

# dmd

Asociación Derecho a Morir Dignamente

REVISTA  
núm. 86  
2022



# LA MUERTE DIGNA EN ESPAÑA

FUNDACIÓN DE DMD  
11 Noviembre de 1984



1984

- Consentimiento Informado
- Derecho a rechazar tratamientos

1986

LEY GENERAL DE SANIDAD

- Desaparece la eutanasia pasiva: por rechazo de tratamiento
- Desaparece la eutanasia indirecta: por sedación paliativa

1995

CÓDIGO PENAL  
Art. 143.4 Atenúa las penas por eutanasia



"Soy una cabeza pegada a un cuerpo muerto"  
Ramón Sampredo

1998

Ley pionera en España sobre las voluntades anticipadas o testamento vital.

2000

Ley de Derechos y Autonomía del paciente de Cataluña

- Derecho a la información y a elegir entre opciones
- Derecho a rechazar tratamientos
- Derecho al testamento vital

2002

LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

La Comunidad de Madrid acusa al servicio de urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés de 400 homicidios (sedaciones con resultado de muerte)

2005

CASO LEGANÉS



Pide "una inyección que le pare el corazón"  
Inmaculada Echevarría



Madeleine Z

2007

"Prepararé el potingue, lo tomaré y me tumbaré"  
Carlos Santos

2010

Ley Muerte Digna de Andalucía

"Cuando ya no puedes valerte por ti mismo no es una vida digna"  
Pedro Martínez



Carmen y Ramona

2011

Ley Muerte Digna de Navarra y Aragón



"Me consumo, pero no les parece suficiente."  
José Luís Sagüés

2014

"Reclamamos que retiren la alimentación artificial a nuestra hija y la dejen morir con dignidad"  
Padres de Andrea (12 años)



2015

Ley Muerte Digna de Galicia, Baleares y Canarias



"Si la vida ha sido valiosa y buena ha de desembocar igualmente en una muerte digna, apacible y buena"

Antonio Aramayona



Carlos Martínez



2016

Ley Muerte Digna de Euskadi

"Cuanto más lucho, más me duele"  
Luis de Marcos



"Me indigna tener que morir en clandestinidad"  
José Antonio Arrabal



2017

Ley Muerte Digna de Madrid



"La eutanasia es un acto de amor"  
Luis Montes

El Parlamento por primera vez acepta debatir una ley de eutanasia

2018

Ley Muerte Digna de Asturias y Com. Valenciana



"Yo te voy a prestar mis manos"

Mª José Carrasco  
Ángel Hernández

"Cuando ya no os recuerde, ayudadme a morir"  
Familia Tellaetxe



2019

EL CONGRESO APRUEBA LA  
LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

17 Diciembre 2020

2020

# Eutanasia: año uno de la nueva etapa

**C**ulminamos 2021 recogiendo, como asociación ciudadana, el fruto de casi cuarenta años de trabajo bien hecho: la puesta en práctica de la Ley reguladora de la eutanasia (LORE). Somos el cuarto país europeo que consigue liberarse de la atadura moral constituida por el paradigma de la vida indisponible.

En 2021 algunas personas, conciudadanas nuestras, han podido tomar el control último de sus vidas sin clandestinidad y acompañadas, contando con la ayuda experta profesional; civilizadamente. Y sin que, por cierto, se hayan resquebrajado los pilares de nuestra convivencia. Toda la sociedad en su conjunto hemos terminado el año más libres y con una voluntad más reconocidamente autónoma. Porque no importa si llegado el momento queremos asumir personalmente el control de nuestro final; lo que importa es que podremos, ahora ya dentro de la ley, hacerlo.

Es un hecho que hoy, con algunas excepciones que se califican por sí mismas, la despenalización de la eutanasia es ya una realidad práctica en los territorios de nuestro país. Un motivo de satisfacción y un estímulo para quienes tanto hemos trabajado por alcanzar este logro social colectivo. Y no es ajeno a esta satisfacción el hecho de que la primera persona conocida que haya accedido a su eutanasia legal hubiera plasmado su petición en un documento de voluntades anticipadas o testamento vital. Un instrumento legal por el que hemos trabajado como asociación con infinitamente más dedicación y esfuerzo que las administraciones sanitarias responsables. La experiencia de Eskarne, vizcaína de 86 años, es la demostración palmaria de que ningún esfuerzo táctico bien dirigido es inútil.

Nuestro trabajo, sin embargo, no se termina con la entrada en vigor de la LORE. Como asociación, tenemos ahora que seguir trabajando para ampliar y mejorar la despenalización de la ayuda para morir, en exceso restrictiva y limitada a personas en situaciones vitales tan lamentables que obligarles a seguir viviendo constituye una crueldad inhumana rechazada por la inmensa mayoría de la sociedad. Tendremos que ejercer una permanente vigilancia sobre la aplicación práctica de la ley y denunciar con fuerza los incumplimientos. Y deberemos compatibilizar esta función de control y seguimiento de la aplicación de la norma con la necesaria información a la población del nuevo derecho reconocido, acompañándola cuanto sea necesario en su ejercicio. Pero garantizar eficacia en la aplicación de la LORE nos va a exigir además una actividad en la que no tenemos experiencia directa: proporcionar apoyo técnico y emocional a las y los sanitarios que entiendan solidariamente su compromiso profesional y no rechacen de entrada su participación.

Como asociación debemos tener meridianamente claro que la LORE lleva, en sí misma, el germen de su inaplicabilidad al establecer como derecho, en rango de igualdad, la negativa profesional a aplicarla. Bajo el paraguas supuesto de una conciencia más exigente que puede y debe imponerse al derecho y la conciencia de la ciudadanía, los colectivos contrarios a esta nueva libertad no ocultan su estrategia de bloqueo. Por el momento, a la vista está, con escaso éxito, pero sin otra garantía de evitar la desbandada profesional que ese trabajo de apoyo y acompañamiento que deviene imprescindible para DMD en esta nueva etapa. Pongámonos manos a la obra.

### 3 La implementación de la LORE, al ralenti

Durante los primeros meses de la LORE han recurrido a ella menos personas de lo que sugerían las cifras de otros países. La falta de información a la ciudadanía, la escasa formación de profesionales y los obstáculos de algunas comunidades no ayudan.



Jurisprudencia constitucional sobre la objeción de conciencia sanitaria

### 17 Regulación de la objeción de conciencia en la Ley Orgánica de eutanasia



Un derecho que también reconoce y regula la LORE

### 21 La objeción de conciencia en la eutanasia



### 26 El grave sinsentido de la objeción de conciencia

Siempre se habla del imperio de la ley y que la ley está para ser cumplida, sin embargo, la LORE –LO 4/2021 de 24 de marzo– abre una fisura en tal imperio al reconocer el derecho a la objeción de conciencia



Si se convierte en desobediencia no está protegida por la ley

### 31 ¿Objeción de conciencia?



### 34 Debe garantizarse el nuevo derecho a la eutanasia

Desde el 25 de junio de este año 2021, fecha de la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), hemos adquirido legalmente un nuevo derecho. DMD ha luchado durante 37 años para conseguirlo y hemos celebrado la nueva situación legal. Sin duda es un gran paso adelante. Ahora tenemos que conseguir que este nuevo derecho se pueda ejercer con normalidad y tranquilidad.



Eutanasia: un derecho social reconocido, una ley aprobada, una lucha en curso

### 39 A conciencia por una vida y una muerte dignas



Panorama internacional

### 43 Objeción de conciencia vs derecho del paciente

No tenía por qué ser así,  
pero la eutanasia ha arrancado espacio

# La implementación de **la LORE,** al **ralentí**

Durante los primeros meses de la LORE han recurrido a ella menos personas de lo que sugerían las cifras de otros países. La falta de información a la ciudadanía, la escasa formación de profesionales y los obstáculos de algunas comunidades no ayudan

**Borja Robert\***



DMD Navarra-Nafarroa se concentra a favor de la eutanasia frente a la Diputación

## Historia natural de los derechos

La mayoría de derechos nuevos necesitan tiempo para asentarse. Al principio los ejercen unas pocas personas y, si no se obstaculiza su desarrollo, esta cifra crece durante varios años hasta alcanzar una cierta estabilidad.

En 1981, el año de la ley del divorcio en España, se certificaron alrededor de 9.000 disoluciones matrimoniales. Un año después fueron algo más de 20.000. La cifra no se estabilizó hasta 2009. Desde entonces, España está algo por debajo de los 100.000 divorcios anuales. Fluctúa, pero relativamente poco.

Este aumento lento, de más de una década hasta la zona de estabilidad, es uno de los posibles caminos de la ley de eutanasia. Ya ha pasado en otros países. En Bélgica, el primer año de despenalización de la muerte asistida (2002) se acogieron a este derecho 24 personas (un 0,02% del total de fallecimientos). En 2003 lo hicieron 235 y, un año después, 349. En la actualidad rondan las 2.500 eutanasias anuales (algo más del 2% del total de muertes), una cifra que se mantiene más o menos estable.

## Canadá ha sido más ágil

Sin embargo, en Canadá, la ley de eutanasia se ha adoptado mucho más deprisa. El país norteamericano ha pasado, en solo un lustro, de cero casos (legales) a que las muertes asistidas supongan un porcentaje similar al de Bélgica. En 2016, el año de la entrada en vigor de la ley federal, ejercieron su derecho a la eutanasia 1.018 personas (0,3% del total de muertes anuales), una cifra que ha crecido hasta las 7.595 en 2020 (2,5%). Y esto con una norma que, hasta hace poco, solo admitía casos de enfermedad terminal.

En algún momento de 2022, las comunidades autónomas publicarán su primer informe anual sobre la LORE, con cifras sobre peticiones, autorizaciones, rechazos, dolencias de fondo y otras cuestiones. De momento, a falta de datos oficiales, las cifras que se han publicado en prensa

\* Periodista

apunten a que el primer año de ley de eutanasia en España se parecerá más al de Bélgica que al de Canadá.

También es probable que haya diferencias significativas entre comunidades autónomas. No todas se han tomado igual de en serio poner en marcha la LORE. Algunas, en realidad, se esfuerzan en dificultar su ejercicio.

## Diferencias entre comunidades

Cuando, en marzo de 2021, el Congreso aprobó definitivamente la LORE, la norma establecía un plazo de tres meses para su entrada en vigor. Desde el 25 de junio, por tanto, cualquier persona dentro de los supuestos de la LORE debía haber podido solicitar ayuda para morir. No todas las comunidades autónomas cumplieron con su obligación ni cuando llegó el día, tenían listo el armazón legal y administrativo necesario para tramitar las primeras peticiones.

El mismo 25 de junio, varias personas solicitaron ayuda para morir al amparo de su recién reconocido derecho. De estas, unas pocas se encontraron a profesionales sanitarios dispuestos a atenderlas, con la formación necesaria y la estructura administrativa necesaria. Otras muchas, lamentablemente, hallaron grandes dificultades para tramitar su petición.

## Primera eutanasia, con testamento vital

El 23 de julio, casi tan pronto como era posible, se llevó a cabo la primera eutanasia. Una vizcaína de 86 años, con un deterioro severo tanto de su estado de salud como de su capacidad cognitiva, que había solicitado adelantar su muerte en un testamento vital, pudo morir en su casa, acompañada de su familia, como había pedido.

Desde entonces, poco a poco, la prensa ha ido dando cuenta de los primeros casos en otras comunidades. Sin datos oficiales es difícil tener la certeza de que lo publicado es correcto, ni de cuántas han pasado desapercibidas. En el momento de escribir este artículo, hay constancia de entre 40 y 50 eutanasias.

## Aún hay comunidades sin casos

Hasta donde se sabe, en agosto se practicó la primera eutanasia de Comunitat Valenciana y, en septiembre, en Catalunya. En octubre, al amparo de la LORE, se ayudó a morir a personas en Castilla y León, Galicia, Baleares y Murcia. En noviembre, Canarias registró su primera muerte asistida junto a Navarra y Madrid. En el último mes del año se sumó a la lista Cantabria. En Aragón hay constancia de que también se han practicado eutanasias, aunque sin concreción de fechas. En Asturias, donde guardan esta información con mucho celo, todo apunta a que también se han practicado, aunque sin hacerlo público. En enero se sumaron Castilla-La Mancha y Andalucía.

Quedan, por tanto, por confirmar eutanasias en Extremadura, Ceuta, Melilla y La Rioja. En ellas, es casi una certeza que en estas hay personas que quieren adelantar su muerte.

CCAA donde ya se ha practicado alguna eutanasia



Si la eutanasia supusiese un 1% del total de muertes anuales (la mitad del promedio en los países donde es legal), cada año se acogerían a ella más de 4.000 personas en España. Por territorios, serían 5 al año en Ceuta, otras tantas en Melilla, 30 en La Rioja y 100 en Extremadura. ¿Por qué aún no ha habido casos?

**Un aumento lento, de más de una década hasta la zona de estabilidad, es uno de los posibles caminos de la ley de eutanasia**

## Errores fatales

En el balance de los primeros meses de la LORE se pueden anotar algunos aciertos, pero también innumerables errores y negligencias, algunas de consecuencias desastrosas.

En septiembre se suicidó en Madrid una mujer (socia de DMD) cansada de que su petición de eutanasia fuese ninguneada a todos los niveles. Su médica, que en un primer momento se comprometió a ayudarla, cambió de opinión y se negó a participar. Su hospital, el Gómez-Ulla, ignoró su petición de buscar otro médico responsable y se limitó a informar a la consejería de Sanidad del caso. El gobierno autonómico no hizo nada por que ella pudiese ejercer su derecho. Postergaron un mes más la creación de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE), que tenía que haber estado lista en junio.

En noviembre se hizo público otro caso similar en Aragón. Emilia, también socia de DMD, se quitó la vida desesperada porque ni su médica, ni su centro de salud, ni ningún responsable de las administraciones sanitarias, hicieron lo necesario para que pudiera adelantar su muerte mediante una eutanasia. En contraste con Madrid, que despachó su caso sin consecuencias de ningún tipo, en Aragón sí hubo repercusiones: Sanidad cesó a los responsables de esta cadena de negligencias.

Entre uno y otro caso, Javier Serrano, de 53 años y diagnosticado de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), tuvo que denunciar públicamente que la falta de una CGE en Madrid le impedía ejercer su derecho a una eutanasia. Tras semanas de reclamar una solución a su caso en medios de comunicación, se solventaron los trámites pendientes y pudo morir a principios de noviembre. Su deseo era haber muerto durante el verano.

También en noviembre se conoció el caso de una mujer extremeña, de 91 años y enferma de cáncer, que falleció antes de que su petición de eutanasia pudiese resolverse. Sus familiares lamentaron que la lentitud de la tramitación se tradujo en “un mes de sufrimiento que se podría haber evitado”.

## Andalucía, contra la ley

Ningún gobierno autonómico ha puesto más trabas a la ley de eutanasia que la Junta de Andalucía. La comunidad más poblada de España ha sido la última en crear su CGE, un proceso que ha postergado de todas las formas posibles y que completó en noviembre. En el momento de escribir este artículo solo se ha practicado una eutanasia en la comunidad y las instituciones solo han hecho hincapié en una cuestión: facilitar que los médicos se inscriban en el registro de objetores de conciencia.

En Andalucía se acumulan los casos de personas que quieren una eutanasia y de médicos que no saben cómo responder a las demandas de sus pacientes. Además de los obstáculos administrativos, la comunidad adolece de falta de formación de profesionales y de información

a la ciudadanía. Estos males, por cierto, los comparten con otras muchas.

La falta de formación y de difusión del nuevo derecho entre la ciudadanía es generalizada, con pocas excepciones. Como consecuencia de esto, en 2021, DMD ha atendido el doble de consultas que el año anterior. Mucha gente sabe que existe la LORE, pero ni conoce los requisitos, ni cómo hacer una petición de ayuda para morir.

## Cada eutanasia es una mecha

Asentar un nuevo derecho nunca es fácil, y en España la eutanasia ha empezado despacio, pero no está escrito que necesite más de una década para consolidarse. Ni siquiera en las comunidades autónomas con gobiernos más reticentes a la norma tiene por qué ser así. En Canadá lo han logrado.

El derecho a una muerte asistida tiene a su favor un apoyo mayoritario entre la ciudadanía y entre los sanitarios. Además, cada eutanasia que se practica es una mecha que se enciende: ayuda a disipar prejuicios, a que más profesionales conozcan cómo se gestiona una petición de ayuda para morir (o con quién resolver dudas) y a que más personas descubran que cuentan con este derecho.

Formar a más profesionales sanitarios es importante, pero la clave está en la ciudadanía. Los derechos que no se conocen, ni se ejercen, ni se reivindican. Cuantas más lo hagan, antes se llegará a ese punto donde las cifras fluctúan poco de año en año; al momento en que la eutanasia sea un derecho más.



Concentración a favor de la eutanasia de DMD-DHE Euskadi

## Inicios de la LORE: **tragedia, dolor y esperanza**

Aunque los preparativos para la entrada en vigor fueron adecuados en teoría, la puesta en práctica de la Ley ha dejado al descubierto deficiencias que, en un caso, se han saldado con un resultado trágico

Mariano Berges\*

### Un buen comienzo

**E**n Aragón hubo una intensa actividad para la implementación de la LORE, tanto a nivel gubernamental, dirigida desde la Dirección General de Transformación digital y derechos de los usuarios como en el seno de la asociación DMD, que creó un grupo de trabajo de profesionales sanitarios –especialmente activo entre enero y julio de 2021–, elaboró propuestas para su puesta en marcha e inició, ya en el mes de junio, las charlas informativas sobre la ley en algunos centros de salud y organizaciones ciudadanas.

De hecho, cuando la LORE entró en vigor, el 25 de junio, la documentación esencial para el usuario estaba disponible en la página web del Gobierno de Aragón: un díptico informativo, la presentación de la ley, un documento con los pasos para solicitar la prestación de ayuda para morir y los 5 modelos oficiales de los documentos necesarios para el proceso.

También llegó, justo a tiempo, la información para los profesionales sanitarios. En el canal de comunicación habitual entre Administración y profesionales sanitarios se activó una sección nueva, “Eutanasia”, con la siguiente información: texto de la ley, presentación de diapositivas, manual de buenas prácticas y los 20 formularios que puede necesitar a tramitación de una prestación de ayuda para morir según la LORE, incluyendo un diagrama del flujo de la solicitud, con sus plazos.

### De la teoría a la práctica

Pese a esto, no han dejado de surgir obstáculos, con terribles consecuencias en algún caso, a la hora de apli-

car la LORE. De partida se contaba, políticamente, con una relativa ventaja: el gobierno aragonés, un tetrapartito liderado por el PSOE, y en particular su Departamento de Sanidad, cuya consejera es la socialista Sira Repollés, había mostrado su voluntad de adoptar las disposiciones y medidas necesarias para que el derecho a morir con dignidad aprobado por las Cortes no se quedaría en papel mojado. Como en otras comunidades, ello implicó un trabajo intenso y rápido en el que la Administración contó con la colaboración de DMD-Aragón. Los resultados, a finales de junio, cuando la LORE pasó del BOE a la realidad, eran bastante satisfactorios. En teoría.

Con un procedimiento diseñado en lo básico, una objeción de conciencia que según las cifras oficiales no superaba el 6% del personal sanitario concernido y un claro apoyo social, todo parecía estar listo para que las primeras eutanasias se produjeran en una atmósfera de adecuada normalidad. Mucho más porque, desde el verano hasta poco antes de Navidad, las solicitudes solo fueron cinco, bastantes menos de las inicialmente previstas.

