberían consultar previamente la lista de objetores registrados.
- En cuanto a la exigencia de que el médico consultor no haya atendido previamente a la persona solicitante, permítanos recordar que es un precepto que no se menciona en absoluto en la LORE y que el propio MBP se define como un conjunto de recomendaciones orientativas y no puede por tanto considerarse de obligado cumplimiento.

## **5.- Solicitudes procedentes de personas residentes en instituciones**

Algunas instituciones como ciertas residencias de ancianos de titularidad pública o residencias de personas discapacitadas tienen servicios médicos con funciones asistenciales. En algunas residencias de titularidad privada no están claras esas funciones pero se están desarrollando de hecho. En esos casos nos parece que los propios médicos que ejerzan en instituciones podrán actuar como médicos responsables y consultores. En ese caso deberá facilitárseles tanto la documentación editada por la Consejería como acceso al repositorio de datos y si llegara el caso, kits de medicación. Entendemos que sería el técnico de referencia de la gerencia el encargado de canalizar todo ello.

En cualquier caso. Cualquier sanitario que ejerza en una institución podría, de acuerdo con la LORE, recibir una solicitud y trasladársela al médico responsable que la persona solicitante haya elegido.

Puesto que es previsible que algunas solicitudes de eutanasia procedan de residencias de ancianos o discapacitados nos parece que la Gerencia debería reunirse con los responsables de las instituciones residenciales para concretar todos estos aspectos, y debería implicarse y colaborar en la formación continuada del personal sanitario de dichas residencias.

## **6.- Papel del personal de enfermería**

La mayor carga de trabajo en la gestión de la prestación de ayuda a morir corresponde al médico responsable. Pero la propia LORE reconoce que el papel de enfermería es esencial, singularmente, a nuestro juicio, en tres aspectos: la recepción, maduración y canalización de las solicitudes de ayuda a morir, el acompañamiento de los solicitantes y sus familias durante el proceso de tramitación y lo relativo a la administración de la propia prestación. Para conseguir la adecuada implicación del personal de enfermería es esencial la implementación de un proceso de formación continuada

## 7.- Cuestiones relacionadas con la formación continuada

A parte de los instrumentos (guía<sup>7</sup> y modelos de formularios) y materiales didácticos (vídeos de las conferencias<sup>8</sup>) facilitados por la Consejería es imprescindible incorporar actividades de formación *continuada* en el programa de la unidad docente, dirigidas tanto a la plantilla como a los médicos residentes. Hemos señalado el término *continuada* porque en este caso no se trata de un matiz retórico sino de una necesidad ineludible: el carácter novedoso del tema obliga por un lado a una atención particular a las necesidades formativas que vayan percibiéndose y por otro a atender a lo que nos vaya enseñando la casuística a medida que se produce.

Consideramos necesarias tres líneas principales de formación:

7.1.- Formación en cuestiones relacionadas con la autonomía del paciente: es llamativo que en lo regulado por la LAP, una ley que tiene más de 20 años, sigan detectándose las notables lagunas que se observan en muchos profesionales. La eutanasia no es más que un caso particular de la problemática derivada de la aplicación del principio de autonomía, pero es difícil y arriesgado incorporar su práctica sin una reflexión de cierta profundidad sobre cuestiones como:

- El significado de la autonomía como base de un nuevo paradigma de relación asistencial.
- El consentimiento informado como instrumento para la toma compartida de decisiones.
  - Las instrucciones previas.
  - La metodología de planificación anticipada de decisiones.
  - El rechazo al tratamiento, los límites de los cuidados y otras cuestiones de índole ético.

7.2.- La prestación de ayuda a morir: hemos propuesto a la unidad docente la programación de un seminario de introducción a la eutanasia y un taller más detallado centrado en cuestiones de índole práctica, en la idea de iniciar la formación de una élite de profesionales que puedan servir de referencia a sus compañeros. Ambos deberían completarse con un seguimiento de casos en forma de sesiones clínicas periódicas.

7.3.- La determinación de la capacidad de hecho: Aunque exceda como dijimos el ámbito de lo tratado en este documento es necesario introducir la metodología propuesta por el Ministerio y entrenar en el uso de los instrumentos diagnósticos que puedan requerirse, al menos a algunos profesionales de cada equipo, contando para ello con docentes tanto de primaria como de salud mental y con atención especial a las indicaciones y procedimientos de derivación.

Salamanca, septiembre de 2021

Fernando Sanz Santa Cruz  
Mercedes Martín Prieto

## REFERENCIAS

- 
- <sup>1</sup> Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>
- <sup>2</sup> Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- <sup>3</sup> Ministerio de Sanidad: Manual de buenas prácticas en eutanasia. Madrid 2021  
Disponible en [https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)
- <sup>4</sup> Comisión de Bioética de Castilla y León. Rechazo al tratamiento: cuestiones éticas, deontológicas y jurídicas. Disponible en [https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon.ficheros/324257-CBCYL\\_RECHAZO\\_AL\\_TRATAMIENTO.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon.ficheros/324257-CBCYL_RECHAZO_AL_TRATAMIENTO.pdf)
- <sup>5</sup> Comisión de Bioética de Castilla y León. Apuntes sobre la objeción de conciencia en el ámbito de la administración sanitaria de Castilla y León. Valladolid 2010. Disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon.ficheros/136848-Apuntes%20sobre%20la%20objeci%C3%B3n%20de%20conciencia%20en%20el%20%C3%A1mbito%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20sanitaria%20de%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n.pdf>
- <sup>6</sup> Ministerio de Sanidad. Protocolo de valoración de la incapacidad de hecho. Madrid 2021  
Disponible en [https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Protocolo\\_de\\_valoracion\\_de\\_la\\_situacion\\_de\\_la\\_incapacidad\\_de\\_hecho.pdf](https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Protocolo_de_valoracion_de_la_situacion_de_la_incapacidad_de_hecho.pdf)
- <sup>7</sup> Sacyl. Derecho a la eutanasia. Guía del proceso general y plazos de la prestación de ayuda para morir. Valladolid, 2021. Disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/1916179-Gui%C2%BFa%20proceso%20prestacion%20ayuda%20para%20morir.pdf>
- <sup>8</sup> Disponibles en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia/formacion-eutanasia>