### Una petición ignorada que acabó en tragedia

De estas cinco peticiones de eutanasia, varias de ellas monitorizadas por DMD, tres avanzaron sin mayores problemas hasta la Comisión de Garantía y Evaluación y, cuando esta información se publique, alguna ya se habrá llevado a cabo. Pero las otras dos tropezaron de inmediato con problemas, en particular la que presentaron en la primera mitad de julio la zaragozana Emilia M. M. y su familia. Fueron directa y confiadamente a la médica que atendía ha-

\* Profesor de Filosofía. Miembro de DMD-Aragón



---

## Su médica se negó a coger su petición, su centro de salud no designó a otro facultativo. Pasaron los meses y nadie le dio una respuesta

ser desatascado a lo largo del verano. El centro de salud no designó a otro médico que pudiera hacerse cargo de la tramitación. Nadie fue a ver a la paciente a su domicilio, del que ya no podía salir. Pasaron las semanas y los meses. En octubre, DMD-Aragón realizó gestiones para romper el bloqueo. Tampoco hubo una respuesta clara. El 6 de noviembre, cuatro meses después de haber iniciado los trámites sin obtener respuesta, Emilia se las compuso para auparse a la ventana del cuarto donde transcurría su triste vida y logró lanzarse al vacío.

## Denuncia pública

Una muerte en semejantes circunstancias, además de sumir en la tragedia a una familia que entendía y apoyaba el deseo de acabar de Emilia supuso un aldabonazo, un estridente y doloroso aviso de que las cosas no iban bien. DMD lanzó de inmediato una campaña en los medios, desvelando lo ocurrido y exigiendo a las autoridades una rápida respuesta para evitar que algo así volviera a suceder. Porque, simultáneamente, otra socia que también había presentado su solicitud empezaba a detectar retrasos en el proceso. Estaba claro: si las puertas de entrada no se abrían, si los trámites no se ponían en marcha, la LORE iba a ser boicoteada en las consultas y los centros de salud o los hospitales.

Se trata de un caso que ha tenido una gran repercusión mediática porque ha puesto en evidencia, dramáticamente, tres problemas que se dieron en este caso, pero no solo: 1) problemas a la puerta de entrada de una solicitud, 2) carencia absoluta de comunicación de los responsables de la administración con la persona solicitante, sin devolución del ejemplar firmado para poder justificar una alegación o denuncia formal, y 3) una dificultad grave para encontrar un médico responsable.

Está claro que nunca hay que encarar frívolamente una solicitud de ayuda para adelantar su muerte, ni quitarle su valor a esa conversación en que sale la palabra eutanasia como un deseo, pues es muy probable que sea una determinación largamente incubada y negociada con familiares y amigos en los casos de padecimiento crónico y no un síndrome ético-clínico ni una depresión. Nuestros médicos están poco habituados a hablar sobre el morir o la muerte.

bitualmente a esta mujer (83 años, una importante discapacidad congénita agravada con el paso de los años hasta provocar una situación crónica de inmovilidad casi total, dolor y angustia permanente).

Creyeron que todo iría bien, pero no fue así. La facultativa se negó a tocar siquiera la petición. No quiso saber nada. Se fue de vacaciones y el caso quedó en un limbo sin



DMD Aragón se manifiesta a favor de la eutanasia

---

## El 26 de noviembre se celebró un acto en memoria de Emilia

En medio de una enorme polvareda, (el caso de Emilia tuvo un gran impacto mediático), el Departamento de Sanidad del Gobierno aragonés dio por fin la cara, admitió que se habían producido errores y aseguró que ya estaba tomando medidas disciplinarias (los ceses del coordinador del correspondiente centro de salud y del gerente de zona). De inmediato se produjo una reacción capitaneada por el Sindicato de Médicos de Atención Primaria, que intentó alzar una bandera corporativa asegurando que no había protocolos ni instrucciones claras para aplicar la LORE e instando a sus afiliados a objetar.

## Ceses y rectificaciones

Los ceses anunciados por la propia consejera de Sanidad siguieron adelante, DMD-Aragón mantuvo contactos directos con altos cargos de Sanidad. Y, lo más importante: el otro caso donde se temía un nuevo bloqueo (ya llevaba una semana de retraso sobre el calendario previsible) se puso en marcha sin más dilaciones. El 26 de noviembre se celebró un acto en memoria de Emilia convocado por DMD.

---

**El otro caso donde se temía un nuevo bloqueo se puso en marcha sin más dilaciones**

Si fue terrible que una demanda de eutanasia perfectamente justificada acabase en silencio administrativo y en un suicidio, las causas no podían coger a nadie por sorpresa. A la vuelta del verano, los contrarios a la regulación de la eutanasia habían empezado a movilizarse. Pero,

---

**Los resultados, a finales de junio, cuando la LORE pasó del BOE a la realidad, eran bastante satisfactorios. En teoría**

que seguir cuando no era cierto, y obviase que la intranet mediante la cual el Departamento de Sanidad venía informando de cómo actuar en la aplicación de la LORE

sobre todo, se percibía en un importante sector de los profesionales de la sanidad (más en medicina, menos en enfermería) una especie de negativa mental a considerar siquiera el tema. Así lo pone de manifiesto el hecho de que portavoces de los ámbitos más corporativos y reaccionarios del sector aseguraran a posteriori que no existían protocolos

fuese ignorada por muchos de aquellos profesionales. Pero, por otro lado, no es menos verdad que la formación del personal que debe recibir las peticiones de eutanasia no se ha cuidado, o ha quedado limitada a unos cuantos responsables orgánicos de los servicios sanitarios.

DMD-Aragón sigue trabajando para hacer que el derecho a la eutanasia sea efectivo. No queremos enfrentamientos ni con la Administración ni con los profesionales, a los que siempre hemos respetado. Hemos evitado entrar en una espiral de polémicas y descalificaciones. Pero vamos a mantenernos muy firmes en la defensa de la LORE y de su óptima aplicación. Se lo debemos a Emilia y tantas mujeres y hombres que quieren morir con dignidad.

---

**Desde el verano hasta poco antes de Navidad, las solicitudes solo fueron cinco, bastantes menos de las inicialmente previstas**



DMD Aragón se manifiesta en apoyo a Emilia y en defensa de la LORE



Socia de DMD Asturias

## Principado de Asturias

# Buenas actitudes, pero lenta actuación

Pese a la buena disposición de las administraciones para que se cumpla la ley, falta ambición para difundir la LORE entre la ciudadanía y formar a los profesionales

**Fernanda del Castillo y Pilar Cartón\***

Desde la creación en 2019 de la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria, organismo encargado de la implementación de la Ley autonómica de Muerte Digna y de la LORE, nuestra asociación ha mantenido una fluida relación con este organismo de la Consejería de Salud del Principado. Esta relación se ha plasmado en un continuo intercambio de información mediante reuniones, envío de documentación y propuestas, así como en la presencia de representantes de DMD Asturias en el Observatorio de Muerte Digna, en una de las Comisiones de Mortalidad creadas y, en calidad de suplente, en la Comisión de Garantía y Evaluación.

### Satisfacción con matices

Queremos señalar una alta satisfacción por la voluntad manifiesta de la Administración de que se garantice la puesta en marcha y el desarrollo sin trabas de las leyes promulgadas. Ahora bien, hay dos aspectos que nos preocupan y que consideramos que deben ser corregidos pronto o todo puede quedarse en buenas intenciones sin concreción:

- Por una parte, la falta de implicación de la Administración en la difusión de las leyes, tanto en la información a la ciudadanía como en la formación de la profesión sociosanitaria.
- Por otra, el mutismo administrativo sobre los procesos abiertos de petición de ayuda a morir. Esto, unido a lo anterior, incide en el tabú y provoca una sensación de secretismo poco propicia al desarrollo en nuestra comunidad de una cultura de la muerte digna.

Esta situación nos obliga a un esfuerzo continuo de vigilancia, difusión, información e incluso formación para contrarrestar situaciones como la vivida este verano, cuando un curso de verano sobre la eutanasia realizado bajo el auspicio de la Universidad de Oviedo fue dirigido por una autoridad eclesial y logró mucha repercusión mediática.

\* Directiva DMD-Asturias

## Implementación de la LORE

Aunque la Administración nos había comunicado que desde la aprobación de la LORE se crearon dos grupos de trabajo, uno formado por juristas y otro por sanitarios, para el desarrollo de la misma, no es hasta el 29 de julio, un mes después de la entrada en vigor, que se promulgó el decreto de regulación de la objeción de conciencia y de la Comisión de Garantía y Evaluación.

Respecto a la objeción de conciencia, consideramos positivo que quienes declaren su objeción queden excluidos de todo el proceso, así como de la posibilidad de formar parte de la Comisión de Garantía y Evaluación. Y en cuanto a ésta, celebramos la distribución de su composición, 11 personas: 4 profesionales de la medicina, 2 de la enfermería, 1 del trabajo social, 1 de la psicología y 3 juristas, así como que figure como suplente Noelia Ordieres, trabajadora social y miembro activo desde hace tiempo de DMD-Asturias.

En la web oficial de la Consejería de Salud, *Astursalud*, está colgada toda la información necesaria, tanto para la ciudadanía como para el personal sanitario: descripción del procedimiento y documentación, infografías, folleto informativo con preguntas y respuestas, así como una presentación de la medicación a utilizar con recomendaciones de uso. Se trata de un material muy útil, detallado y que muestra un gran esfuerzo por hacer asequible y cercano el proceso; ahora bien, es de muy difícil acceso, especialmente para la ciudadanía, puesto que está alojado en un espacio poco intuitivo y con una denominación muy técnica.

La documentación sobre la eutanasia también incorpora un enlace a la página oficial del Documento de Instrucciones Previas, donde se dispone de dos documentos a elegir, el normalizado con espacio en blanco para su cumplimiento, y otro orientativo en el que ya se ha incluido la posibilidad de seleccionar la solicitud de eutanasia.

Respecto al procedimiento para la elección de personal médico responsable (MR) se siguen las indicaciones señaladas en la LORE de forma que la primera solicitud que realiza la persona debe firmarse en presencia de un profesional sanitario, y posteriormente debe remitirse por Registro a la Dirección General de Cuidados, desde donde lo dirigirán a la Dirección Asistencial de Área que será quien lo determine. La persona solicitante puede sugerir MR, aunque nos parece que pueda llevar a confusión el hecho de que no figura que esta facultad es opcional. Para la selección de médico/a consultor el MR debe contactar con la Dirección general de Cuidados, desde donde se dirige a la dirección de área para su designación. El MR puede sugerir especialidad.

## Formación e información

Como hemos señalado, este es el aspecto en el que estamos detectando las carencias más preocupantes.

Tenemos constancia de que a finales de junio se realizó formación *online*, organizada por el grupo coordinador del desarrollo de la LORE y participaron más de 200 personas. También se han previsto cursos formativos para el último trimestre del año a través del Instituto de formación Adolfo Posada, dependiente de la administración. Uno es un curso general sobre la LORE para trabajadores públicos de todos los sectores. En cuanto a los específicos para el Servicio de Salud, hay una oferta formativa sobre el procedimiento para la ayuda a morir dirigido a profesionales de medicina y enfermería y se ha anunciado una conferencia *online* sobre la ley aún sin especificar ponente ni calendario. Muy insuficiente, pero al fin y al cabo existente.

**Consideramos positivo que quienes declaren su objeción quedan excluidos de todo el proceso, así como de la posibilidad de formar parte de la Comisión de Garantía y Evaluación**

Ahora bien, la información a la ciudadanía es nula; es de señalar que la prensa, cuando quiere informar sobre estos temas, acude a nuestra organización al no encontrar ningún referente en la Administración y desconocer, según nos comentan, a quién pueden dirigirse para poder hacer una información de calidad. Amparada en la protección de datos, la administración no facilita información sobre estos temas a nadie que no esté dentro de ella.

Hay un aspecto que consideramos que debe señalarse como una importante deficiencia en este apartado y es la falta de vasos comunicantes entre la información y formación dirigida a profesionales y la dirigida a la ciudadanía. Se tratan en todo momento como espacios impermeables entre sí, algo que contradicen, como vimos, las disposiciones adicionales que hablan del tema en las dos leyes de referencia, donde aparecen totalmente relacionados.

Esta separación total y este considerar que es prioritario formar a la profesión sociosanitaria sin contar con la ciudadanía creemos que es perjudicial para el buen desarrollo de la ley. Las leyes que hablan de derechos de las personas no pueden limitarse a protocolos administrativos y "técnico-científicos"; es necesario, como se señala en la denominación de la Dirección General de la que depende todo este tema, "humanizar" la aplicación de una ley que emana de la ciudadanía.

Desde nuestra asociación hemos realizado formación presencial a enfermeras de Atención Primaria, solicitada por una Sociedad profesional; a través de un cuestionario previo detectamos una falta de conocimiento de los aspectos menos "prácticos" de las leyes. No es posible

---

**Por fin, con tres años de retraso, se ha convocado el Observatorio de la Muerte Digna, un organismo que consideramos fundamental**

hablar de la muerte sin haberse planteado previamente conceptos como dignidad, derechos humanos o autonomía.

De momento no tenemos conocimiento sobre si se ha creado alguna red apoyo y/o persona referente para profesionales en cada área, como habíamos sugerido.

### **El Observatorio de Muerte Digna**

Por fin, con tres años de retraso, se ha convocado este organismo que consideramos fundamental para hacer el seguimiento del cumplimiento de las leyes así como para formular propuestas de difusión y funcionamiento.

La primera reunión tuvo lugar el pasado 5 de octubre y en ella se estableció un plan de trabajo muy ambicioso, con pautas claras de actuación y temporalización precisa. Se organizaron cinco grupos de trabajo, uno de ellos, "Información, difusión y comunicación con la ciudadanía", con coordinación de la representante de DMD.

### **Problemas detectados**

Para cerrar esta reseña queremos señalar de nuevo que los problemas detectados proceden de la falta de difusión informativa y formativa del corpus legal.

Desde la entrada en vigor de la LORE han aumentado significativamente las llamadas al teléfono de atención personalizada, y predominan las consultas sobre la LORE y sobre el Testamento Vital. También hemos recibido varias quejas de familiares ante situaciones que consideran de mala atención por un sufrimiento innecesario y llamadas de personas con problemas de salud mental en las que se detecta una falta de atención sanitaria y de seguimiento de sus problemas.

Respecto a cuestiones de aplicación de la LORE: hemos conocido la objeción de dos médicas a firmar la primera solicitud y de una administrativa para cursar el envío al registro de una petición. Finalmente, un aspecto que queremos señalar es que hemos recibido consultas tanto de pacientes como de algún médico dispuesto a tramitar una eutanasia. En un caso, antes de finalizar el proceso se produjo el fallecimiento mediante sedación paliativa. Creemos que también en Asturias están aumentando las sedaciones como forma de evitar la aplicación de la ley y porque en pacientes en situación de terminalidad los trámites son tan largos que resulta más rápido y conveniente recurrir a la sedación.

### **A modo de conclusión**

Podemos resumir la situación en Asturias como una muy buena articulación de la LORE, pero con un incumplimiento de las disposiciones legales que obligan a las administraciones sanitarias competentes a habilitar los mecanismos oportunos para darles la máxima difusión entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general.

## Cataluña

# El trabajo previo en las instituciones, clave del buen comienzo

El pasado mes de junio se hizo realidad, al menos en buena parte, el objetivo por el que hace tantos años trabajamos en DMD-Catalunya: la puesta en marcha del nuevo derecho a la muerte asistida

**Cristina Vallès\***

### **Los antecedentes de Cataluña**

**R**ecapitulemos para entender la situación actual. El año 2016 DMD-Cat, en comparecencia en el Parlament de Catalunya, en la Comisión de Justicia y de Salud pidió la creación de un Observatorio de la Muerte, la formación inicial y continua del personal sa-

---

\* Coordinadora DMD-Girona

nitario en derechos al final de la vida, el acceso efectivo a paliativos, los medios para hacer llegar la información a la ciudadanía sobre los derechos al final de la vida y la despenalización y regulación de la eutanasia y del suicidio asistido, con la modificación del Código Penal (art. 143.4).

Las peticiones recibieron el respaldo de la mayoría de las formaciones políticas y finalmente, en julio de 2017 el Parlament de Catalunya envió al Congreso una proposición de ley de despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido, que fue admitida el 2018. El 4/7/2019 la Comisión de Justicia del Parlament de Catalunya aprobó la constitución del Grupo de Trabajo sobre la Eutanasia y la Ayuda al suicidio, en el que estaban representados todos los grupos parlamentarios y ante el cual comparecieron, entre otros, el Comité de Bioética de Catalunya y DMD-Catalunya.

Creemos que el trabajo previo que realizó el Parlament durante este periodo fue clave para facilitar la constitución de la Comisión de Garantía y Evaluación dentro del plazo establecido, así, el 12 de julio de 2021 se constituyó dicha comisión en Cataluña para apoyar el desarrollo de la ley de la eutanasia.

---

## El trabajo previo que realizó el Parlament fue clave para facilitar la constitución de la Comisión de Garantía y Evaluación dentro del plazo establecido



Concentració de DMD-Cat a favor de la eutanasia

El otro factor determinante fue que la atención primaria y, en general, los diferentes ámbitos asistenciales del Sistema de Salud de Catalunya contaban ya con una larga y consolidada experiencia en el acompañamiento de personas al final de la vida y en cuidados paliativos, lo cual en cierta medida ayudó a la integración de la eutanasia como un nuevo pero necesario proceso asistencial. Como muestra, el consejero de Salud, Josep Maria Argimon, en su comparecencia del 1 de julio en la sesión de control del Parlament de Catalunya, destacó que esta ley "es un derecho que tiene la ciudadanía y el Departamento de Salud debe garantizarlo".

## Un buen enfoque de la Comisión de Garantías

Según el propio Departamento de Salud, la CGyE verificará los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir, pero también resolverá las reclamaciones que los pacientes le hagan llegar. A pesar de la confidencialidad de que se ha dotado la Comisión, tenemos constancia de al menos un caso que fue rechazado por la médico consultora y que en la Comisión, después de una larga deliberación, se aceptó y se llevó a cabo.

La comisión se define a sí misma como una Comisión multidisciplinar con voluntad de acompañamiento y sus integrantes han sido públicos desde el primer momento. El presidente de la CGyE es Albert Tuca Rodríguez, médico de amplia trayectoria en el acompañamiento a personas al término de la vida. En la vicepresidencia Francesc José María Sánchez, especialista en derecho sanitario. El secretario, Josep Maria Busquets Font, médico vinculado al comité de bioética e interlocutor de DMD con el Departamento de Salut durante los últimos años.

En la Comisión se han creado diferentes grupos de trabajo, como el del ámbito social en el que Glòria Cantarell, Presidenta de DMD Catalunya, es la vocal titular. Desde DMD-Cat estamos satisfechos de la participación de DMD en la Comisión.

Las personas que ocupan las vocalías han sido propuestas por los colegios profesionales correspondientes o por el Departamento de Salud. En el ámbito de la medicina Jordi Amblàs, Mònica Povedano y Albert Tuca. En enfermería Cristina Montero y Verónica Vélez. En psicología Pablo Hernado y en el ámbito jurídico Guillem Reig, Francesc Josep María Sánchez y Núria Terribas. Por último, en lo referido a temas sociales, Begoña Lemos y en representación de la sociedad civil Glòria Cantarell presidenta de DMD-Cat.

## La información y la formación, fundamentales

Una de las máximas preocupaciones de DMD y uno de los puntos en que más hemos insistido, es que la información fuera accesible tanto para los y las profesionales de la Salud como para la ciudadanía. El Departamento ha habilitado

en el Canal Salut un espacio dedicado a informar sobre la Ley, con materiales infográficos y preguntas frecuentes para resolver los interrogantes que pueda generar la Ley y su despliegue<sup>1</sup>.

Otra de las demandas de DMD-Cat fue la de proporcionar una formación básica a los profesionales que atenderán las demandas de eutanasia. Nosotras desde DMD-Cat seguimos ejerciendo nuestra vocación divulgativa tanto a profesionales, como a quien la solicite y la necesite, pero el compromiso era y es, del departamento; finalmente se estableció, primero una encuesta de necesidades y seguidamente una formación online que han seguido ya miles de profesionales. Aún así recibimos muchas demandas de información de profesionales y ciudadanía, la mayoría sobre el procedimiento de inicio del proceso.

Otro de los puntos que considerábamos imprescindibles era poder establecer personas referentes en los terri-

<sup>1</sup> <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/final-vida/eutanasia/>

torios para resolver dudas de manera rápida, tanto de profesionales como de la población en general. Ahora tenemos ya, en todo el territorio, un sistema de contacto que nos permite informar de los problemas que surgen para que puedan ser resueltos de forma ágil. Todo lo ágil que permiten los inconvenientes derivados de las medidas COVID y los recortes de presupuesto en las áreas de primaria aún sin revertir.

## El despliegue de la ley con datos oficiales

En Catalunya aún no disponemos de los datos oficiales del recuento de eutanasias realizadas, solo se sabe de forma oficial que se han llevado a cabo 10 casos, pero tenemos la seguridad de que el número es más elevado. El mismo presidente de la Comisión, Albert Tuca afirmó en *La Vanguardia* que "los datos iniciales acumulan peticiones que llevaban mucho tiempo esperando y podrían dar una idea falsa de la realidad. Se han atendido más de los 10 casos que se ha dicho, sin duda". Aún así no dispondremos de datos oficiales hasta el próximo mes de enero, cuando tengamos el informe oficial con el recuento definitivo de casos procesados en estos casi 7 meses.

## Galicia

# El cumplimiento de la LORE en Galicia, o los equilibrios políticos del Presidente de la Xunta

Tras las fútiles resistencias a la aplicación de la LORE en Galicia se esconden las contradicciones del propio partido gobernante y las aspiraciones de su presidente

Miguel Anxo García\*

### Los antecedentes

En enero de 2020 el Partido Popular (PP), gobernante en Galicia, se oponía en el Parlamento Autonómico a la proposición no de ley de despenalización de la eutanasia presentada por el parlamentario Luis Villares y

apoyada por unanimidad por la oposición. El PP, con su mayoría absoluta, frenó la iniciativa y dejó atrás alguna perla argumental para la historia del derecho a decidir sobre la propia vida. En palabras de su portavoz en el

\* Psicólogo clínico. Presidente DMD-Galicia

---

## La creación de la Comisión de Garantía y Evaluación, sufrió un calculado retraso atribuyéndolo a factores ajenos a su voluntad

se manifiesta con claridad en las ambigüedades y contradicciones de Feijóo, presidente de la Xunta y del PP gallego: por un lado, parece someterse a la obligación de cumplir y hacer cumplir el mandato de una ley orgánica en tanto que máximo gobernante de la Autonomía, pero por otro ha de sostener una imagen de oposición a la misma en coherencia con su partido, sin que al mismo tiempo dé la imagen de extremista desbocado (procurando salvar así una apariencia de hombre de derechas civilizado, con amplios intereses).

La solución cree haberla encontrado Feijóo en el remoloneo. Es así que, después de dejar claro que la ley autonómica 5/2015 “de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales” era “más respetuosa con las sensibilidades”, pasa a decir que “las leyes que se aplican en todo el Estado se tienen que cumplir”. Y ni considera que se ha denunciado por DMD Galicia su incumplimiento de la Ley 5/2015.

### Retrasos calculados

Y se puso a cumplir la LORE, aunque dejando claro que sin entusiasmo, en un mensaje actitudinal más bien dirigido a su espacio político y con escaso efecto práctico inicialmente sobre el nuevo derecho reconocido.

De esta forma, la primera obligación de la Xunta por él presidida, la promulgación del Decreto de creación de la *Comisión de Garantía y Evaluación*, sufrió un calculado retraso atribuyéndolo a factores ajenos a su voluntad, culpando del mismo al Consello Consultivo de Galicia por no disponer de su dictamen en el plazo previsto en la LORE para su entrada en vigor (hay que recordar que el Decreto en alguna Comunidad Autónoma ya se había publicado hacía un mes).

Elaborado el Decreto, no se informó del mismo por el Presidente en la sesión con los medios de comunicación posterior a la reunión del Consello de la Xunta en el que se aprobó. Otro mensaje de ocultamiento de parte de quien publicita hasta sus anteproyectos como si fueran realizaciones.

debate en aquellas fechas, la eutanasia “no encaja con la forma de entender la vida y la muerte que tiene la sociedad gallega”.

Aprobada la LORE y recurrida esta ante el Tribunal Constitucional por el Partido Popular, su sucursal política gallega se ve enfrentada a un problema que se

## No pero sí, pero no aún del todo

Al fin, el 9 de julio, ve la luz el Decreto en el Diario Oficial de Galicia, trayendo consigo también la modificación de la norma que regula los comités de ética asistencial, añadiéndole que entre sus fines están también los de “...garantizar los derechos de las personas enfermas terminales, así como los derechos y deberes de los y de las profesionales que los atiendan, de acuerdo con lo establecido en su respectiva legislación específica...(y) podrán asesorar y proponer alternativas o soluciones éticas en aquellas decisiones clínicas controvertidas, en caso de discrepancia entre las y los profesionales sanitarios y las personas enfermas terminales...o entre estas y las instituciones sanitarias...”.

De nuevo, en el mismo decreto se observa el juego político de equilibrios: por un lado prácticamente se copia lo previsto en la LORE, pero por otro se le da satisfacción a los sectores sanitarios que desde siempre, cuestionando la autonomía de decisión sobre los tratamientos que poseen las personas enfermas (sectores fervientes opositores a la eutanasia), reclaman la igualdad de sus derechos a los de los pacientes en la relación asistencial; y, de paso, se anticipa un potencial espacio de conflicto que anuncia la resistencia tras una determinada concepción de la ética de quienes se preparan para oponerse a lo previsto en la Ley. En mi opinión, creo que lo entregado a esos sectores ultras es humo si tenemos en cuenta la frase cautelosa contenida en el decreto “...de acuerdo con lo establecido en su respectiva legislación específica...” (y la LORE lo es).

Ya con cierta normalidad se nombran los/as integrantes de la Comisión, se designa a su presidenta, y comienzan sus trabajos. Con posterioridad se nombrarán suplentes.

### Sin eutanasia en los documentos del testamento vital

Al mismo tiempo se da cumplimiento formal a la obligación de formar a los/as profesionales sanitarios mediante la realización de una sesión a través de la web. Esta actuación se ha demostrado radicalmente insuficiente e inapropiada para avanzar en el conocimiento y satisfacción del nuevo derecho.

Tampoco se modifica el modelo de solicitud de registro de Instrucciones Previas (testamento vital) disponible por el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) en nada más que el añadido de una referencia nominal a la nueva Ley entre todas las demás que se relacionan con esta cuestión. Hurtar de ese impreso la opción explícita de eutanasia (acorde con la LORE) de entre las opciones posibles en estado de pérdida de capacidad es una forma incalificable de resistencia y ocultamiento del derecho, que expone a las personas a la indefensión y a la violentación de su libertad en caso de ser necesaria la consulta del documento para decidir sobre los tratamientos.



---

## La solución cree haberla encontrado Feijóo en el remoloneo

personas es una vieja conocida, y solo muy recientemente fue parcialmente corregida (después de entrevista de DMDG con el Conselleiro y el Director General de Asistencia Sanitaria), todavía persisten actitudes intolerables en una sociedad democrática regida por la ley que obliga a las Administraciones Públicas y a todos y cada uno de quienes en ella trabajan ya no tan solo a respetar a los derechos de las personas, sino a informar de los mismos y a facilitar su ejercicio.

### Y las personas van accediendo al derecho, pero aún queda

Como en otros lugares del Estado que ya han completado la estructura institucional necesaria prevista en la LORE, van presentándose las primeras peticiones para accederse al derecho. Pronto se hizo público el primer caso de aplicación de la eutanasia en Galicia y, recientemente, en declaraciones del Conselleiro se informó de nueve solicitudes en tramitación.

La Comisión de Garantía y Evaluación trabaja fuera del foco mediático y no es esperable más conocimiento sobre su actividad hasta que deba presentar, conforme a lo previsto, un informe de la misma.

Pero hay necesidades y obligaciones de la Xunta no satisfechas: modificación del impreso de solicitud de registro de la Instrucciones Previas; formación normalizada y sostenida de los/as profesionales del SERGAS con inclusión de la misma en la oferta regular, tanto en relación a los derechos de las personas y a su relevancia en la asistencia sanitaria como en su concreción en lo referido a la eutanasia; información social sobre el nuevo derecho e impulso a las Instrucciones Previas (lo que requiere lo que hoy escasea, profesionales sanitarios facilitadores y respetuosos con la autonomía de las personas, capacitados en el asesoramiento, y formados por lo tanto en todo ello).

A nadie se le escapa que tras las fútiles resistencias a la aplicación de la LORE en Galicia se esconden las contradicciones del propio partido gobernante, las aspiraciones de su presidente autonómico, y las diferencias internas de su sustrato sociológico. De ahí esa oposición, real pero menos intensa que en otras autonomías en donde gobierna el PP, en la que no se expresa con contundencia el desacuerdo, pero se dificulta casi infantilmente la materialización de la Ley.

Es penoso, ya que en el fondo es probable que muchos/as de los/as resistentes desde el gobierno de la Administración Autonómica gallega no estén en desacuerdo con

Aunque la oposición de quienes son responsables del Registro Galego de Instrucciones Previas (REGAIP) a cualquier mención a la eutanasia entre las opciones que eligen las

la eutanasia, pero sus pequeñas (en comparación con la cuestión que estamos tratando) ambiciones políticas dificultan la realización con plena normalidad de un derecho al que las personas necesitan acceder en situación extrema.

Hace pocos días, DMD Galicia se ha dirigido al Conselleiro de Sanidade para que tenga en cuenta estas cuestiones. Estamos a la espera de sus acciones.

Y si no, ya veremos.

## Comunitat Valenciana

# La puesta en marcha de la LORE en el País Valenciano

Alivio y satisfacción por la aprobación de la LORE. Un breve repaso, desde la óptica de DMD-CV, a su aplicación en la Comunitat Valenciana

M.<sup>a</sup> José Alemany\*

El “pulso” que nos llega como asociación, por parte de socias y socios, así como de personas no asociadas que, en algunos casos, ni siquiera tienen hecho su Testamento Vital, es un sentimiento de alivio y de satisfacción por la aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE).

### Eutanasia y objetivos de DMD Comunidad Valenciana

Aunque, ciertamente la complejidad que requiere la aplicación de la eutanasia inquieta y decepciona a mu-

---

\* Presidenta de DMD-Com. Valenciana

---

## “Hay un sentimiento de alivio y de satisfacción por la aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia”

cada como el derecho de las personas a decidir sobre su muerte y, por tanto, a la aplicación de la eutanasia. Esta formación ha de abarcar aspectos médicos, asistenciales y de actitud en la relación con los pacientes y su entorno familiar más próximo.

2.- Dar a conocer la LORE al público en general, para lo cual es imprescindible una formación para que los interlocutores la entiendan adecuadamente, que no solo no genere rechazo, sino que se entienda y se valore en toda su dimensión.

Respecto a la primera cuestión es importante la presión que, como asociación, podemos ejercer sobre la administración. Recientemente, María José Alemany, presidenta de DMD-CV y Carmen Alberich, integrante de la Junta Directiva, mantuvimos una entrevista con la Directora General de Asistencia y le entregamos un documento en el cual solicitábamos información y valoraciones sobre:

- La mejora y complementación de la página web.
- La elaboración de instrucciones que han de hacer llegar a todos los profesionales sanitarios.
- Los motivos y facilidades para la participación de los y las profesionales en cursos organizados por el Ministerio de Sanidad.

Asimismo, obtuvimos informaciones relativas a la objeción de conciencia y a la Comisión de Garantías y Evaluación. Sobre la primera, hasta el momento, han objetado 179 sanitarios que figuran en las listas de las gerencias de los departamentos de salud. Con respecto a la segunda, no es posible el contacto directo de DMD-CV con esta comisión, por razones de seguridad de sus miembros. No obstante, estamos pendientes de un informe jurídico sobre esta cuestión.

DMD-CV ha solicitado una reunión con la Conselleria de Sanidad Universal para insistir en los temas mencionados y plantear nuevas cuestiones. De momento, DMD-CV se ha ofrecido como interlocutor para colaborar de la manera más eficaz posible en el desarrollo de la LORE en la Comunidad Valenciana.

chas personas. En estos momentos, DMD Comunidad Valenciana (DMD-CV), centra su interés y su trabajo en dos cuestiones fundamentales:

1.- Conseguir que los profesionales sanitarios tengan la mejor formación posible en todos los aspectos que conciernen a una cuestión tan deli-

En relación a la segunda cuestión, se están preparando sesiones informativas y formativas dirigidas al conjunto de la ciudadanía a través de diversas entidades e instituciones, como ayuntamientos, sindicatos, asociaciones,...

## Peticiones de eutanasia en la Comunidad Valenciana

Finalmente, repasamos las peticiones de eutanasia presentadas hasta la fecha en nuestra comunidad. Hasta el momento, se han llevado a cabo de manera satisfactoria dos eutanasias: una en Alicante y otra en Valencia (concretamente en Manises, en el domicilio de la solicitante). Por otro lado, se ha producido la sedación, en Sueca, de una persona que había solicitado la eutanasia pero, finalmente, se le aplicó una sedación. Asimismo, una petición de eutanasia ha sido denegada. También, contamos con dos personas asociadas que quieren solicitar la eutanasia, a quienes ya se les ha informado y se les ha enviado la solicitud. Por último, tres personas no asociadas han solicitado información y se les ha proporcionado.



María José Alemany y Carmen Alberich en la sede de DMD Comunitat Valenciana

Jurisprudencia  
constitucional  
sobre la  
objeción de  
conciencia  
sanitaria

Sede del Tribunal Constitucional,  
fuente Qué Madrid

# Regulación de la **objeción de conciencia** en la **Ley Orgánica de eutanasia**

La objeción de conciencia es un derecho de configuración legal creado por la propia LORE y su garantía debe compatibilizarse con la del derecho que la ley regula: el de acceder a la prestación de ayuda para morir

Miguel Ángel Presno Linera\*

**E**n el artículo 14 de la reciente Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE) se incluye, como garantía de tipo prestacional, la de “la ayuda para morir [que] se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia”.

\* Catedrático de Derecho Constitucional de la Universidad de Oviedo, miembro de DMD-Asturias

## **La objeción de conciencia en la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia**

En el artículo 16 de la misma Ley Orgánica se regula la “objeción de conciencia de los profesionales sanitarios” en los siguientes términos:

“1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la

ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal”.

La objeción de conciencia que garantiza la LORE es un derecho de configuración legal, es decir, es creado por

En un primer momento –sentencia (STC) 15/1982, de 23 de abril– sostuvo que tanto la doctrina como el derecho comparado afirman la conexión entre la objeción de conciencia y la libertad de conciencia y “puesto que la libertad de conciencia es una concreción de la libertad ideológica, que nuestra Constitución reconoce en el artículo 16, puede afirmarse que la objeción de conciencia es un derecho reconocido explícita e implícitamente en el ordenamiento constitucional español, sin que contra la argumentación expuesta tenga valor alguno el hecho de que el art. 30.2



Insumisión y protestas contra el servicio militar obligatorio durante los años 80 y 90. En orden, de arriba a abajo y de izquierda a derecha: 1 Capitania General de Sevilla 1990 (Diario Público); 2 protesta en Pamplona, (eldiario.es); marcha en Albacete (El Salto Diario) y Protestas en Madrid, Huffington Post

dicha Ley Orgánica y su garantía trata de compatibilizarse con la del propio derecho que la ley regula: el de acceder a la prestación de ayuda para morir, de manera que uno y otro puedan coexistir “pacíficamente”.

### El Tribunal Constitucional y la objeción de conciencia

A nuestro juicio, y como se acaba de decir, el derecho a la objeción de conciencia incluido en la LORE es de creación legal y no se deriva de la Constitución Española, que únicamente garantiza la objeción de conciencia al servicio militar aunque el Tribunal Constitucional (TC) ha mantenido una postura oscilante al respecto que trataremos de resumir en las siguientes líneas.

emplee la expresión «la Ley regulará», lo cual no significa otra cosa que la necesidad de la *interpositio legislatoris* no para reconocer, sino, como las propias palabras indican, para «regular» el derecho en términos que permitan su plena aplicabilidad y eficacia” (FJ 6).

En la misma línea, en la STC 53/1985, de 11 de abril, sobre la ley que despenalizaba el aborto en determinados supuestos, el TC declaró que “la objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales” (FJ 14).

## Cambio de doctrina: de derecho fundamental a excepción legal

Sin embargo, poco tiempo después, el mismo TC vino a decir que no hay una conexión directa entre los artículos 30.2 y 16, que no hay un derecho general a objeción de conciencia sino, como mucho, a la exención de un deber y que cabe configurar ese derecho en el plano legal pero no fundamental; así, en la STC 160/1987 sostuvo que “constituye una excepción al cumplimiento de un deber general, solamente permitida por el artículo 30.2 CE, en cuanto que sin ese reconocimiento constitucional no podría ejercerse el derecho, ni siquiera al amparo del de libertad ideológica o de conciencia, que, por sí mismo, no sería suficiente para liberar a los ciudadanos de deberes constitucionales o «subconstitucionales» por motivos de conciencia, con el riesgo anejo de relativizar los mandatos jurídicos... En una sociedad democrática, en un Estado social y democrático de Derecho, que se construye sobre el consenso mayoritario expresado libremente –aun dentro de las limitaciones de los sistemas electorales– la permisión de una conducta que se separa de la norma general e igual para todos ha de considerarse como excepcional, como antes se ha indicado, porque de lo que se trata –el derecho del objetor– es de obtener la exención del cumplimiento de una norma, convirtiendo esa conducta en lícita, legítima o legal” (STC 160/1987, de 27 de octubre, FJ. 3 y 4).

## La libertad ideológica no es suficiente

En el mismo sentido se pronunciaron la STC 161/1987, también de 27 de octubre, –“el derecho a la objeción de conciencia está configurado por el constituyente como un derecho constitucional autónomo, de naturaleza excepcional, pues supone una excepción al cumplimiento de un deber general (el de prestar el servicio militar obligatorio)” (FJ 2)– y la STC 321/1994, de 28 de noviembre, FJ. 4 –“el derecho a la libertad ideológica no resulta suficiente para eximir a los ciudadanos por motivos de conciencia del cumplimiento de deberes legalmente establecidos, con el riesgo aparejado de relativizar los mandatos legales”–.

Sin embargo, en la STC 145/2015, de 25 de junio, el TC, en una controvertida decisión dentro del propio tribunal (se emitieron 3 votos particulares discrepantes) volvió, en parte, a la jurisprudencia del año 1985 y sostuvo que la negativa de un farmacéutico a no disponer en su establecimiento de la *píldora del día después* está amparada por “su derecho a la objeción de conciencia, que forma parte del contenido del derecho a la libertad ideológica (artículo 16.1 CE)” (FJ 4).

## La configuración del derecho por el legislativo

Por lo que al ámbito normativo se refiere, el legislador llevó a cabo una configuración de la objeción de conciencia en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que supone un antecedente claro en dicha materia respecto a la LORE: “los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo” (artículo 19.2).

## La objeción regulada en la LORE

Por su parte, la LORE prevé (artículo 16):

1. Solo los profesionales sanitarios [no otros] directamente implicados [no otros] en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.
2. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.
3. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

## Constitucionalidad de las leyes sobre aborto y eutanasia

Tanto la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo como la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia han sido recurridas al TC y este órgano tendrá que pronunciarse al respecto. En mi modesta opinión ambas normas son constitucionales: la primera porque la decisión de reconocer la libertad de la mujer durante un cierto tiempo –12 semanas en la mayoría de los países del entorno europeo, 14 en España– otorga prioridad a esa decisión respecto a la protección del feto, que, no obstante, no quedaría totalmente desprotegido pues, en primer lugar, la mujer embarazada ha de recibir información sobre los derechos, prestaciones

---

### La creación de un registro de objetores no implica, per se, un límite al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia

temple “derechos, prestaciones y ayudas públicas a la maternidad” es, cuando menos, un reconocimiento de algo, por lo demás, obvio: que tener hijos implica unas obligaciones y exigencias que transforman de manera absoluta la vida de la mujer y su desarrollo personal, por lo que parece razonable reflexionar y decidir, como ha hecho el Parlamento español, en qué medida la mujer está obligada a soportarlas y en qué medida se tratarán –como se dice en la jurisprudencia norteamericana a partir del caso *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey*, de 29 de junio de 1992– de unas “cargas indebidas” que, por tanto, una mujer debe poder rechazar.

También pensamos que es constitucional la LORE porque del artículo 15 de la CE cabe derivar, en relación con el proceso de fin de la vida, un derecho complejo que, primero, habilita para rechazar un tratamiento no deseado mediante la imposición de un deber de abstención de actuaciones médicas salvo que se encuentren constitucionalmente justificadas, y, segundo, faculta a la persona para requerir de los poderes públicos una prestación en forma de ayuda médica para morir cuando su integridad esté siendo gravemente menoscabada por sufrimientos intolerables o por una enfermedad grave e incurable. Y es que el derecho fundamental a la integridad física y moral garantizado en el artículo 15 CE comprende no solo la facultad de exigir el deber de abstención por parte de

los poderes públicos o de terceros en relación a una persona que no quiere que le ayuden a seguir viviendo sino también la exigencia de comportamientos positivos por parte de los poderes públicos y, dependiendo del alcance de la eficacia de los concretos derechos fundamentales entre particulares, de sujetos privados cuando dichas intervenciones, prestaciones, cambios normativos,..., sean necesarios para asegurar la efectividad de esos derechos y libertades con una alta carga de autodeterminación personal, como es el derecho a la integridad personal.

---

### La objeción de conciencia es un derecho con límites orientados a asegurar el ejercicio efectivo del derecho a recibir la ayuda para morir

## El TC avala el Registro de Objetores

Finalmente, cabe recordar que el TC ya se pronunció, en la STC 151/2014, de 25 de septiembre, sobre la existencia de un registro previo de objetores y concluyó, en relación con la objeción de conciencia al aborto, que “la creación de un registro autonómico de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo con la finalidad de que la Administración autonómica conozca, a efectos organizativos y para una adecuada gestión de dicha prestación sanitaria, quienes en ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia rechazan realizar tal práctica, no está sometida a reserva de ley orgánica, no invade las bases estatales en materia de sanidad, no afecta a las condiciones básicas que han de garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos, y su existencia no implica, per se, un límite al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia recogido en el art. 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010, ni un sacrificio desproporcionado e injustificado de los derechos a la libertad ideológica e intimidad, sin que pueda afirmarse, como hacen los Diputados recurrentes, que con el mismo se persigue disponer de una lista de objetores con la finalidad de discriminarlos y represaliarlos” (FJ 5).

## En conclusión

En definitiva, la objeción de conciencia en materia de eutanasia es un derecho garantizado con límites –solo a los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir, deberá manifestarse de forma anticipada y por escrito e inscribirse en un registro– y esos límites están orientados, precisamente, a asegurar el ejercicio efectivo del derecho a recibir la ayuda para morir; no en vano la propia Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia exige a la Administración sanitaria (artículo 14) que el acceso y la calidad asistencial de la prestación no resulten menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria.



Un derecho que también reconoce y regula la LORE

## La **objeción** de **conciencia** en la **eutanasia**

La Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) define en su artículo tercero f) la objeción de conciencia sanitaria 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".

Juan Carlos Carbonell\*

### La objeción, un derecho acotado

**D**e su definición en la LORE debe resaltarse, en primer lugar, que se trata de un derecho subjetivo y personal, derivado del propio tratamiento constitucional de la persona, en este caso el profesional sanitario, para quien el cumplimiento del deber que le impone la Ley choca con sus propias convicciones ideológicas, políticas, vitales o religiosas, de manera que la no consideración de las mismas y el correspondiente mantenimiento de la obligación supondría desconocer su propia dignidad pues sería tratado como un objeto al servicio de una determinada función y no como un sujeto, como una persona. Justo por eso, porque surge de su propia dignidad afirmada en el artículo 10 de la Constitución española, como fundamento del orden político y de la paz social, se trata de un derecho fundamental y estrictamente individual, que no puede proceder sino de su propia convicción y no puede ser transmitido a ninguna otra persona o grupo. Y el objeto del mismo es la (no) atención de las demandas de actuación sanitaria reguladas en la LORE. Sólo, por tanto, afecta al personal sanitario y sólo, por tanto, se limita a las actuaciones sanitarias. Cualquier otra comprensión excedería de lo que la propia Ley define como objeción de conciencia objeto de su regulación. Regulación, por cierto, contenida en el artículo 16 de la Ley, que afirma:

«Artículo 16. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

\* Catedrático de Derecho penal. Universitat de València

2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal».

## Colisión entre conciencia y norma

El Comité de Bioética de España, por su parte, entendió por objeción de conciencia «la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia». Incluye la existencia de una norma jurídica de obligado cumplimiento cuyo contenido puede afectar a las creencias de los individuos y que no puede obviarse sin incurrir en sanción, la existencia de un dictado inequívoco de la conciencia individual opuesto al mandato jurídico, la ausencia en el ordenamiento jurídico de normas que permitan resolver el conflicto o posibiliten alternativas aceptables para la persona que objeta, y la manifestación por parte del propio sujeto del conflicto surgido entre la norma y su conciencia. En este caso, sin embargo, la norma sí prevé, de forma clara, la solución del conflicto, exonerando al objetor de la obligación de actuar y estableciendo una regulación suficiente que permite delimitar los supuestos de objeción individualizada de conciencia y sus efectos, que nunca podrán suponer la negación efectiva del derecho a morir dignamente que establece la LORE.

## Sujetos y actuaciones dispensados

Antes de analizar el alcance subjetivo, que hemos señalado que afecta exclusivamente a los profesionales sanitarios que, como detalla la norma estén “directamente implicados en la ayuda para morir”, es necesario determinar cuáles son los comportamientos que se exigen con carácter general y que puedan efectivamente colidir con convicciones personales. En otros términos, resulta necesario **concretar qué conductas** pueden ser objeto de la negativa del profesional a su cumplimiento, por razones de conciencia.

La prestación, propiamente dicha, de la ayuda a morir a cuyo procedimiento, por lo que se refiere a los profesionales sanitarios, nos hemos de referir inmediatamente, es la definida en el artículo 3 g) de la siguiente manera: «Prestación de ayuda para morir: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:



1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte».

La prestación de ayuda para morir constituye, de manera clara, el objeto principal de la objeción. Y ésta se ha de prestar, de conformidad con el artículo 11, que señala:

«Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda para morir.

1. Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación.



*En el caso de que el paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.*

*2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.1.º) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.*

*3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g. 2.º) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento».*

El precepto reproducido se refiere, de manera explícita, **al médico responsable y al resto de los profesionales sanitarios**. Estamos, pues, ante un equipo médico capitaneado por el médico responsable, al que el artículo 3 d) define como «*Médico responsable: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales*». Y debe delimitarse cómo se adquiere la condición de médico responsable, porque podría resultar que tal condición, de la que depende la inmensa mayoría de las acciones previstas en la ley, fundamentalmente en sus artículos 5, 6, 7, y 8 a 11 determinara justamente el objeto de la objeción. Puede decirse, pues, que el primero y, como se verá, principal objeto de la objeción de conciencia es la negativa a ser médico responsable. Él constituye el principal ejecutor de la prestación y a él habrá acudido el paciente para obtenerla. Podemos afirmar rotundamente que la objeción de conciencia tiene como objeto fundamental la negativa a adquirir la condición de médico responsable. Y cabe añadir que tal condición es general; es decir, ha de tratarse de una negativa que afecte a todos los casos. Resultaría absolutamente incoherente y, en mi opinión, inaceptable admitir una negativa casuística que distinguiera en función de la persona que pueda ser objeto de la prestación. La conciencia individual no puede resultar compatible con unos supuestos de práctica de la eutanasia y no permitir otros.

### **Más actores concernidos por la dispensa**

En el procedimiento participa también el denominado "médico consultor" «*facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no*

*pertenece al mismo equipo del médico responsable*», de acuerdo con la definición del artículo 3 e). Conforme al artículo 8, 3. «*El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas*», y de acuerdo con el número 4 del propio artículo, «*en caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones del artículo 5.1, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación en los términos previstos en el artículo 7.2*».

También, por tanto, podrá objetarse sobre la condición de médico consultor. Ciertamente estaríamos más ante una simple renuncia a la emisión de un dictamen que a una

**Es al Sistema Nacional de Salud a quien corresponde garantizar el cumplimiento del derecho a recibir la prestación de la ayuda para morir**



---

## La objeción es un derecho subjetivo y personal, derivado del propio tratamiento constitucional de la persona

profesionales sanitarios que pertenecen al equipo que realiza físicamente la prestación y asiste al paciente durante todo el proceso: puede tratarse de médicos, enfermeros o auxiliares clínicos. Es necesario que su intervención sea directa, lo que significa que han de intervenir en el procedimiento mediante actos sanitarios. No es admisible extender el derecho a la objeción a labores administrativas o de suministro o vigilancia de los centros sanitarios; en definitiva, a las labores que se prestan en dichos centros con carácter general por celadores, administrativos, aún los de máximo nivel, empresas suministradoras, entre las que cabe incluir a las farmacéuticas, etc. Ninguna de esas funciones supone una intervención directa en el proceso.

### El papel de las Instituciones Sanitarias

Cuestión a determinar es el ámbito sanitario en que puede producirse la objeción que, evidentemente, ha de coincidir con aquél en que se lleven a cabo las prestaciones de eutanasia. El artículo 14 establece que: «La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia». Los centros, por tanto, serán públicos, privados y concertados, al margen de que la prestación pueda llevarse a cabo en el domicilio, pues también en ese caso será realizada por el médico responsable y el equipo de profesionales sanitarios. Interesa especialmente determinar si los centros están obligados a realizar la prestación; cuestión que desborda la extensión de la objeción de conciencia. En tal sentido, afirma el artículo 13.1 que «La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública», mientras que el párrafo siguiente atribuye a los servicios públicos de salud la garantía del derecho a la prestación de la ayuda para morir. Por tanto, la prestación puede ser realizada por el personal sanitario que desarrolla su labor en centros públicos, privados o concertados. Parece obvio que sólo mediante el procedimiento establecido para la objeción de conciencia puede producirse una negativa en centros públicos y concertados, donde se llevan a cabo las prestaciones

práctica directa sobre el paciente. Y también en este caso, la negativa habrá de ser general: no es aceptable que se admita la labor de consulta en unos supuestos y en otros no.

Finalmente, debemos referirnos al resto de los pro-



incluidas en el común de servicios del Sistema Nacional de Salud, sin que estos centros puedan llevar a cabo una negativa general a la prestación que sólo puede producirse de manera individual. En mi opinión, sin embargo, no puede establecerse ninguna obligatoriedad de llevar a cabo la prestación a los centros estrictamente privados en los que no haya una intervención del INSS ni, por consiguiente, será necesaria la objeción individual de su personal para que tal negativa se produzca. Es al Sistema nacional de Salud a quien corresponde garantizar el cumplimiento del derecho a recibir la prestación de la ayuda para morir. Y eso no supone obligación alguna para los centros privados, aunque sí, obviamente, para los concertados y los centros públicos cuya gestión haya sido encomendada a una entidad o empresa privada; centros que deberán incluir la prestación de la ayuda para morir y en los que, debe repetirse, la objeción sólo puede tener carácter estrictamente individual.

### El Registro como herramienta de gestión

Cómo ya se ha señalado más arriba, el artículo 16.3 prevé la creación de un registro de profesionales sanitarios objetos de conciencia a realizar la ayuda para morir. Esa previsión tiene la clara finalidad de hacer posible la organización, mediante el necesario control, del personal de que se dispone. No resultan comprensibles las críticas que se han llevado a cabo en determinados círculos alegando su no necesidad y la conculcación de la protección de



Administración de un fármaco intravenoso

datos sensibles. Lo primero no es convincente, pues se trata de un instrumento indispensable de organización; lo segundo desconoce la propia redacción legal que garantiza la confidencialidad y el estricto sometimiento a la

---

### **No es admisible extender el derecho a la objeción a labores administrativas o de suministro o vigilancia de los centros sanitarios**

normativa de protección de datos de carácter personal. La objeción de conciencia a la ayuda para morir no es algo que pueda pertenecer a la intimidad del profesional desde el momento en que afecta al ejercicio de su actividad y tiene evidentes efectos en la organización sanitaria y, sobre todo, en los derechos de los pacientes. La objeción de conciencia supone el ejercicio de un derecho constitucional que ha de ser regulado para no conculcar las garantías al ejercicio efectivo de la prestación, e incluso las del propio objetor cuya decisión deberá ser propia, individual, independiente y firme, así como general, sin que quepan objeciones parciales en función de la modalidad de la prestación, el lugar donde ésta se lleve a cabo o la persona solicitante. El Registro es, por todo eso, un instrumento esencial para garantizar el propio reconocimiento de la objeción de conciencia.

## **La dignidad personal fuente de los dos derechos**

La objeción de conciencia a la prestación de la ayuda para morir es un derecho fundamental derivado de la propia dignidad de la persona, como también lo es el reconocimiento del derecho a la ayuda para morir dignamente. Se trata de un derecho que se reconoce a los profesionales sanitarios que hubieran de intervenir directamente en la prestación y que ha de ejercerse de manera estrictamente individual. Su reconocimiento ha de constar en el Registro de profesionales creado por la correspondiente administración sanitaria. Los Servicios Públicos de Salud han de garantizar la efectividad del derecho a la prestación sin que ello suponga el establecimiento de la obligatoriedad de la misma en

---

**La objeción nunca podrá suponer la negación efectiva del derecho a morir dignamente que establece la LORE**

centros estrictamente privados que no reciban financiación pública directa o indirectamente. Esa efectividad sí ha de suponer la suficiencia de los medios materiales y, sobre todo, humanos para que ninguna prestación que se ajuste a los requisitos legales, pueda quedar desatendida. La regulación contenida en la LORE es adecuada y suficiente para garantizar los derechos que los ciudadanos han de poder ejercer en un Estado social y democrático.



Abascal presenta el recurso contra la Ley de Eutanasia en el Tribunal Constitucional. EUROPA-PRESS



Hostigada por no objetar. Ilustración de El desconcierto.cl

# El **grave sinsentido** de la objeción de conciencia

Siempre se habla del imperio de la ley y que la ley está para ser cumplida, sin embargo, la LORE –LO 4/2021 de 24 de marzo– abre una fisura en tal imperio al reconocer el derecho a la objeción de conciencia

Fernando Pedrós\*

**S**e entiende por objeción de conciencia (en adelante OC) el derecho individual a no atender aquellas demandas de actuación que resultan incompatibles con las propias convicciones morales. Y este derecho se lo concede la LORE al médico que se sienta, según su criterio moral, ajeno a la acción eutanásica. Parece ser que en la legislación sobre temas relacionados con la “vida humana” se instala siempre la objeción de conciencia. Ayer fue en el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, la contracepción, la terapia con células madre embrionarias, la píldora postcoital, etc. y hoy le toca a la eutanasia...

\* Filósofo y periodista

Acepto el imperio de la LORE aunque mi conciencia está en contra de ciertas restricciones a la autonomía personal que impone la ley y por ello, llevado por mi criterio ético, me gustaría poder ser objetor y actuar con libertad ética. En este momento prescindo de analizar por qué un criterio de conciencia puede dar paso a la objeción como ocurre en el artículo 3 de la LORE y otros criterios de conciencia son rechazados. Espero que a lo largo de la lectura de este escrito, sin tratarlo directamente, quedará suficientemente claro. La primera pregunta antes de analizar la figura de la OC sería: ¿la inclusión de la OC en la ley se debe al pensamiento y criterios de los políticos que hicieron propuestas para esta ley y que se

dicen de izquierda; se debe a que estiman que la ciudadanía demanda esa supuesta libertad del médico para retirarse de una tarea que considera contraria a su moral o ideología particular; o es que se teme por un lado a la beligerancia, a veces agresiva, de los obispos y adláteres y, por otro, al reaccionarismo corporativista de organizaciones médicas?

## Historia legal de la objeción

La OC tiene una historia en España que no habría que olvidar para nuestro caso tanto como teoría como praxis. Empezó con el joven Pepe Beunza, que se negó a hacer el servicio militar y pagó con la cárcel (1971). La OC al servicio militar tuvo dos tiempos: el del franquismo –en que la OC suponía cárcel–, y la del servicio sustitutorio. Hoy, con un ejército profesional, no cabe la OC. Después ha llegado la OC de profesionales sanitarios al ejercicio de la interrupción del embarazo.

La objeción se ha traducido de hecho en que el aborto ha quedado excluido en la práctica en la sanidad pública y ha tenido que refugiarse en clínicas y grupos privados. Como en el momento de su redacción y aprobación no existía todavía una ley que atendiese a la objeción, la Constitución Española en el art. 30,2 habla de la objeción de conciencia al servicio militar y admite, por tanto, expresamente tal OC. Más adelante el Tribunal Constitucional (TC) ha reconocido el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario al aborto (STC 53/85, de 11 de abril). No obstante, el TC no acepta el derecho general a la objeción de conciencia frente a todo deber exigible; solo existe el derecho a la objeción si es reconocido por la Constitución (CE) o por las leyes (STC 160 y 161/1987, de 27 de octubre) en razón de sus efectos perniciosos puesto que “supondría la negación misma de la idea del Estado” y un riesgo de relativización de los mandatos jurídicos.

Si la OC “es el derecho individual a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con las propias convicciones” (LORE, art. 3,5), se está diciendo que quien objeta una ley por razón de su propia conciencia tiene unas convicciones que están por encima de la ley –que hay que presuponer que está acorde con los valores constitucionales–, y tiene derecho a esa identidad particular como creyente que le hace ser diferente a los demás. El tal derecho a simple vista aparece como un privilegio que concede el Estado siendo así que el mismo Estado es consciente de que esa concesión supone “la negación misma de la idea del Estado” y relativiza la fuerza de los mandatos legales.

## Trampas políticas

Hablando de OC valga recordar un episodio del rey Balduino de Bélgica en abril de 1990 que leído en la prensa resulta un tanto curioso y analizado políticamente es demasiado frívolo. El rey era católico y contrario a la ley de despenalización del aborto que había sido aprobada por el Parlamento. En su conciencia chocaba la inmoralidad del aborto y tener que echar su firma al texto de la ley. La solución que encontró el gobierno belga para apaciguar el malestar de conciencia del monarca fue la renuncia al trono durante 36 horas: el rey dejaba momentáneamente sus poderes por “la incapacidad temporal para reinar del representante de la Corona” (art. 82 de la Constitución belga).

La OC surge en razón de la secularización de la sociedad y de que las leyes lentamente han ido escapando de la influencia eclesiástica en su elaboración y vigencia. Re-

cordemos que hasta hace unas décadas en época de nacionalcatolicismo incluso los obispos se sentaban en escaños de las Cortes franquistas y el católico de entonces podía cumplir las leyes sin necesitar de objetar pues eran leyes aprobadas con censura eclesiástica. Hoy en día ante algunas leyes, sobre todo referentes a la vida y la familia, la jerarquía eclesiástica y el alma católica pueden sentirse heridos por el imperio de la ley y de ahí que como excepción a la norma general se establezca la OC en régimen de concesión. El creyente que se acoge a ella deja entrever que la moral pública que permite las conductas eutanásicas es una moral de segunda categoría y que, como creyente, su referencia a dios

le obliga a actuar con criterios menos laxos de acuerdo con las exigencias del mandamiento “no matarás”, entendido y asumido a lo católico. El objetor, como médico, siente la compasión humana por el enfermo sufriente, pero no puede ser tolerante con ciertas posturas y tiene que acatar la voluntad divina por encima de la voluntad de morir de la persona que le pide ayuda.

Al parecer el legislador ha advertido que la LORE nacía en el espacio político de una sociedad plural y secularizada y que podía chocar y lesionar la norma moral católica ante la muerte y que algunos médicos podrían sentirse lesionados en su conciencia. Por tanto, la medida de la OC abre un camino de liberación de una situación conflictiva. Por lo visto, la ley está considerando al objetor como un ciudadano de mayor sensibilidad moral que el ciudadano que acata la ley y la cumple sin reparo moral y, por tanto, hay que darle un apoyo especial. La OC crea, pues, una excepción un tanto contraria al art. 14 de la Constitución que norma que todos somos iguales y que no puede prevalecer discriminación alguna por nacimiento, raza, sexo, religión... Es más, España es

---

**El mismo Estado es consciente de que conceder la OC supone “la negación misma de la idea del Estado” y quiebra el imperio de la ley**

aconfesional, pero no tiene inconveniente en conceder privilegios a una confesión que se considera con categoría nacionalcatólica.

## La falta de sentido de la OC

No quisiera entrar en disquisiciones, pero me llama la atención una reflexión de la Biblia que dice que “quien dice que ama a dios a quien no ve y no ama al prójimo a quien ve, esa miente”. No se trata de una mentira de meras palabras sino de una actuación-mentira más seria y significativa al ser un fraude de existencia: el católico-objector prefiere servir a dios que al humano que se comporta éticamente, ejerce su derecho a morir y acata la ley. Si la OC conlleva esta postura tan ajena a lo humano, es sin duda alguna más ético y digno el comportamiento del médico agnóstico –o el médico humanamente cristiano– que se siente solidario prestando la ayuda que le pide el enfermo.

Hace ya un tiempo, en un escrito firmado por un médico, leía que el médico que no esté dispuesto a prestar servicio de asistencia para un aborto o una eutanasia debiera dejar de ser médico. Comprendo y comparto la intención y pretendida significación de tal postura, pero tiene una fácil respuesta desde la mentalidad vigente en nuestra sociedad. Cualquier médico podrá decir que es muy libre para elegir tal profesión y ejercerla e incluso podrá añadir una retahíla de argumentos: que puede objetar por su libertad de conciencia, por estar comprometido en el juramento hipocrático, porque su comportamiento está de acuerdo con la libertad religiosa, etc. Pero siempre cabe preguntarse si de veras esa OC, aunque sea legal, es una objeción legítima. Entender el sentido o el sinsentido de la OC supone repensarla desde dos perspectivas: la propiamente de la creencia cristiana o bien desde la virtud pública de la solidaridad ciudadana pues en mi opinión desde ambas perspectivas pueden apreciarse incongruencias que obligan a rechazar la OC, aunque legalmente sea posible su ejercicio.

En primer lugar, el objetor debiera advertir que no hay libertades y derechos absolutos, sino que tienen un límite marcado por la libertad y el derecho de los otros. Por otra parte, en una sociedad plural y ética el médico objetor sufre sin duda la arrogancia del que posee la verdad y se siente miembro de una élite de aristocracia moral por encima de la moral pública, moral de la plebe. Su pretendido nivel socio-moral le hace ser intolerante y rechaza la libertad y el criterio del otro (el enfermo que éticamente le demanda ayuda) que se encuentra, además avalado por la ley. Es intolerante porque el contenido de la ley no le agrada, lo desaprueba, no lo puede cambiar y por ello meramente lo soporta, pero se desentiende de él porque no puede implicarse y lo rechaza con su OC y así evita contagiarse. Por el contrario, en una sociedad plural y laica el comportamiento del médico debiera ser de honestidad: ser respetuoso con los demás, no juzgar a otras personas ni a los diversos criterios morales que son tan

honestos como el suyo propio. En un mundo plural hay que respetar la conciencia de identidad y la autonomía de cada cual sin intentar valorar y comparar lo que pudiera considerarse mejor o peor dentro de la moral pública. Y, como decía Max Weber, no hay que caer en la “abyecta manía clerical de utilizar la moral como instrumento para tener razón”.

## La incongruencia ante la virtud pública

La dimensión religiosa de un individuo no pertenece a su espacio público (ciudadano) sino al privado. Fue dominante durante siglos, pero con la secularización ha quedado reducida a dimensión privada por lo que, cuando un médico hace uso de la OC prescinde de su dimensión pública, para cobijarse con talante individualista en su dimensión privada: se religa (dimensión religiosa) solo con su particular dios despreocupándose de su *referencialidad* a los humanos con los que convive, y se engaña al creer que su moral religiosa está por encima de la moral laica pública que le vincula con sus conciudadanos. Este sujeto, del que hipotéticamente hablamos, descuida su pertenencia a la comunidad política (pública), no tiene en cuenta su socialización, su relación intersubjetiva con sus conciudadanos y muy en especial con quien le pide ayuda para morir. Además, no ha comprendido que las leyes las hace la soberanía popular –es decir, todos– y no un poder trascendente –dios– o una institución no democrática –la iglesia– y que la ley nos obliga a todos por igual y que la socialización está en relación activa con la

---

Ya en democracias los insumisos sufrieron penas de cárcel.  
Foto: Patxi Cascante\_Diario de Noticias de Navarra



---

**Un médico no dispuesto a prestar servicio de ayuda eutanásica o en una interrupción de embarazo debiera abandonar su profesión asistencial**



Protesta contra la objeción de conciencia en el aborto

solidaridad. Cuando la LORE dice que el Estado se hará cargo de dar respuesta de ayuda para morir al ciudadano que cumpla los requisitos establecidos, ese Estado no es una entidad abstracta sino somos la comunidad de ciudadanos que hemos de comportarnos activamente y no como ciudadanos pasivos y esta realidad política urge todavía más a aquellos ciudadanos profesionalizados y comprometidos en el campo sanitario. Aceptar una ley que es lo primero que tiene que hacer un sujeto cuando la ley se promulga es asumirla como algo propio, lo ético es actuar y no escapar del deber público refugiándose en lo privado. Ahora se comprende que el médico escribiera en su artículo que el colega que no estuviera dispuesto a ayudar a morir “debiera dejar de ser médico” y que siguiera siendo creyente.

### **Libertad individual e interés común**

Hoy en día se propende a ejercer la propia libertad con un talante individualista y a considerar la sociedad, la ciudad, como un espacio donde hay posibilidades y recursos que uno instrumentaliza para poder servir al interés propio o al interés del entorno cercano al propio yo. Se pierde la conciencia colectiva, el interés común, la dimensión pública que tienen algunos bienes y se convierten en bienes de dimensión privada que cada uno busca y atiende según su propio interés. Es la concepción del individualismo ético. Y muy posiblemente la objeción de conciencia sea una manifestación de este individualismo ético por mucho que se camufle bajo la excusa de la libertad de conciencia. Y lo que se pondera como libertad de conciencia y libertad religiosa bien puede ser una falta real de conciencia colectiva.

El problema de la OC no se cifra solamente en el fraude cívico (público) del ciudadano que se despreocupa y no se compromete con el deber público que le afecta como

ciudadano con la excusa de la exigencia de la moral católica. El fraude se extiende al mismo planteamiento y solución que da la LORE. A la persona que solicita ayuda para morir si cumple con las condiciones establecidas en la LORE el Estado se compromete a prestarle asistencia para morir y ante esta realidad lo congruente y normal sería que ningún médico pudiera negarse a tal ayuda puesto que se trata de un bien público reclamado por un ciudadano y ha de ser prestado por un médico que profesionalmente viene a ser un representante público que cumple con el deber del Estado de ayudar a morir a un ciudadano y, por tanto, no puede negarse. Además, el médico no ejerce ninguna tutela sobre el enfermo: la relación enfermo-médico ha de ser entendida desde la autonomía del enfermo que es el protagonista de su vida y su muerte. El médico al objetar y la misma LORE dando paso a la OC rompen el sentido de la salud como bien público y la dimensión pública del ciudadano-médico comprometido en un sistema nacional.

---

**El objetor sin duda se siente miembro de una élite de aristocracia moral por encima de la moral pública, moral de la plebe**

### **La objeción como pseudoproblema**

De todo lo dicho deduzco que la objeción de conciencia no es un problema sino un claro pseudoproblema puesto que es un montaje de dos poderes —religioso y político— que hace siglos se maridaron y todavía a pesar de los cambios históricos y de los procesos de secularización no han sabido divorciarse o quizás por conveniencias políticas prefieren vivir en un espacio de relaciones ambiguas. Es un pseudoproblema por el hecho de que, si el contenido y fundamentos

de la objeción se analizan críticamente, se tambalean y vienen abajo. La conclusión congruente sería que como falso problema debiera desaparecer por exigencias de una racionalidad ética y legal. El espacio público es plural, solo tiene una ética pública y solo reconoce a esta como verdadera norma moral. La polis no tiene Biblia, pero sí una Carta Magna que es la Constitución como pauta moral de convivencia que los españoles nos hemos dado. El católico podrá decir que le concierne una ética con base trascendente como doctrina revelada. Este es un argumento que la polis no puede ni racionalmente entender ni democráticamente atender puesto que desde la razón pública tal aserto no pasa de ser de contenido mítico y sin validez en una deliberación pública. Lo extraño –y todavía más lo jurídicamente aberrante– es que el tema de la OC a la ayuda a la eutanasia haya estado presente en la deliberación y se haya positivizado en el texto legal de la LORE y para colmo el informe de la Comisión Nacional de Bioética defiende que



Los obispos piden abiertamente la objeción a la eutanasia. EUROPA PRESS

los hospitales privados pertenecientes a la iglesia católica puedan constituirse como sujeto moral colectivo que tiene su credo institucional y que es una institución donde se vive una ética colectiva.



Manifestantes a favor de los presos por objeción de conciencia



Si se  
convierte en  
desobediencia  
no está  
protegida por  
la ley



Celebración de la aprobación de la LORE en la Puerta del Sol – DMD

## ¿Objeción de conciencia?

Con la aprobación de la LORE, ley que va a permitir que en determinados casos se ponga en práctica la ayuda a morir, las instituciones y personas que están en contra de la misma se afanan por encontrar argumentos que la hagan inoperante, ya que no han podido evitar su aprobación. Por ese motivo, están reclamando la objeción de conciencia

Julen Goñi\*

**D**esde un punto de vista ético, resulta sorprendente que quienes, como la jerarquía de la iglesia católica y sus incondicionales fieles, nunca han apoyado la objeción de conciencia a la guerra, al servicio militar o a las obligaciones que sus creencias han impuesto a toda la ciudadanía durante siglos, llegando incluso a negar la apostasía, aparezcan ahora como abanderados e impulsores de ese derecho. Pero, aparte de esta contradicción ética, existen otras cuestiones ligadas a la objeción de conciencia que merece la pena aclarar.

La Constitución Española recoge en su artículo 20 el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional de los profesionales de la información, y en el 30 el derecho a la objeción de conciencia, pero referida a la realización del servicio militar. Los padres del texto no previeron otra objeción en el horizonte, lo cual no dice mucho en su favor, y obligaron al Tribunal Constitucional a que decidiese, caso por caso, las distintas demandas de objeción de

conciencia que han ido surgiendo, como, por ejemplo, el caso del derecho al aborto o el derecho de los Testigos de Jehová a negar la transfusión de sangre cuando exista peligro de muerte.

### De la objeción de conciencia a la desobediencia civil

Ahora, quienes están en contra de la LORE anuncian su objeción de conciencia y animan a otros a hacerlo, contraviniendo la "individualidad" y "privacidad" que es exigible a la objeción, y pasando a convertirla en desobediencia civil, que no está protegida por ninguna ley. Sin embargo, esa posibilidad de objetar ya les es concedida gratuitamente en el texto legal, al igual que ocurrió en el caso de la objeción de conciencia al aborto. Y digo gratui-

\* Catedrático de Filosofía de EEMM. Miembro de DMD-Euskadi

tamente, porque, a diferencia de la objeción al servicio militar, que estaba penada con la obligación de realizar una "prestación social sustitutoria", quienes la ejerzan a la ley del aborto o a LORE no deberán realizar ninguna actividad sustitutoria, ni tendrán ningún tipo de sanción por ello, contrariamente a lo que debería ocurrir, según afirman autores reconocidos al respecto (*"Tampoco pretende el objetor la exoneración de un deber jurídico, lo que atentaría contra el principio de igualdad, sino la sustitución de este deber por otro deber social, incluso, si es preciso, más oneroso que el deber excepcionado"*). La objeción de conciencia. Ramón Soriano). Por eso, es preciso que el rechazo a la ley aprobada en el Parlamento tenga algún tipo de repercusión en las personas que lo ejercen en el ámbito de la Sanidad Pública o privada subvencionada, ya que, en caso contrario, otras muchas podrían objetar alegando motivos de conciencia, cuando en realidad estarían buscando ser eximidos de una actividad que puede no ser de su agrado, y obligando de paso a otras personas a cubrir el vacío que ellas provocan.

Para solventar esta situación claramente injusta, y siempre refiriéndonos al ámbito de la sanidad pública o subvencionada con fondos públicos, se deben distinguir dos situaciones: una, la de las personas que ejercen como médicas, o están cursando la carrera de medicina en el momento de la aprobación de las leyes y, dos, la de quienes no ejercen o no la están cursando en ese momento. La objeción de conciencia solo debería ser aceptada para el primero de los casos, porque cuando esas personas iniciaron su vida laboral no existían las leyes que obligan, en determinadas circunstancias, a ayudar a morir o a abortar. Aun así, las personas objetoras deberían suplir a aquellas que sí están dispuestas a cumplir la ley en tareas que supongan un tiempo similar al que estas últimas dedican al cumplimiento de la misma.

En el segundo supuesto, es decir, en el caso de las personas que comienzan sus estudios de medicina después de la aprobación de la LORE o de la ley del aborto, no debería aceptarse la legalidad de la objeción de conciencia, porque en ambas leyes se recoge que las prestaciones de ayuda para morir o de anticoncepción estarán incluidas en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y serán de financiación pública, lo que significa que también deben estar incluidas dentro del conjunto de actividades que deben desempeñar los y las profesionales de la sanidad pública o subvencionada con fondos públicos y, por lo tanto, deberían conocer que la actividad



Comité de objeción de conciencia, según Malaimagen

**Quienes nunca han apoyado la objeción de conciencia a la guerra o al servicio militar, aparecen ahora como abanderados e impulsores de ese derecho**

profesional a la que aspiran incluye la posibilidad de tener que ayudar a morir o a abortar a quienes así lo demanden, eso sí, cumpliendo con los requisitos que las leyes establecen. Alegar problemas de conciencia a posteriori sería actuar de mala fe, como bien señaló Sartre, porque

a nadie se le obliga a estudiar medicina y a querer ejercerla en el ámbito de la salud pública si eso le va a acarrear problemas con su conciencia. Existe el ámbito privado para aquellas personas que objetan, y eso no supone cerrarles la posibilidad de elegir su profesión. En la enseñanza, por ejemplo, muchas personas no pueden objetar al adoctrinamiento religioso y trabajar en un centro privado que tenga ese carácter, es decir, no cabe la objeción de conciencia, porque, o no eres admitido, o eres despedido con todas las "bendiciones" legales. Nadie, que yo sepa, ha puesto en cuestión la imposibilidad de trabajar en un centro privado objetando a su ideario, pero quienes defienden lo privado ponen el grito en el cielo cuando en los centros públicos no

se aceptan sus objeciones. La hipocresía no debe ser la que gane. Las personas que aspiran a ser profesionales de la salud tienen capacidad intelectual suficiente como para distinguir que lo público y lo privado no pueden regirse por los mismos principios en una sociedad que claramente los distingue.

**Objeción de conciencia: un derecho individual**

Además de lo dicho hasta ahora, hay otra cuestión referente a la objeción de conciencia que es preciso reseñar. Es evidente que se trata de un derecho individual, y no colectivo, porque esa es la característica principal que define a la conciencia, pero, y aquí entramos en el

dilema ético-jurídico, también es un derecho reconocido el poder acceder a la ayuda para morir, en determinadas circunstancias. ¿A qué se le da prioridad? No se puede escamotear la respuesta diciendo que si una profesional se niega a ayudar a morir se puede recurrir a otras que sí estén dispuestas a llevarla a la práctica, porque estamos hablando de prioridad de valores, no de problemas prácticos o de gestión.

En mi deambular por los derroteros de la filosofía y de la ética, he asumido un método para juzgar las situaciones como la que acabo de plantear: se trata de situar el conflicto en la situación más extrema imaginable, para determinar qué es lo más deseable desde el punto de vista ético. En el caso que nos ocupa esa situación límite consistiría en suponer que la persona que solicita la eutanasia cumple con todas las condiciones exigibles, pero solo hay una

profesional sanitaria que la puede llevar a la práctica, y que se declara objetora de conciencia. Lo que resolvamos en este caso será el paradigma para juzgar qué tiene preferencia desde el punto de vista axiológico, el derecho a la ayuda para morir o el derecho a la objeción de conciencia. Yo considero que, sin lugar a dudas, es el primero de los dos el preferente, porque en la relación médica-paciente quien tiene la prioridad es la paciente para decidir sobre su existencia, y a la médica le corresponde ayudar a la paciente en sus decisiones. Lo contrario significa convertir a la profesional sanitaria en el fin de la medicina y no en el medio para su aplicación.

---

**Las personas  
objedoras deberían  
suplir a aquellas  
dispuestas a  
cumplir la ley en  
sus tareas**



## Fe de erratas DMD n.º 85

En el modelo de testamento vital que encartamos en la página 34, en el apartado "DECLARACIÓN DE TESTIGOS" se indicaba que los testigos no pueden ser representantes. Ello es cierto en la Comunidad de Madrid pero no en otras comunidades. Insistimos en la necesidad de consultar las peculiaridades de cada comunidad autónoma y su legislación.

En el artículo "CÓMO TRATAR LA MUERTE EN EL AULA", al final de la página 38, continuando en la 40 se omitió el texto: «...alumnado.

### **Introspección de los enseñantes.**

*Antes de tratar el tema de la muerte y las pérdidas con el alumnado, es necesario que el profesorado tome conciencia de sus propios antecedentes, miedos y prejuicios. Hemos de reflexionar sobre nuestra propia vulnerabilidad si pretendemos tratar con serenidad el tema con nuestro alumnado.*

*¿Qué educación hemos recibido de nuestra familia?, ¿se hablaba de la muerte?, ¿había una contención emocional, una expresión normalizada o una sobre exposición? Como explicaba una de las alumnas del curso en sus conclusiones: "En nuestro contexto, la influencia judeo...» cristiana.*

# Servicio público y objeción de conciencia

## Debe garantizarse el nuevo derecho a la eutanasia

Isabel Alonso Dávila\*



Fuente DMD

Desde el 25 de junio de 2021, fecha de la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), hemos adquirido legalmente un nuevo derecho. DMD ha luchado durante 37 años para conseguirlo y hemos celebrado la nueva situación legal. Sin duda es un gran paso adelante. Ahora tenemos que conseguir que este nuevo derecho se pueda ejercer con normalidad y tranquilidad.

### Armonizar, no enfrentar

La ciudadanía puede solicitar, y obtener, una muerte médicamente asistida si cumple los requisitos que marca la ley y si se encuentra en una de las dos situaciones que se contemplan en su artículo 5: «sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante». Ahora bien, la ley también establece, en el artículo 16, que «los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia». Es en la intersección de estos dos derechos donde nuestra asociación se posiciona claramente afirmando que el derecho a la objeción de los profesionales no puede suponer un menoscabo de los derechos de la ciudadanía. La propia LORE, en el mismo artículo 16, ya prevé algunos aspectos necesarios para que no se produzca esta colisión de derechos cuando dice que

*«el rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito».* Un derecho individual es eso, individual, y no podrá ser institucional, por lo que hay que garantizar que en todos los servicios sanitarios se pueda ejercer el derecho a la eutanasia. También dice el artículo 16 que *«las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar*

\* Vicepresidenta de DMD-Cataluña

Este artículo tiene su origen en la intervención que realicé en la mesa redonda que celebramos en Barcelona el 29 de septiembre organizada por Marea Blanca de Cataluña y DMD-Cat <https://www.youtube.com/watch?v=89gPRQgRu5Y> En ella recogí varias de las ideas y propuestas discutidas en nuestro grupo de incidencia política.

la ayuda para morir» que «tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir». Todavía recuerdo una de las primeras conversaciones que tuve con Luis Montes, paseando por las calles del Barrio Gótico de Barcelona en compañía también de Carlos Barra, en la que me explicaba precisamente eso, que sólo un registro de objetores podría garantizar que la administración sanitaria tomara las medidas necesarias para el ejercicio de los derechos de la ciudadanía que tuvieran reconocido por ley el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales, como la eutanasia o el aborto.

## Una experiencia inquietante

Precisamente por las situaciones conocidas respecto a las dificultades que se encuentran en algunas zonas y en muchas instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas-concertadas, respecto al ejercicio del derecho al aborto, en DMD nos preocupa que el derecho de los profesionales sanitarios a la objeción pueda significar un camino más difícil para la ciudadanía en el ejercicio de su derecho a la eutanasia. Y nos preocupa especialmente después de conocer algunas de las noticias hechas públicas recientemente, que han puesto ante nuestros ojos situaciones que de ninguna manera se deberían haber producido<sup>2</sup>.

Las personas que solicitan la eutanasia se encuentran muy frecuentemente en situaciones de gran vulnerabilidad y, para ellas, toparse en el camino abierto por su solicitud con profesionales objetores y, por ello, verse obligados a realizar cambios significará sumar complicaciones y aumentar el sufrimiento. Esto debería ser tenido muy en cuenta por los profesionales que, en el camino de la puesta en práctica de la ley, como ha sucedido con el derecho al aborto, lleguen a convertirse en objetores, algunos de conciencia, quizás otros solamente de conveniencia.

## Entre el optimismo y la preocupación

Para analizar bien las situaciones que se pueden dar, hemos de decir que tenemos motivos para el optimismo, sabemos que en muchos lugares se está accediendo a la prestación de la ayuda a morir con serenidad y contando con el buen hacer de los profesionales sanitarios y su compromiso con el servicio público y el cumplimiento de la ley. Pero también hay motivos para la preocupación. Algunas opiniones y situaciones hechas públicas nos hacen sospechar que determinadas instituciones sanitarias, especialmente las privadas concertadas con connotaciones religiosas católicas, pueden suponer que para las personas que deseen recurrir al camino de la muerte médicamente asistida en sus instituciones, o a través de

profesionales ligados laboralmente a ellas, éste se pueda convertir en un camino de espinas que sume más dolor al que ya sufren por su enfermedad o padecimiento.

Un motivo para el optimismo es el que durante los años 2018 y 2019, en pleno debate sobre la legalización de la eutanasia, hemos ido conociendo la opinión de los profesionales a través de las encuestas realizadas por diversos colegios de médicos (Vizcaya, Madrid, Tarragona y Las Palmas). En la página web del Colegio de Médicos de Vizcaya podemos consultar las encuestas de estos cuatro colegios y también descargar un análisis comparativo sobre los resultados obtenidos en los distintos colegios<sup>3</sup>. Y esto es especialmente útil dado que el Colegio de Médicos de Madrid ha eliminado de su página web los resultados obtenidos en su encuesta, realizada durante la presidencia anterior a la actual. Así hemos podido ver un cambio hacia la no transparencia iniciado por la nueva junta directiva, dada la actitud beligerante contra la eutanasia que mantiene el actual presidente. También el colegio de enfermería de La Rioja realizó una encuesta sobre la opinión de sus colegiadas sobre la eutanasia<sup>4</sup>.

## Encuestas a profesionales que tranquilizan

Si de las encuestas realizadas por los colegios de médicos nos fijamos en los resultados a la pregunta sobre si solicitarían la objeción de conciencia podemos ver que de los y las colegiadas de Madrid la solicitarían con total seguridad el 25%; en el caso de Vizcaya, un 19%; en el caso de Tarragona, un 15% y en el caso de Las Palmas, un 21%. Incluso sumando a estos porcentajes los de los que creen que sí objetarían, pero no están totalmente seguros (13, 9, 16 y 7% respectivamente), podemos ver que un amplio número de profesionales no serían objetores. Con total seguridad no objetarían un 32% de los de Madrid, un 41% de Vizcaya, un 28% de los de Tarragona y un 40% de Las Palmas, a los que habría que sumar los porcentajes de los que creen que no objetarían, pero sin estar totalmente seguros (16, 20, 40 y 18% respectivamente). Aquí se puede ver el gráfico que acompaña al análisis comparativo de las encuestas, que se puede consultar en la página web del Colegio de Médicos de Vizcaya.

---

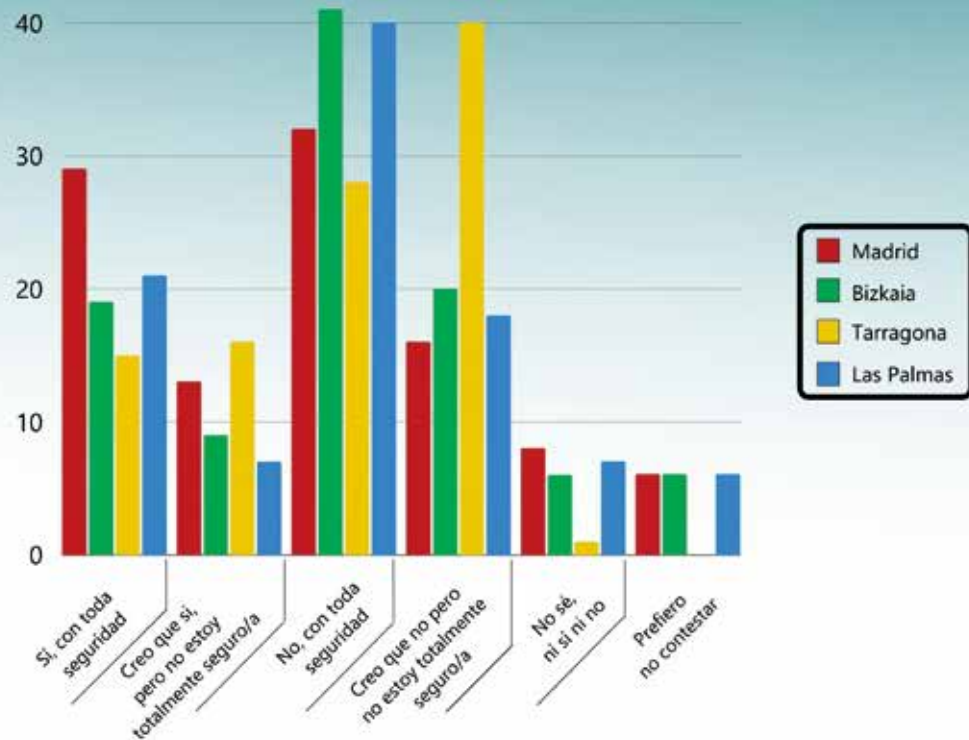
## El derecho a la objeción de los profesionales no puede suponer menoscabo de los derechos de la ciudadanía

<sup>2</sup> [https://cadenaser.com/emisora/2021/11/08/radio\\_zaragoza/1636385758\\_934591.html](https://cadenaser.com/emisora/2021/11/08/radio_zaragoza/1636385758_934591.html)

<sup>3</sup> <https://www.cmb.eus/encuesta-eutanasia-y-suicidio-medicamente-asistido-del-cmb-eutanasia>

<sup>4</sup> <https://www.europapress.es/la-rioja/noticia-mayoria-enfermeria-riojana-favor-regule-eutanasia-suicidio-medicamente-asistido-20190506130137.html>

## En caso de aprobación de la Ley de Eutanasia, ¿solicitarías la objeción de conciencia?

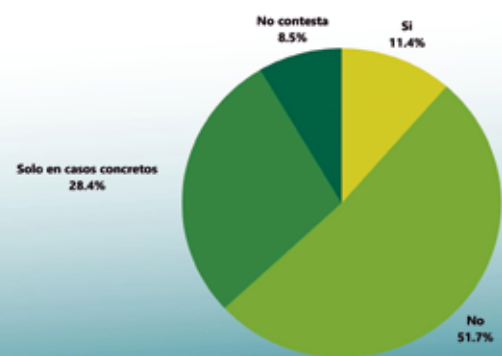


DMD sobre datos de la encuesta de cmb.eus

Con estos porcentajes, creemos que el derecho a la eutanasia podría convivir perfectamente con el derecho a la objeción por parte de los profesionales. Además, pensamos que la legalización seguramente habrá servido para aumentar el porcentaje de no objetores como nos hace prever la encuesta realizada por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña en marzo de este año, a través de los colegios profesionales de Medicina, Enfermería Psicología y Trabajo Social, con el objetivo de “dar a conocer la ley de eutanasia y captar qué opinan y necesitan”<sup>5</sup>. Respondieron a esta encuesta más de 15.000 profesionales. Centrándonos de nuevo en la pregunta sobre la objeción de conciencia, los resultados son que no ejercerían el derecho a la objeción el 51,7%, sí lo ejercerían el 11,4%. Se añaden a estos porcentajes el 28% que lo harían en casos concretos (respuesta que parece no captar muy bien el sentido de la propia objeción de conciencia, que es siempre previa al encuentro con casos concretos) y un 8,5% que no responden.

5 <https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/401518/salut-difon-enquesta-professionals-donar-coneixer-llei-deutanasia-copisar-que-opinen-necessiten>

## Cuando entre en vigor la Ley de Eutanasia, ¿ejercerás la objeción de conciencia?



TIPO DE RESPUESTA	NÚMERO DE RESPUESTAS	PORCENTAJE DE RESPUESTAS
SI	1.790	11,4 %
NO	8.081	51,7 %
SOLO EN CASOS CONCRETOS	4.442	28,4 %
NO RESPONDE	1.323	8,5 %
<b>TOTAL</b>	<b>15.636</b>	<b>100 %</b>

DMD sobre datos publicados por la Generalitat de Catalunya

## Las cifras en su verdadero contexto

Por último, según una noticia publicada en *Redacción Médica* el pasado 31 de octubre, "Madrid notifica 2.300 médicos objetores de conciencia en eutanasia". Si hacemos un simple cálculo, como en Madrid hay 44.940 médicos colegiados (según cifras de 2020), nos quedaría que sólo un 5,22% se han inscrito, por ahora, en el registro de objetores<sup>6</sup>. Y, teniendo en cuenta la campaña pro-objeción que han hecho los grupos contrarios al ejercicio de este derecho creemos que estas cifras pueden constituir otro dato para el optimismo.

Como conclusión de este apartado, podríamos decir que el derecho a la eutanasia parece estar garantizado a pesar de tener que convivir con el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales.

## Una preocupación muy justificada

Lo primero que hay que decir es que las experiencias conocidas respecto al derecho al aborto, como ya hemos señalado, nos hacen estar en guardia. Y, en este sentido, nos preocupa la presión que puedan ejercer los sectores contrarios a este nuevo derecho ya que, desgraciadamente, tienen un peso importante en el sistema sanitario español y pueden intentar por diversos medios –ya lo están haciendo en algunas autonomías– obstaculizar el ejercicio del derecho a la eutanasia, poniendo trabas a las personas que pidan ayuda médica para morir.

Los medios que pueden utilizar pueden ser diversos. Uno de ellos, la presión a profesionales sanitarios no objetores para que objeten. En este sentido, determinadas instituciones sanitarias privadas-concertadas ligadas de alguna manera a órdenes religiosas, como Los Camilos, San Juan de Dios, etc., seguramente lo intentarán. Algunos titulares leídos en diversos medios de comunicación a partir del 24 de junio, haciéndose eco de un manifiesto conjunto firmado por La Conferencia Española de Religiosos (CONFER), la Federación Lares, los Hospitales Católicos de Madrid y las órdenes religiosas de San Juan de Dios y de Los Camilos nos hicieron ponernos en guardia. La periodista de *La Vanguardia* especializada en temas de salud, Ana Macpherson, titulaba así la noticia: "Las órdenes religiosas que dirigen hospitales no aplicarán la eutanasia"<sup>7</sup>. Y una foto de Inmaculada Echevarría, en su cama del Hospital de San Juan de Dios de Granada con el respirador que le ataba a una vida que ella ya no quería vivir más, ilustra el artículo. Como pie de foto: "Ante la negativa religiosa, Inmaculada Echevarría tuvo que dejar su hospital para ser desconectada en 2007". Y sí, es muy importante recordar

hoy que Inmaculada Echevarría sufrió en un hospital de obediencia religiosa una vulneración de su derecho legal a solicitar y obtener la retirada del respirador artificial, reconocido por la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002). Podemos sospechar que también hoy, en 2021, las órdenes religiosas estarán dispuestas a seguir vulnerando el derecho a la autonomía del paciente. Sólo hay que leer atentamente una de las cosas que se dicen en su manifiesto<sup>8</sup>: "acelerar la muerte, ya sea por acción o por omisión de tratamientos y cuidados debidos a cualquier persona al final de su vida o en situación de grave discapacidad, nos parece un daño irreparable que no estamos dispuestos a infligir a nadie". ¿Dónde queda, para la Conferencia Española de Religiosos (CONFER), la Federación Lares, los Hospitales Católicos de Madrid y las órdenes religiosas de San Juan de Dios y de Los Camilos el derecho a la autonomía del paciente? ¿Dónde el reconocimiento de la diversidad de valores en la sociedad española? ¿Dónde el respeto a las leyes que rigen nuestra convivencia, aprobadas por nuestros parlamentos, y que reconocen nuestros derechos? ¿Cómo se atreven a imponer sus creencias a todas las personas que pasen por sus centros sanitarios? Es bueno recordar que el concepto de integrista religioso no lo deberíamos aplicar sólo a otras religiones.

## Boicot con financiación pública

Esta situación es más grave si recordamos que muchos de estos hospitales son centros concertados con la sanidad pública y, por lo tanto, sostenidos económicamente en gran medida con dinero público, el que sale de nuestros impuestos. Al hilo de las informaciones que salieron en la prensa los días siguientes al manifiesto citado, pudimos saber, por ejemplo, que el Hospital de Sant Joan de Déu en Esplugues de Llobregat había recibido, en 2019, 175 millones de euros de dinero público, lo que significaba casi el 90% de sus ingresos, en concreto el 87%<sup>9</sup>.

Nos recuerda Ana Macpherson en el artículo citado que hay unos 75 centros sanitarios en España regentados por órdenes religiosas. Y esta información deberá ser tenida muy en cuenta por sí, casualmente, el número de objetores en estos centros se alejara significativamente de los datos que han revelado las encuestas realizadas. Esto significaría una anomalía que la administración pública no debería permitir.

## Ni solo los religiosos ni todos ellos

Durante los días siguientes pudimos seguir, también por la prensa, cómo algunos de los hospitales catalanes de obediencia religiosa se desmarcaban del manifiesto. "Sant Joan de Déu en Cataluña respetará la ley de eutanasia"<sup>10</sup>,

6 <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/madrid-notifica-2-300-medicos-objetores-de-conciencia-en-eutanasia-3033> (Agradezco a Toni Barbarà que me haya hecho llegar el artículo, el número de colegiados en Madrid y el cálculo matemático).

7 <https://www.lavanguardia.com/vida/20210624/7553012/ordenes-religiosas-dirigen-hospitales-aplicaran-eutanasia.html>

8 <https://www.confer.es/noticias/religiosos-sanitarios-contra-la-eutanasia>

9 [https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/hospitales-eutanasia-cataluna-sant-joan-deu\\_500079\\_102.html](https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/hospitales-eutanasia-cataluna-sant-joan-deu_500079_102.html)

10 <https://www.catalunyareligio.cat/ca/sant-joan-deu-catalunya-respectara-llei-eutanasia>



titulaba el diario digital *Catalunya Religió*. Y en el texto del artículo confirmaba: “Máximo respeto a la pluralidad de nuestra sociedad y de nuestros profesionales” citando un comunicado de la Orden de San Juan de Dios en Cataluña. En el mismo artículo informaba de que “El Hospital Residencia Sant Camil respetará y cumplirá la ley de eutanasia vigente”, explicando que “el Hospital Sant Camil es uno de los hospitales que forman parte del Consorcio Sanitario Alto Penedés-Garraf, entidad 100% pública gestionada por la Generalitat de Cataluña y con participación de entidades locales”.

Pero podría ser que las presiones sobre los profesionales sanitarios no objetores se dieran no sólo en centros de nombre religioso. La experiencia del aborto y los comentarios que nos llegan desde algún Centro de Atención Primaria nos ponen sobre alerta respecto al poder que pueden ejercer algunos jefes de servicio. La información a la ciudadanía sobre el nuevo derecho y una buena formación de los y las profesionales podrá evitar, y tiene que hacerlo, la indefensión de los pacientes que quieren solicitar la prestación de la eutanasia ante los que traten de impedir el ejercicio del nuevo derecho.

### **DMD más necesaria que nunca**

En DMD continuaremos informado y asesorando a las personas asociadas, y a la ciudadanía en general, sobre su derecho a morir dignamente y a obtener, si la quieren pedir y su situación queda recogida en la ley, el derecho a una muerte médicamente asistida a través de la eutanasia. Además, tomaremos nota de las situaciones de vulneración de este derecho y ayudaremos a las personas para que eleven sus quejas a las instituciones sanitarias, a las Comisiones de Garantía y Evaluación y a las instituciones encargadas de velar por nuestros derechos, como las defensorías del pueblo. Y, cuando las

personas afectadas lo quieran hacer público, las pondremos en contacto con los medios de comunicación, que tanto nos han ayudado en la lucha por este nuevo derecho. Además, nos coordinaremos con las asociaciones y movimientos que reivindican el ejercicio de los derechos sanitarios en el sistema público de salud, como Marea Blanca y las asociaciones de mujeres que están poniendo en la agenda pública las vulneraciones que se dan respecto al derecho al aborto, para que no se opte por externalizar la prestación de derechos sujetos a la posible objeción de los profesionales a clínicas privadas. Establezcamos una estrategia conjunta. Este derecho tiene que estar garantizado en el sistema público y, evidentemente, también en los centros concertados mientras el sistema de concertados permanezca. Y estaremos vigilantes para que el derecho a la objeción de conciencia no se convierta en un obstáculo para la equidad territorial en la aplicación del derecho a la eutanasia.

### **Las administraciones públicas, garantes**

Las administraciones sanitarias deberán velar porque toda la población, viva donde viva, pueda acceder a esta prestación en la sanidad pública, sin externalizar este servicio a centros privados concertados como se ha hecho en muchos lugares con el derecho al aborto. Y, para ello, debe evitar que el personal sanitario sea presionado para objetar. Recordemos de nuevo aquí que la ley establece claramente que el derecho a la objeción es un derecho individual, nunca institucional. También deberán garantizar las administraciones que los datos recogidos en el registro de objetores servirán para reorganizar los servicios cuando sea necesario. Y garantizar que los y las profesionales, especialmente los de atención primaria, dispondrán del tiempo suficiente para el seguimiento adecuado de todos sus pacientes, también de los que realicen una demanda de esta nueva prestación de la cartera de servicios: la eutanasia.



Eutanasia: un derecho social reconocido,  
una ley aprobada, una lucha en curso

# A conciencia por una vida y una muerte dignas



No hace mucho celebramos en Barcelona un acto organizado por DMD y Marea Blanca Cataluña, entidades compañeras en esta larga lucha civilizatoria. DMD, una referencia indiscutida y admirable en esa magnífica tarea de una Muerte Digna. Marea Blanca, indomable por la Salud y la Sanidad pública

Antoni Barberà Molina\*

*Con la solemnidad laica que el tema merece, arranco haciendo memoria de tantas personas que han luchado para llegar hasta aquí. Son muchas, son entrañables, son ejemplares, no podría omitir a ninguna y es por eso que elijo una en su representación. Un recuerdo para Luis Montes, el amigo, el profesional, el luchador. Emoción sana, saludable y dignificante\*\**

\* Médico y activista de Mareas Blancas

\*\* Un recuerdo para nuestra pequeña/gran historia compartida. Era allá por el año 2010 (Revista DMD, n.º 55, Pág. 54). También esta página <https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2010/11/14/toni-barbara-para-morir-dignamente-hay-que-vivir-%E2%80%9D/Cdempeus%E2%80%9D/>

## Un nuevo derecho conquistado

El 18 de marzo de 2021 con 202 votos a favor frente a 141 en contra, el Congreso de Diputados aprobó<sup>11</sup> definitivamente esta ley que abre una realidad de avance social y civilizatorio. Unas cifras de voto sorprendentes por lo ajustadas teniendo en cuenta que es público y notorio que la sociedad expresa reiteradamente su apoyo muy mayoritariamente (más del 70%) a la opción de legalizar la eutanasia.

<sup>11</sup> <https://elpais.com/sociedad/2021-03-18/espana-aprueba-la-ley-de-eutanasia-y-se-convierte-en-el-quinto-pais-del-mundo-en-regularla.html>

Y para que ese Derecho sea tal cosa se recogen condiciones inherentes como la universalidad, la equidad, la garantía de asistencia en el Sistema Público de Salud y la Sanidad Pública. Solo será realidad cuando se gane su ejercicio pleno. Los derechos no se demandan, se ejercen.

La historia nos muestra cómo cada avance social supone una respuesta retrógrada, una reacción. Sucedió con los Derechos Humanos, con el divorcio, con el voto femenino, incluso con la esclavitud o, ya más cercana, la despenalización de la violencia machista o aún del aborto.

### La experiencia con el aborto

El caso de resistencia social al aborto resulta lamentablemente ilustrativo. Diez años después de la ley que aprobó la despenalización, el derecho al aborto, leemos que el 41 % (pero de facto el 50%) de facultativos se declaran **objetores de conciencia** en la sanidad pública. Existen multitud de centros, hospitales y servicios objetores (no ya personas) donde no se practican abortos. Eso es así por decisión inamovible de su dirección, su titularidad, su credo religioso, su ideología. Y paradójicamente en muchos casos son entidades concertadas que sí reciben recursos públicos a conciencia desde las administraciones.

En España existen 12 provincias donde hoy en día no se ha practicado **ni un solo** aborto voluntario (IVE). Una de ellas ha sido Lleida, en Cataluña, donde recientemente se ha conseguido revertir esa situación denunciable, gracias a la lucha de los movimientos sociales y diversas organizaciones, singularmente las feministas. Se considera que solo un 5% de IVE se practican en centros públicos.

### El contexto añadido de la pandemia

Si siempre hay que situar en contexto los hechos, en esta ocasión resulta más que imprescindible: un impacto Covid-19 brutal y prolongado, una auténtica *síndemia* sumando la crisis en lo sanitario, social, económico, cultural. Provocando estragos en sufrimiento y en muertes, en errores y horrores, algunas residencias de mayores han sido escenario de verdaderos abandonos trágicos. Todavía hoy estamos en la lucha por conseguir que se rindan cuentas y responsabilidades de tantos dramas inaceptables, vergonzantes. Hay resistencias a ello, claro.

Con una gestión de la pandemia con realidades muy desiguales al existir competencias sanitarias transferidas a las comunidades, pero con un deterioro global, incluyendo

Acto de DMD y Marea Blanca sobre Objeción de Conciencia. Barcelona



**Dos abordajes, un mismo objetivo.**

**“Si quieres una muerte digna prepara (trabaja) una vida digna”. Y a la recíproca**

---

## El Sistema Público infrafinanciado, recortado, esquilado, exhausto ha sido el que ha sacado la situación adelante

ro insoportables, a la irrupción de la barrera telefónica (disfrazada de "nueva tecnología") para impedir acceso a visitas presenciales (el "antiguo" modelo a liquidar según sus planes), a retrasos diagnósticos y de tratamientos contabilizables en dolor y en muertes, y a los grandes negocios del mantra perpetrado –la "colaboración público-privada"– en forma de una parasitación de recursos públicos externalizados sistemáticamente a sectores y beneficios privados. Además en una situación urgente y excepcional que permitía conciertos y trasvases dinerarios sin control ni condición. Mientras tanto era el Sistema Público, aquel infrafinanciado, recortado, esquilado, exhausto *in crescendo*, el que sacaba la situación adelante aun con penalidades casi heroicas para trabajadores/as y a costa de una ciudadanía usuaria desorientada, mayormente atemorizada, demasiadas veces resignada.

### El daño a la salud mental

La salud mental se ha visto severamente afectada por la pandemia, en una degradación cualitativa y cuantitativa. Sobre todo para determinados colectivos, en sectores de profesionales y la amplia gama trabajadora en equipos de salud, en casos de fragilidad socio-económica y en todas las precariedades añadidas de cualquier tipo. Destacan los incrementos de morbilidad en algunos colectivos como el de profesionales sanitarios en sus diversas condiciones. Se llega a reconocer que muchos trabajadores/as del sector están en tratamiento psicológico por estrés y/o depresión, muchas en bajas laborales crecientes, otras en deserción preocupante del ejercicio profesional. La pandemia dispara hasta un 37% los médicos con trastornos de salud mental, o adicciones<sup>12</sup>. Según la Organización Médica Colegial un 60% de los facultativos-pacientes que han acudido a su programa de soporte son mujeres. Los casos de adicciones entre profesionales suponen un 13,5%, de los cuales un 66% por abuso de alcohol y un 34%, por otros tóxicos. Tal cual.

esa pugna enfermiza entre Cataluña y Madrid por ver quien lo hace peor. Cifras todavía tiernas para el contraste pero que ya confirman pérdidas históricas en calidad y la extenuación del Sistema Público de Salud.

Además hemos asistido a un desmantelamiento programado de la Atención Primaria, a normativas de "des-asistencia", a listas de espera/desespero

Pero también es un hecho el incremento de suicidios. Esa realidad siempre escondida debajo de la alfombra que oculta una actitud farisaica "bien-pensante". La estadística de suicidios es muy relevante entre personas jóvenes, alcanzando sus máximos entre adolescentes (primera causa de muerte por delante de los accidentes de tráfico), así como en personas mayores.

### El fraude de la objeción de conciencia

La "objeción", cuando es tal –de conciencia– se convierte en la práctica en un muro frente al ejercicio de un derecho. Poderosos enemigos tenemos: lobbies, corporaciones, colegios profesionales, universidades, fundaciones o entidades de carácter religioso o confesional, andan beligerantes en su omnipotencia mediática y socio-económica-política. Leemos: «Eutanasia: "No es ética" aunque la pida el paciente»<sup>13</sup>.

Su objetivo ahora: ya que no han podido evitar la aprobación democrática de la LEY, será generar los mayores impedimentos, trabas, entuertos posibles para impedir su ejercicio. Se llega a calificar la petición de eutanasia como "un trastorno mental" que hay que corregir. Una más de las recientes "oposiciones" es la de entidades de Farmacia Hospitalaria que aducen objeción a suministrar fármacos con posible uso eutanásico<sup>14</sup>. Inconcebible desde el rigor o la deontología profesional.

Nuestra próxima asignatura en esta larga lucha: ganar la gran mayoría de percepción social, de hegemonía cultural, del relato y del conocimiento. Superar los obstáculos vistos y previstos. No sucumbir ante poderosas campañas pro "objeción" de conciencia. Ni de mercantilización.

### Más "objeciones": entorpecer, dilatar...

En nuestro caso, ahora y aquí, la propia ley de rango estatal encargó su provisión a las diversas CCAA, que son competentes en materia sanitaria. Lo cual diversifica de manera flagrante la situación en función de cada gobierno autonómico. Aquí la autonomía se manifiesta como heterogeneidad, como discriminación, como freno y recorte a la universalidad.

La burocracia es otro instrumento a la hora de entorpecer la plena y rápida puesta en marcha de la Ley. Una ilustración: se debían crear y activar imperativamente *Comisiones de Garantía y Evaluación* en cada territorio. En los casos de Madrid, Extremadura o Andalucía el retraso ha llegado a sonrojar. El Ministerio reitera que hay que actualizar el *Registro Nacional de Voluntades Previas*, que posiblemente no genere gastos ni restricciones,

---

<sup>13</sup> <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/la-eutanasia-no-es-etica-aunque-la-pida-el-paciente-debe-ser-condenada--8807>

<sup>14</sup> <https://www.redaccionmedica.com/secciones/farmacia-hospitalaria/eutanasia-la-seleccion-y-dosis-del-farmaco-punto-critico-para-la-farmacia-1819>

---

<sup>12</sup> <https://www.epe.es/es/sanidad/20211028/pandemia-dispara-37-medicos-trastornos-12420902>

pero sí trámites, tiempo. Incomprensible que en territorios –pongamos que vuelvo a hablar de Madrid– se exige una “actualización” reiterada del *Documento de Voluntades Anticipadas*, el conocido *testamento vital*, caso de existir, con lo que se vuelven a acumular nuevas demoras de aplicación. Dado que la entrada en vigor de la LORE era inmediata a su publicación en el BOE el plazo máximo para implementarla en las autonomías era de tres meses (25 de junio). El ostentoso **no cumplimiento** de tiempos en algunos casos, es o ha sido culpable.

Más “píldoras”: El Gobierno regional de Madrid ha anunciado que creará un Comité de Bioética y una Consultoría de Ética Asistencial<sup>15</sup>. “La ley de eutanasia no está en sintonía con la salud mental”<sup>16</sup>, afirma la Dra. Lucía Gallego Deike, médico psiquiatra del Instituto de Salud Mental y Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid quien sostiene que no sabe si la Psiquiatría podrá actuar correctamente al aplicar la norma. La médica valora que la Ley de la Eutanasia es, en parte, “un contrasentido” y se prodiga: “Se está invirtiendo mucho dinero en la prevención del suicidio en Europa, pero, al mismo tiempo, nos están diciendo que nosotros podemos ayudar a nuestros pacientes a suicidarse”. Sin comentarios.

## Un camino de dificultades

Vamos conociendo el proceloso trámite que hay que sortear en casos identificados en aplicación de esta ley. Nominación del/de la facultativo/a “responsable” y primer informe médico de procedencia. Designación de un segundo médico “consultor” para informe definitivo. Evaluación y respuesta de la Comisión, con plazos que difieren en cada comunidad y que en ningún caso deberían exceder de los 12 días para aprobación con pronunciamiento de jurista y médico. La heterogeneidad es la norma.

Eskarne, una mujer octogenaria en Euskadi, fue la primera persona en España que pudo ejercer su petición (en este caso anticipada en un testamento vital) el pasado 23 de julio. En Madrid, el primer caso ha sido Javier Serrano un enfermo de ELA, de 58 años, atendido por la Dra. Carmen Díaz Pedrosa, internista del 12 de octubre. El 3 de noviembre murió en su casa tranquilo, como quería, plácido y digno. En ambos casos la muerte se produjo en el domicilio de las personas y a cargo de equipos de la Sanidad Pública. En cambio, en otros la muerte ha ganado la carrera a la demora del procedimiento.

<sup>15</sup> [https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/madrid-notifica-2-300-medicos-objetores-de-conciencia-en-eutanasia-3033?utm\\_source=redaccionmedica&utm\\_medium=email-2021-11-01&utm\\_campaign=boletin](https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/madrid-notifica-2-300-medicos-objetores-de-conciencia-en-eutanasia-3033?utm_source=redaccionmedica&utm_medium=email-2021-11-01&utm_campaign=boletin)

<sup>16</sup> <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/-la-ley-de-eutanasia-no-sintoniza-con-la-evolucion-de-la-patologia-mental--8727>

## Vamos conociendo el proceloso trámite que hay que sortear en casos identificados en aplicación de esta ley

No entro en las características legales del asunto, pero no renuncio a exponer los contenidos éticos, morales, humanos, humanitarios y de conmiseración y solidaridad y de respeto. En todo caso debe quedar claro cómo la tramitación, compleja y de rigor para la práctica eutanásica, ya garantiza elementos clave como la acreditación suficiente, la autenticidad de la decisión, la lucidez de la opción. Hay que repetir que no se trata de “inducir” ni por

supuesto obligar a nadie, como acusan, a optar por una decisión libérrima a una eutanasia plenamente regulada y justificada. Y desde ya, legal.

## “El mercado” y el negocio acechan

No menospreciemos el peligro: la ley del mercado, es la ley de la jungla. “Si no puedes vencerlo, únete a ello” que aquí debe traducirse por “si no la puedes impedir (la eutanasia), sácale el mayor provecho económico (monta un servicio privado)”.

Hablan sin tapujos: Otra “oportunidad”/nicho para el negocio. El Mercado no tiene conciencia pero su único objeto es incrementar los resultados económicos, *a conciencia*. Debemos ser conscientes y estar atentos ante la amenaza que representa una nueva edición de mercantilización /comercialización de un Derecho. Saben que a mayor dificultad para una asistencia pública y universal, mayor oportunidad para privatizar, para ofertar servicios privados (no objetados). Con ello llevarnos a una nueva discriminación, a otra inequidad como el referido caso de las IVE. Ginecólogos objetores en la pública que ejercen sin objeción en la privada. Para empezar hay que exigir un listado público y accesible de aquellos profesionales que se declaren objetores para disponer de conocimiento social y colectivo. Para acabar, exigir que los centros garanticen el servicio sanitario-médico para proveer un derecho.

## Qué nos toca hacer

Elemental y nada fácil: vivir en dignidad y coherencia en lo personal y lo colectivo. Ejercer nuestra libertad para hablar del tema, debatir razones, extender información sin ceder ante falsas posiciones de paripé de un supuesto y aberrante “buen gusto”. Ganar *el relato*, en expresión al uso. Conquistar democráticamente la hegemonía social, el avance civilizatorio. El derecho a morir dignamente. Prodigar actos como el aquí referido. ¡Mostrarnos! Extender la utilización del Documento de Voluntades Anticipadas (DMD es una escuela y ayuda de muy probada eficiencia). O, como mínimo, dejar constancia de **cómo no queremos morir**, si las circunstancias permiten elección.

Porque finalmente **luchar por la vida** con honestidad, humanidad, coherencia, solidaridad, inteligencia y dignidad **es luchar por una muerte digna**. Como repetimos en Marea Blanca, **¡SALUD ES LUCHAR porque LUCHAR ES SALUD!**

# PANORAMA INTERNACIONAL

## Objeción de conciencia vs derecho del paciente



Fuente DMD

*Todas las leyes de eutanasia existentes en el mundo reconocen el derecho a la objeción de conciencia para los profesionales sanitarios. A veces incluyen ciertas obligaciones para su ejercicio, destinadas a garantizar y proteger el derecho del paciente. La experiencia demuestra que, tanto en relación con el aborto como con la eutanasia, la objeción de conciencia siempre plantea problemas. Los sectores religiosos y políticos más conservadores la utilizan como arma en la batalla que perdieron políticamente –y que ya habían perdido desde hace tiempo en la sociedad– con la legalización de estas prestaciones, batalla que mantienen e intentan ganar sabotando la aplicación de leyes democráticamente aprobadas.*

Loren Arseguet y Unn Brundin\*

**E**n Australia y en Canadá, pero también en Países Bajos y Bélgica, de una forma u otra, los pacientes y las asociaciones de muerte digna se han tenido que enfrentar al escollo de la objeción de conciencia –individual o institucional– y paso a paso luchan para conseguir delimitarla de tal manera que no se desvirtúe, pasando de ser un reconocimiento del derecho a la libertad de pen-

samiento y de conciencia de los profesionales, a ser una herramienta de bloqueo.

España evidentemente no es una excepción: desde el informe del Comité de Bioética que intenta validar la objeción de conciencia institucional estirando el concepto hasta lo absurdo, hasta el manifiesto firmado por un conjunto de instituciones sanitarias de obediencia católica declarando sus instalaciones “zonas libres de eutanasia”, nada nuevo bajo el sol. La hemeroteca internacional nos enseña que los ataques a las libertades llevados a cabo por los sectores más reaccionarios de nuestras sociedades son más o menos iguales en todos lados, pero también cómo –con mayor o menor éxito– se ha luchado contra este abuso.

## Queensland, una ley con regulación de la objeción institucional

Recientemente, el estado australiano de Queensland aprobó una Ley de Muerte Voluntaria Asistida que entrará en vigor en 2023. Es el quinto estado en aprobar una ley de este tipo en Australia –un estado federal en el que la sanidad está traspasada a los distintos estados– por lo que los legisladores en este caso podían tener en cuenta las experiencias con leyes anteriores.

\* Grupo Internacional de DMD

En el estado de Victoria la práctica de la objeción de conciencia institucional fue real desde el principio<sup>17</sup> y aceptada por la administración sanitaria<sup>18</sup>. Frente a la escasez de médicos dispuestos a participar en la ayuda a morir y a la objeción absoluta de ciertas instituciones de obediencia religiosa, la administración sanitaria tuvo que tomar medidas. Se habilitaron los llamados *'care navigators'* (navegadores de atención), unos puntos oficiales de información, atención y asesoramiento, de los que tenía que haber referencias en todas las instituciones, sin excepción, y a los que los pacientes podían acudir en caso de objeción por parte de su médico o de la institución donde estaban atendidos. A pesar de ello, algunas instituciones se negaban a realizar absolutamente nada relacionado con la ayuda médica a morir, ni siquiera la sencilla tarea de orientación hacia un *care navigator*, ya que para ellas eso representaría una *'claudicación moral'*.

En el estado de Australia Occidental, cuya ley de muerte voluntaria médicamente asistida entró en vigor hace apenas unos meses, las instituciones sanitarias y sociosanitarias católicas se declararon *'VAD free spaces'* (espacios libres de muerte voluntaria asistida) ya desde el principio.

En este contexto, los legisladores de Queensland, conscientes de que las instituciones objetoras tenían el poder de restringir significativamente el acceso de los pacientes a la ayuda médica a morir, adoptaron una solución salomónica de dudosa eficacia. El debate parlamentario sobre este tema fue muy duro. Desembocó en la aprobación de una ley que reconoce, al tiempo que acota, la objeción institucional. La ley prohíbe a las instituciones obstaculizar el acceso a la información y les obliga a permitir en todo momento el acceso a sus hospitales, centros de cuidados paliativos o residencias, a profesionales sanitarios externos dispuestos a acompañar a los pacientes hacia la ayuda médica morir. En caso de que no se encuentre médico externo dispuesto a interve-

nir, la institución objetora deberá facilitar la derivación del paciente hacia un centro no objetor. Sin embargo, esta Ley no prevé sanciones en caso de incumplimiento de estas reglas, con lo que estas corren el peligro de convertirse en puras recomendaciones.

## Canadá

### regulaciones heterogéneas según las provincias



La ley federal C14 que regula la ayuda médica a morir en Canadá se aprobó en 2016. Los médicos pueden rechazar una solicitud de asistencia a morir en base a sus creencias personales o religiosas.



Protesta ciudadana a favor de la eutanasia en Canadá (Fuente Victoria Simpson, Rate MD)

Igual que Australia, Canadá es un estado federal con la sanidad traspasada a las provincias. En consecuencia, los protocolos que regulan los derechos del paciente en caso de objeción de conciencia por parte del médico son diferentes según las provincias. Los médicos no tienen la obligación de derivar al paciente de forma adecuada, excepto en Ontario, donde se exige una *'effective referral'* (derivación efectiva) hacia un profesional sanitario o una entidad que pueda

prestar el servicio; cinco provincias exigen que se derive al paciente hacia una persona o una entidad que al menos pueda proporcionar información fidedigna; los protocolos de Columbia Británica mencionan la derivación como una opción, mientras que tres provincias ni la mencionan<sup>19</sup>. En Quebec, provincia que tiene una ley propia de cuidados al final de la vida, la derivación del paciente es obligatoria.

El enfoque adoptado por las autoridades sanitarias de Ontario es muy claro. En junio de 2016, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario (CPSO) aprobó una declaración en la que reconoce el derecho a la objeción de conciencia, pero exige que los médicos que se oponen

17 <https://www.theage.com.au/national/victoria/victorian-hospitals-cautious-on-allowing-doctors-to-prescribe-euthanasia-drugs-20171123-gzrswt.html>

18 <https://www.smh.com.au/healthcare/doctors-can-t-stand-in-the-way-of-euthanasia-patients-20180906-p50283.html>

19 <https://www.arcc-cdac.ca/wp-content/uploads/2020/06/95-refusal-to-provide-healthcare.pdf>

a la muerte asistida proporcionen a los pacientes que la solicitan una 'derivación efectiva', lo que explicitan como "una derivación de buena fe, a un profesional sanitario (o a una entidad) no objetora, disponible y accesible". Esta derivación se tiene que efectuar sin demora.

Esta política del CPSO fue inmediatamente impugnada en los tribunales: un grupo cristiano presentó una demanda ante el Tribunal Superior de la provincia contra la 'derivación efectiva' por representar una "violación del derecho a la libertad de conciencia y/o a la libertad de religión". En 2018, el tribunal dictaminó que la política del CPSO estaba ajustada a derecho, ya que protege los derechos del paciente: "en ausencia de requisitos de derivación efectiva, existiría un riesgo real de privación del acceso equitativo a la atención médica, particularmente por parte de los miembros más vulnerables de nuestra sociedad". El Tribunal de Apelación de Ontario confirmó la sentencia en 2019.

En las provincias que no tomaron medidas específicas, el problema de la objeción de conciencia cobró matices dramáticos desde el principio, ya que gran parte de las numerosas instituciones de obediencia religiosa ejercían lo que consideraban su derecho a objetar. La falta de claridad de los protocolos aprobados ha permitido este uso abusivo de lo que en principio era un derecho individual. La asociación Dying with Dignity Canada ha visto la necesidad de orientar adecuadamente a la ciudadanía a través de un mapa interactivo colgado en su web que señala en rojo las instituciones objetoras y en verde las que aceptan acoger solicitudes de ayuda médica a morir.

Cuando un paciente se enfrenta a una institución objetora, en el mejor de los casos, la situación finalmente se soluciona con la derivación del paciente hacia una institución no objetora. Pero no siempre es así. Los medios de comunicación, muy atentos a todo lo relativo a la implementación de la Ley de Ayuda Médica a Morir, han reportado muchas situaciones de dolor extremo, indignidad y auténtico abandono del paciente. En algunos casos extremos, debido a los obstáculos creados por las instituciones religiosas, los pacientes finalmente no han podido tener acceso a su derecho legal a una muerte voluntaria médicamente asistida.

## Bélgica

### 18 años de lucha para poner límites



Es siempre aleccionador referirse a la experiencia de Bélgica, país donde la eutanasia está regulada desde 2002. Un informe del año 1997 emitido por el Consejo Nacional de Bioética sirvió de base a los parlamentarios a la hora de redactar la Ley. Uno de los puntos importantes del informe fue precisamente la necesidad de regular la cláusula de conciencia<sup>20</sup>.

El artículo 14 de la Ley de Eutanasia, tal como se aprobó en el 2002, precisa que nadie y en particular ningún médico tiene la obligación de participar en un proceso de eutanasia. En caso de ser objetor, el médico responsable tenía que informar al paciente explicando sus razones, así como pasar el historial clínico a otro médico designado por el paciente, en caso de que este lo solicitara. Sin embargo, la Ley no imponía una obligación de derivación automática hacia otro médico favorable a la eutanasia, lo que creó graves dificultades para los pacientes.

---

## La Ley no imponía una obligación de derivación automática hacia otro médico favorable a la eutanasia, lo que creó graves dificultades para los pacientes

Los boletines publicados a lo largo de los años por la asociación belga para una muerte digna (ADMD-B) dan fe de que la objeción de conciencia generó numerosas controversias en su aplicación. Las instituciones sanitarias de obediencia religiosa reivindicaron su derecho a objetar, prohibiendo a sus médicos practicar eutanasias, haciendo caso omiso del derecho a la libertad de conciencia de sus trabajadores. En muchos casos, los pacientes se encontraron indefensos, literalmente abandonados, sin respuestas concretas o a veces simplemente el silencio como respuesta a su solicitud y sin saber a dónde dirigirse al encontrarse frente a una negativa. Un articulista indignado, evocando los abusos vaticinados por los oponentes a la eutanasia –la famosa 'pendiente resbaladiza'–, define con ironía la situación real como de "abuso por defecto".

La modificación del artículo de la Ley sobre la objeción de conciencia fue una reivindicación de la ADMD-B desde el principio. Pero tuvieron que pasar 18 años hasta que el parlamento aprobara la ley orgánica 3/2020, que regula de manera más clara la objeción de conciencia. Modifica el artículo 14 que, entre otras mejoras, obliga al médico objetor a transmitir al paciente los datos de un centro o de una asociación especializados en materia de derecho a la eutanasia y, a petición del paciente o de su representante, ceder la historia clínica del paciente a un médico designado por éstos.

Jacqueline Herremans, presidenta de la ADMD-B celebra el paso positivo representado por esta modificación de la ley en su artículo "Eutanasia: lo que cambia"<sup>21</sup>. Cita, entre otros, a Christophe Happe, director general de Unessa, una federación valona que reúne numerosos hospitales de ancianos, de obediencia cristiana: "Si hemos podido tener dudas sobre la pertinencia de la eutanasia, de ahora en adelante,

20 <https://www.readcube.com/articles/10.7202%2F1013087ar>

21 Boletín ADMD-B n.º 156, 2.º trimestre 2020- pag. 4: "Euthanasie: ce qui change". [https://www.admd.be/wp-content/uploads/2020/10/E\\_Bulletin\\_156-1.pdf](https://www.admd.be/wp-content/uploads/2020/10/E_Bulletin_156-1.pdf)



La eutanasia en Bélgica, según Severin Millet (publicado en Le Monde Diplomatique)

no será posible. A partir de ahora, las dudas tratarán sobre el cómo". En el artículo encontramos también el interesante ejemplo de la toma de posición de una directora de un establecimiento de cuidados paliativos que no hace ningún secreto de su oposición a la eutanasia pero que reconoce que su institución va a tener que plantearse la posibilidad de que médicos exteriores puedan realizar eutanasias en sus establecimientos. Sin embargo, Herremans no considera el asunto zanjado y define cuál debería ser el paso siguiente: "Se está avanzando... y en el futuro, podemos esperar que se estudie la posibilidad de no tener que transferir a un paciente que solicita la eutanasia a otra institución para que se respete su voluntad tal como lo expresa la ley".

Otro aspecto de la cuestión es lo que se podría llamar la objeción de 'conveniencia': médicos remisos a responsabilizarse de una solicitud de eutanasia por falta de conocimientos, de experiencia o simplemente por comodidad. Aquí también la ADMD adoptó un papel proactivo, creando las formaciones EOL (End-of-Life) donde médicos expertos en colaboración con la Asociación forman, apoyan y asesoran a los profesionales sanitarios en todo lo relativo a la eutanasia.

## Países Bajos

### ¿problema resuelto?

Los Países Bajos son realmente pioneros en materia de eutanasia. Aunque su Ley, como en Bélgica, es del año 2002, ya desde los años 70 del siglo pasado la KNMG –la federación neerlandesa de asociaciones médicas– junto con la Fiscalía, iban definiendo los requisitos para que un médico pudiese practicar una eutanasia sin ser inculcado penalmente.

Sin embargo, la objeción de conciencia institucional existe en este país también, aunque, al parecer, de manera casi residual. Un dato interesante en este contexto es que

en los Países Bajos el 82% de las eutanasias la realiza el médico de familia en el domicilio del paciente. Sólo una pequeña proporción se realiza en instituciones sanitarias o sociosanitarias.

En una entrevista con Heleen Weyers, jurista y miembro de una Comisión de Revisión de la Eutanasia, nos dice que "solo una pequeña parte de los médicos holandeses se acoge a la objeción de principio. Además, un médico objetor a menudo colabora en la misma consulta con otro que no lo es y la derivación no plantea problema". Señala que, a pesar de todo, a veces hay problemas e incluso hay que recurrir a la justicia para solucionarlos. Weyers reconoce que es difícil cuantificar el problema: "Ciertamente hay instituciones que no permiten la eutanasia. Las cifras al respecto son bastante antiguas. En 2005, el 2% de los hospitales no permitían la eutanasia; el 15% de las residencias de ancianos; el 15% de los hospitales psiquiátricos y la mitad de los hospicios".

En cuanto a la derivación, sin que haya obligación legal y aunque la KNMG reconoce problemas de conciencia entre sus asociados, la norma es que los médicos deriven el paciente hacia otro, en caso de objeción.

La hemeroteca muestra que en los Países Bajos ante los problemas con la objeción de conciencia se han logrado encontrar soluciones prácticas, sin tocar la Ley. Para dar una respuesta a los casos de rechazo ocasionados por la objeción de médicos o instituciones –sean cuales sean los motivos– se creó en 2012 la Clínica del Final de la Vida (*Leenseinde Klinik*) que se rige según el principio de que "todas las personas en los Países Bajos que desean la eutanasia deben tener la oportunidad de acceder a una evaluación justa para verificar si esa solicitud cumple con los criterios legales". No se trata de una clínica sino de equipos formados por un médico y una enfermera que asesoran al médico si lo permite y le sustituyen en caso de que mantenga su objeción aunque el paciente cumpla los requisitos. Más



tarde se cambió el nombre al de *Expertise Centrum Euthanasie* (Centro de Expertos de la Eutanasia)<sup>22</sup>. En 2020, cerca de tres mil pacientes acudieron al Centro, que hoy en día sobre todo trata los casos más complejos, como son las solicitudes de eutanasia de pacientes con enfermedades mentales, pero que también ha tenido su indudable utilidad frente a la objeción de conciencia.

### Un debate sin resolver<sup>23</sup>

Como vemos, España no es ninguna excepción. También en otros países la objeción de conciencia se utiliza para bloquear la aplicación de las leyes que regulan tanto el aborto como la eutanasia. En Canadá, el profesor universitario y especialista en bioética Ugo Schuklenk que trabaja con el tema desde hace tiempo da la siguiente explicación: *“Los problemas que estamos teniendo (...) son causados por este tipo de*

**“Los problemas que estamos teniendo son causados por este tipo de médicos que priorizan sus creencias privadas sobre el bienestar del paciente”**

*médicos que priorizan sus creencias privadas, en última instancia, sobre el bienestar del paciente”<sup>24</sup>. Considera la objeción como una “desobediencia civil vergonzosa” que “degrada a los pacientes, socavando su dignidad y su autonomía y manda un mensaje negativo que les estigmatiza, así como a la prestación que solicitan”.*

Suecia es uno de los muy pocos países donde no está permitida la objeción de conciencia en el ámbito sanitario público y ha ofrecido un ejemplo de actuación consecuente en el caso del aborto (*ver artículo a continuación*). Opciones tan radicales parecen difíciles de implementar en un país como España, pero será imprescindible conseguir delimitar de manera muy estricta las condiciones del ejercicio de la objeción de conciencia si queremos proteger eficazmente el derecho de la ciudadanía a una muerte digna.

22 <https://expertisecentrum euthanasie.nl/>

23 <https://www.elindependiente.com/vida-sana/salud/2021/10/10/objetores-de-conciencia-la-eutanasia-reabre-un-debate-sin-resolver-en-espana/>

24 <https://globalnews.ca/news/6183548/medical-school-applicants-abortion-assisted-death-conscientious-objectors/>

# Objeción de conciencia: el caso de Suecia

Unn Brundin\*

*Tres países nórdicos constituyen claras excepciones en cuanto a la posibilidad de objeción de conciencia de profesionales del sistema sanitario, posibilidad que no existe en Suecia, Finlandia o Islandia.*

Hasta la entrada en vigor de la ley del aborto a mediados de los años setenta del siglo pasado, los únicos objetores de conciencia en Suecia eran los jóvenes que se negaban a hacer el servicio militar o, a finales de los años cincuenta, los pastores de la iglesia luterana que no estaban en absoluto de acuerdo con la entrada de las mujeres en la profesión. Los primeros desaparecieron cuando el servicio militar dejó de ser obligatorio y los segundos fueron poco a poco desarmados dentro de la iglesia sueca –estatal hasta el año 2000–, ya que los distintos gobiernos evitaron dar puestos significativos a los ‘objetores’.



Las enfermeras suecas Ellinor Grimmark y Linda Steen en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Fuente *Decision Magazine*)

\* Grupo Internacional de DMD

En ninguno de estos tres países está legalizada la asistencia médica a morir aunque la gran mayoría de sus habitantes está a favor, existe un continuado debate en los medios y ha habido varios intentos, hasta ahora infructuosos, de llevar ese debate a los parlamentos. Por lo tanto, actualmente es sólo dentro de la atención a la salud reproductiva que pueden surgir conflictos personales y profesionales por convicciones morales o religiosas.

En Suecia ha habido un par de casos muy mediáticos en la última década con dos matronas que pretendían no participar en abortos ni prescripción de, o asesoramiento sobre, anticonceptivos por considerar que se trataba de “formas de extinguir vidas humanas”.

El caso más conocido es el de Ellinor Grimmark, una joven enfermera que decidió ampliar sus estudios en ginecología y obstetricia para ser matrona, eso sí, negándose categóricamente a trabajar con abortos o anticoncepción por su profunda fe religiosa. Ante la negativa de varios hospitales de darle un empleo dentro de su especialidad, en 2014 emprendió la lucha jurídica por sus, según ella, derechos, apoyada moral y económicamente por movimientos pro vida internacionales. Grimmark se consideraba discriminada por su fe y privada

---

## **Las pacientes suecas tienen, según la ley, libertad de elegir y derecho a ser asistidas por personal sanitario en una interrupción del embarazo**

de su libertad de conciencia, según el artículo 9 de la Convención Europea de Derechos Humanos. Al no conseguir sus propósitos en dos instancias suecas, el ‘Ombudsman’ de Discriminación y el Tribunal Laboral, ella y una colega en la misma situación, Linda Steen, acudieron al Tribunal Euro-

peo de Derechos Humanos de Estrasburgo, pidiendo una importante indemnización al estado sueco por la pérdida de libertades y derechos fundamentales.



Christophe Happe,  
director general Unessa  
(Fuente Le Soir)

En marzo del 2020 se pronunció el Tribunal, negándose a abrir el caso de las dos matronas, avalando así las sentencias suecas. En una breve argumentación declara que, si bien es cierto que la Convención de Derechos Humanos les concede a sendas matronas pleno derecho a la libertad de conciencia, no se puede considerar un ‘derecho humano’ el conseguir un empleo específico dentro del sistema sanitario sueco.

En el artículo 9 de la Convención constan los casos en los que es legal la limitación de la libertad de religión, pensamiento o conciencia, de los cuales el Tribunal ha aplicado “la protección de libertades y derechos de otras personas”. Las pacientes suecas tienen, según la ley, libertad de elegir y derecho a ser asistidas por personal sanitario en una interrupción del embarazo.

¿Qué pasará cuando Suecia, Finlandia e Islandia, en un futuro seguramente no demasiado lejano, tenga su ley de muerte médicamente asistida? ¿Se respetarán la libertad de elegir y el derecho a ser asistidos en la muerte digna de los pacientes o prevalecerán, también en estos países, la libertad y el derecho del personal sanitario y de las instituciones confesionales a la objeción de conciencia?

---

TEDH: prioridad del derecho a abortar sobre el de objetar. Fuente Amnistía Internacional



# Por el derecho a una muerte digna *¡Asóciate!*

## Asociándote a DMD apoyas:

- La libertad, la autonomía personal y **el derecho a decidir sobre el final de la propia vida**
- Promover que la **buena muerte** se convierta en un **derecho humano**
- La **despenalización de la eutanasia** y el suicidio asistido
- El **asesoramiento gratuito** sobre derechos sanitarios y toma de decisiones al final de la vida
- **Superar el tabú de la muerte** a través de información y actividades (*pedagogía de la buena muerte*), para fomentar que **la ciudadanía tome sus propias decisiones con libertad**

Si decides apoyar a DMD **te mantendremos informado** sobre novedades y actividades a través de boletines y la revista. Además **puedes recibir a asesoramiento médico especializado** para la toma de decisiones al final de la vida y pasados tres meses de antigüedad puedes solicitar la guía de muerte voluntaria.

## Contacta con el grupo más cercano

### DMD FEDERAL

✉ [informacion@derechoamorir.org](mailto:informacion@derechoamorir.org)  
☎ 91 369 17 46  
Puerta del Sol 6, 3º IZDA | 28013 Madrid

### DMD ANDALUCÍA

✉ [dmdandalucia@derechoamorir.org](mailto:dmdandalucia@derechoamorir.org)  
☎ 689 101 113

### DMD ARAGÓN

✉ [dmdaragon@derechoamorir.org](mailto:dmdaragon@derechoamorir.org)  
☎ 660 236 242  
Apartado de Correos 14011 | 50080 Zaragoza

### DMD ASTURIAS

✉ [dmdasturias@derechoamorir.org](mailto:dmdasturias@derechoamorir.org)  
☎ 689 308 665

### DMD CATALUNYA

✉ [dmd@dmd.cat](mailto:dmd@dmd.cat)  
☎ 934 123 203  
Av. Portal de l'Àngel, 7 - 4ºN | 08002 Barcelona

### DMD CIUDAD REAL

✉ [dmdciudadreal@derechoamorir.org](mailto:dmdciudadreal@derechoamorir.org)

### DMD EUSKADI

✉ [dmdeuskadi@derechoamorir.org](mailto:dmdeuskadi@derechoamorir.org)  
☎ 635 738 131  
Araba nº 6 semisótano. | 48014 Bilbao

### DMD GALICIA

✉ [dmdgalicia@derechoamorir.org](mailto:dmdgalicia@derechoamorir.org)

### DMD MADRID

✉ [dmdmadrid@derechoamorir.org](mailto:dmdmadrid@derechoamorir.org)  
☎ 91 369 17 46  
Puerta del Sol, 6 - 3º Izda. | 28013 Madrid

### DMD NAVARRA

✉ [dmdnavarra@derechoamorir.org](mailto:dmdnavarra@derechoamorir.org)  
☎ 696 357 734

### DMD SALAMANCA

✉ [dmdsalamanca@derechoamorir.org](mailto:dmdsalamanca@derechoamorir.org)

### DMD COM. VALENCIANA

✉ [dmdvalencia@derechoamorir.org](mailto:dmdvalencia@derechoamorir.org)  
☎ 608 153 612 / 962 023 912  
C/Pérez Pujol, 10, 3er pis 6D | 46002 | València




**#LIBRES**

**HASTA EL**

**FINAL**

ASOCIACIÓN **DERECHO A**  
**MORIR DIGNAMENTE**

 [twitter.com/derechoamorrir](https://twitter.com/derechoamorrir)  
Síguenos

 [facebook.com/derechoamorrir](https://facebook.com/derechoamorrir)  
Hazte fan

[www.derechoamorrir.org](http://www.derechoamorrir.org)

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE