



Prontuario de la ayuda a morir, para entender y atender la Ley de Eutanasia de 2021 en España

A guide to aid in dying, to understand and address the Euthanasia Law of 2021 in Spain

Juan Siso Martín*

* Doctor en Derecho Público. Profesor Universitario Honorífico. Director académico de ISDE (Instituto Superior de Derecho y Economía) en el Área Big Data de Derecho Sanitario. Secretario General de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario. Miembro de la Asociación Española de Derecho Sanitario, Madrid, España.

Correspondencia:

JSM, paracelso.2000@gmail.com

Conflicto de intereses:

No existe conflicto alguno de intereses, ni públicos ni privados, por este asunto.

Citar como:

Siso MJ. Prontuario de la ayuda a morir, para entender y atender la Ley de Eutanasia de 2021 en España. Rev CONAMED. 2021; 26(4): 192-201. <https://dx.doi.org/10.35366/102507>

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiación ni ayuda económica para la elaboración del trabajo citado.

Recibido: 09/09/2021.

Aceptado: 15/10/2021.

Percibimos, desde aquel «Pienso, luego existo» de Descartes, que hay algo de lo que no dudaba el filósofo y es precisamente que se encontraba dudando. Si pienso existo, pero también, por ello, dudo. La duda cartesiana no es una duda escéptica, es un estado permanente de vigilancia intelectual. Es la situación existencial en la que no somos capaces de afirmar si algo es verdadero o falso, pero estamos iniciando el camino para saberlo.

Bertolt Brecht dejó dicho «lo único cierto es la duda». Partía este dramaturgo de una posición de desesperanza existencial sin aportar la duda como instrumento para llegar a la certeza. La duda cartesiana no es duda escéptica y estéril, sino hábito del pensamiento, punto firme de partida para encontrar el camino hacia la verdad.

Se preguntarán, al comenzar a leer estas líneas, cuál es el sentido de que yo, ahora, me encuentre filosofando, cuando voy a tratar un asunto tan tangible como la nueva regulación de la eutanasia. Un asunto tan sensible como éste ha producido opiniones, criterios muy diferentes y ocasionalmente encontrados, pero en todos ellos está el germen de la duda que produce innumerables interrogantes.

El objeto de estas páginas es mostrar el nuevo escenario actual de la muerte médicamente asistida, con sus aportaciones y con las interrogantes en mi opinión más llamativas. Lo hago desde un abordaje temático, sobre sus aspectos más relevantes, con ánimo aclaratorio más que exhaustivo. Trato de hacer asequible esta ley a quién le puede producir mucho respeto entrar directamente al texto legal. Voy desgranando conceptos y valoraciones de forma secuencial en el tiempo de esta prestación.

LA NUEVA LEY. BREVE MENCIÓN

Se trata de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, publicada al día siguiente en el Boletín Oficial del Estado. El conjunto de la norma tiene prevista su entrada en vigor a los tres meses tras su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

Tanto las votaciones como el debate han transcurren en sede parlamentaria, conforme a lo previsto. La Ley Orgánica ha recibido el respaldo de 202 votos frente a 141 en contra y dos abstenciones. Tampoco ha habido ninguna novedad en los argumentos de defensa y ataque de unos y otros grupos parlamentarios después de tantas sesiones acumuladas alrededor de esta ley novedosa y rompedora.

El objeto de la norma es, conforme indica el artículo 1.º de la misma, regular el derecho de toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir así como el procedimiento y las garantías que han de observarse.

Recoge, además, los deberes del personal sanitario y de las administraciones e instituciones concernidas.

La norma legaliza, por primera vez, la eutanasia activa en España, aquélla que es consecuencia directa de la acción de una tercera persona. Se convierte así en el séptimo país del mundo en hacerlo, después de Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia (por medio del Tribunal Constitucional), Nueva Zelanda, y algunos estados de Australia. Legaliza, también, la prescripción o suministro de una sustancia, de manera que el paciente se la pueda autoadministrar, para causar su propia muerte, lo que se conoce como suicidio asistido, aunque es de destacar que la norma no menciona este término.

La eutanasia en el planteamiento de la norma que estamos analizando, conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, que se debe cohonestar con otros derechos y bienes, igualmente protegidos en nuestra norma fundamental como son el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE).

Esta ley se dicta al amparo del artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución española, que atribuyen al Estado la competencia para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, y sobre las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente, salvo la Disposición Final Primera que se ampara en la competencia que el artículo 149.1.6.^a atribuye al Estado sobre legislación penal.ⁱ

Poner en letra de Boletín Oficial del Estado asuntos de este alcance y relevancia no podía, evidentemente, dejar indiferentes a la ciudadanía en general y a los operadores del derecho, la medicina o la bioética, en particular.

UNA NECESARIA PRECISIÓN PREVIA

El derecho sanitario y la bioética encuentran sus conflictos de aplicación más problemáticos cuando atañen a los confines de la vida, su principio

(aborto) o final (eutanasia). Un elemento germinal del conflicto es la presencia de terceras personas en el escenario. Ningún problema habría, evidentemente, sobre la conducta de la mujer que quiere abortar sin la presencia de un ser merecedor de protección legal, de ahí que haya supuestos de aborto despenalizados.

En el caso de la muerte médicamente asistida, el tercero que aparece en escena con conductas de ayuda e incluso materializadoras de la muerte es un sanitario. Sin la presencia de este sujeto ningún problema se da en el terreno legal, pues el suicidio es impune penalmente como es sabido. Un suicidio no consumado puede llevar a su protagonista al hospital, pero no a la prisión por la tentativa. Quedan atrás aquellas condenas al suicida de privarle de suelo sagrado para su inhumación u otro género de reprobaciones morales.

Se permite, en la situación legal presente, la presencia e intervención del sanitario bajo determinadas formas y condiciones como se verá más adelante.

NOVEDADES QUE INTRODUCE LA LEY ORGÁNICA 3/2021

1. Establece la norma los elementos que permiten garantizar a la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y garantizando así su financiación pública, pero garantizando también su prestación en centros privados o, incluso, en el domicilio de la persona solicitante.
2. Fija los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de la mencionada ayuda y las condiciones para su ejercicio. Posibilita la solicitud de esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente.
3. Regula el procedimiento que se debe seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación.
4. Determina la existencia de una Comisión de Control y Evaluación que ha de controlar, de forma tanto previa como posterior, el respeto a la ley y a los derechos y garantías contenidos en la misma.

ⁱ Disposición Final Segunda de la ley.

5. Se garantiza la referida prestación a los ciudadanos con derecho a la misma, sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario que deba intervenir en ella.
6. Garantiza la norma que quienes solicitan ayuda para morir al amparo de la misma se considerará que fallecen por muerte natural a todos los efectos que puedan derivarse del hecho del fallecimiento.
7. Modifica la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos y condiciones establecidos por la nueva ley.

LOS ELEMENTOS CAPITALES DE LA NUEVA LEY

Título de la norma

Se menciona *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia* y no parece afortunado, pues recoge el aspecto más llamativo y mediático de la norma, pero muestra una visión parcial de su contenido, teniendo en cuenta que a los actos eutanásicos directos se añaden en la norma aquellos otros conducentes a facilitar por el profesional sanitario el suicidio asistido del paciente, ambos aspectos contenidos en la prestación garantizada por el artículo 3 g): *1ª La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente. 2ª La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que ésta se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte.*

Habría sido más correcto haber titulado la norma como *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia y del suicidio asistido bajo ayuda médica.*

Terminología polivalente

La Ley Orgánica 3/2021 incluye en su articulado, como es habitual en otras normas de similar naturaleza y relieve (p. ej. la ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente) un artículo descriptivo de las definiciones terminológicas contenidas en la norma.ⁱⁱ Algunas veces este loable afán esclarecedor; sin embargo, no se logra del todo.

La nueva ley toma como presupuestos de partida de la ayuda a morir los conceptos de *padecimiento grave, crónico e imposibilitante* y de *enfermedad grave e incurable* contenidos en las letras b) y c) del artículo 3. Su polivalencia puede suponer un grave obstáculo ocasional para la aplicación de la ley por su dificultad de determinación y la eventual discordancia entre el criterio de la persona detentadora del derecho a solicitar la ayuda a morir y el profesional sanitario que deba prestarla.

No se acoge en el texto legal, por otra parte, el concepto de terminalidad del paciente y solamente se menciona que exista *un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva*, que evidentemente no es lo mismo. Cabe preguntarse cómo se valorarían, por el antedicho profesional, aquellas situaciones de sufrimiento insoportable para el paciente por falta de «apetito vital», pero en un escenario clínico de expectativas terapéuticas relativas.

Al referirse a los sujetos sanitarios intervinientes distingue entre *Médico responsable* y *Médico consultor*, entendiendo, con una cumplida definición, que se trata del primero cuando *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.* A diferencia del Médico consultor a quien conceptúa como aquel *facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.*

La ayuda a morir como prestación del Sistema Nacional de Salud

Es ésta una de las piedras angulares de la nueva norma y un cambio radical que introduce en nuestro ordenamiento jurídico. La condición de prestación garantizada por el Sistema Nacional de Salud dimana del reconocimiento de esta ayuda como derecho y su consecuencia jurídica integral. De este modo y ya en su artículo 1.º la ley determina

ⁱⁱ Artículo 3. *A los efectos de lo previsto en esta ley, se entiende por...*

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

La obtención de este derecho conlleva, evidentemente, un contenido obligacional de quien ha de reconocerlo y dispensarlo y así en el siguiente párrafo del mencionado artículo se recoge que *Asimismo, determina (esta ley) los deberes del personal sanitario que atiende a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta ley.* Menciona a todos los sujetos encartados y vuelve a remarcar el carácter de «derecho reconocido» para la ayuda a morir.

Más adelante el artículo 4.1, por si no estuviera claro, remarca que *Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.*

Los derechos, sin embargo, no son nada sin sus garantías y el artículo 13.2 de la norma declara, en consecuencia a la calificación de prestación pública de la ayuda a morir que *los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta ley.* Con la misma orientación se recoge en la Disposición Adicional Sexta que: *Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta ley.*

La capacidad necesaria para solicitar y utilizar esta prestación

El texto pretende dar respuesta a lo que considera una demanda sostenida de la sociedad actual y justifica la legalización y regulación de la eutanasia, de un lado, sobre los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, sobre

bienes constitucionalmente protegidos, como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Se busca, dice la norma, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denomina contexto eutanásico. Con ese fin, la ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos.

El texto introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual, la eutanasia, es decir, la muerte de una persona de forma directa e intencionada, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona. Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad de su titular.

Es evidente que la ayuda que se solicita en estos casos tiene la máxima relevancia sobre una persona, ya que atañe a su propia existencia. De ahí que la ley pretenda garantizar una emisión de voluntad por el solicitante bajo máximas garantías. De este modo el artículo 4.2 puntualiza que *La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.*

Añade, además, este precepto que *En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.* Prevención está en línea con la nueva ley 8/2021 del 02 de junio, por la que se reforma la legislación para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

La situación incapacitante puede afectar a una persona bajo condición de hecho y en estos

casos el artículo 3 h) precisa que se da esta situación *cuando el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica*. Pareciendo concluyente esta precisión deja, sin embargo, sin definir un aspecto de capital importancia cual es quién es responsable de valorar esa situación para que se puedan atribuir los pertinentes efectos legales como se hace, por ejemplo, en el artículo 5.2 atribuyendo esta capacidad (y responsabilidad) al médico responsable con las matizaciones que describe el texto legal.

Requisitos de la ayuda a morir

Para solicitarla

En el artículo 6 de la norma se recogen los siguientes:

1. El documento de solicitud de la ayuda a morir debe estar firmado y fechado por el interesado y se menciona que en caso de imposibilidad de hacerlo, por situación personal o condiciones de salud, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.ⁱⁱⁱ
2. Firma en presencia de profesional sanitario y entrega al médico responsable con incorporación a la historia clínica del solicitante.
3. Cuando la voluntad haya sido expuesta en instrucciones previas podrá aportarse este documento por el otorgante, por persona autorizada o a través de acceso del médico que trata al solicitante al Registro de estos documentos para conocer y aplicar su contenido.

ⁱⁱⁱ Resulta plausible ese afán garantista de acreditar la inequívoca voluntad del solicitante y el momento de manifestarla, aunque la norma debería exigir algún tipo de vinculación (de hecho o de derecho) entre ese tercero firmante por sustitución y el interesado. Piénsese en la gravedad de los intereses jurídicamente protegidos.

4. La petición de ayuda a morir es revocable por su emisor en cualquier momento, debiéndose dejar constancia de esta decisión en la historia clínica.

Para recibirla

Conforme al artículo 5 han de reunirse los siguientes requisitos:

1. Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.^{iv}
2. Disponer por escrito de información adecuada y suficiente sobre su proceso médico y sus alternativas de actuación, posibilidades de acceso a cuidados paliativos y prestaciones de atención a la dependencia.
3. Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos 15 días naturales entre ambas.^v
4. Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico responsable. Ya hemos expuesto con anterioridad la dificultad de abordar una interpretación de estos términos y la problemática que pueden introducir diversas versiones de la misma.

^{iv} Es curiosa la exclusión que opera este precepto, para el acceso a las prestaciones de la ley, a los extranjeros no residentes en España, cuando entre los requisitos a reunir por el solicitante menciona *Tener la nacionalidad española o residencia legal en España*. De no mencionar este requisito y aplicar el principio universalista de acceso a las prestaciones sanitarias (no olvidemos que la ayuda a morir se configura como prestación de esta índole), ¿podría producir un «efecto llamada» para un hipotético turismo tanático?

^v Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica. Artículo 5.1 c) de la ley.

5. Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente. Introduce la ley una futura incógnita cuando afirma que la valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El documento de instrucciones previas

Un aspecto relevante recogido en la norma es el valor que atribuye al documento de instrucciones previas como sustentador de la voluntad de solicitar la ayuda a morir, cuando recoge que aquel paciente que sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico responsable, *haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento*. En el mismo sentido el artículo 9, en su primer párrafo, expone que *en los casos previstos en el artículo 5.2 el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente*.

Podría proceder reconsiderar, en consecuencia, el artículo 11, en su apartado 3, de la ley 41/2002 del 14 de noviembre Básica de Autonomía del Paciente, que recoge la inaplicabilidad de aquellas instrucciones previas *contrarias al ordenamiento jurídico*. Lo eran, en la redacción legal, entonces, aquéllas que solicitaran conductas eutanásicas de los profesionales, asunto hoy relativizado por la ley propuesta que analizamos.

Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir

Acciones por el médico responsable

1. Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico responsable, en el

plazo máximo de dos días naturales, una vez verificado que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1.a), c) y d), realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de esta información verbalizada habrá de facilitarse también por escrito en plazo de cinco días. Una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud, conforme al párrafo anterior.

2. Transcurridas 24 horas tras la finalización del proceso deliberativo el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial y solicitará del paciente la firma del documento de consentimiento informado. Del mismo modo procederá a comunicar la negativa a continuar con el proceso por parte del solicitante.
3. Es perfectamente entendible la voluntad normativa de imprimir agilidad e incluso inmediatez a este proceso, pero la relevancia de los bienes jurídicos protegidos y la complejidad de los asuntos a valorar nos hace parecer un poco atropellada esta sucesión temporal.
4. 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 10 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 24 horas. 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.
- Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

Acciones por la comisión de garantía y evaluación

- Recibida la comunicación del médico responsable, recién referida, el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. Los dos miembros citados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo así como con la persona solicitante.
 - En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.
 - La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir; todo ello deberá hacerse en el plazo máximo de dos días naturales.
- En el caso de que Comisión de Garantía y Evaluación informe desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir, podrá ser recurrida dicha decisión ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

La eventual denegación de la petición de ayuda a morir

La ayuda a morir, como prestación sanitaria que es, puede ser objeto de denegación por quien ha de dispensarla. El plazo con que cuenta el profesional para emitir su denegación (de forma escrita y motivada) es de 10 días desde la primera solicitud de la ayuda. Parece muy breve este espacio temporal, sobre todo si el citado profesional ha de allegar determinados medios de prueba como soporte de su decisión. Una vez comunicada al solicitante la decisión denegatoria el médico responsable cuenta con un plazo de cinco días para emitir los documentos citados en el artículo 12.

El artículo 7 de la norma recoge esa posibilidad y la vía de impugnación de la misma, en caso de disconformidad, ante la Comisión de Garantía y Evaluación que resultare competente en el plazo de 15 días.

La ayuda a morir. Modalidades

Se da acogida, en la letra g) del artículo 3, a la *prestación de ayuda para morir* que contiene las dos modalidades: la eutanasia directa y el suicidio asistido, ambos en el seno del artículo 143 del Código Penal, cuyo apartado 4 se modifica y se añade un apartado 5, precisamente por la Disposición Final Primera de la norma propuesta, con el objeto de exonerar de culpa al profesional causante de las acciones en el entorno de la muerte previstas en la ley como se verá más adelante.

De cualquier forma, el artículo 11 de la ley expone que *en el caso de que el paciente se encuentre consciente, éste deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir*. Y cualquiera que sea esa modalidad la norma garantiza que se lleve a cabo con atención y seguimiento al solicitante de la ayuda. Cuando se trate de *la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente... el médico*

responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte. En el caso de que la ayuda solicitada sea la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que ésta se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte... el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a éste hasta el momento de su fallecimiento.

Es evidente que la ley reconoce y valora la necesidad de máxima atención y seguimiento del solicitante de la ayuda en situaciones vivenciales de eventual angustia y necesidad de apoyo.

Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de ésta, conforme al artículo 12 de la ley, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

1. Datos identificativos y domiciliarios del solicitante de la prestación, del médico responsable, del médico consultor y del representante en las instrucciones previas si lo hubiere.
2. Conjunto de los datos requeridos en el apartado b) del artículo 12, comprensivos de la situación clínica y de autonomía decisoria del solicitante de la prestación, descripción del proceso desde la solicitud inicial y procedimiento seguido en la ayuda a morir, sustancialmente.

La objeción de conciencia de los profesionales

La letra f) del artículo 3 menciona el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales, asunto ya reconocido en nuestro ordenamiento jurídico, pero que aquí alcanza especiales connotaciones, habida cuenta de la posible discordancia de la repercusión percibida por el paciente en su situación clínica y la

interpretación que de ella haga el médico. Nótese que en los apartados b) y c), antes mencionados, el derecho a solicitar las prestaciones de la norma se asienta sobre *sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable*, concepto evidentemente subjetivo del paciente y que puede, eventualmente, no corresponderse con el criterio del profesional acerca de la situación presente y del horizonte de expectativas terapéuticas clínicamente posibles, como se ha dicho con anterioridad.

Se hace expresa declaración de este derecho de los profesionales en el artículo 14, cuando afirma que 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. Es correcta la precisión de que este derecho sólo asiste a aquellos profesionales «directamente implicados» en la prestación y no afecta a aquellos otros con conexión indirecta (hostelería, mantenimiento, etcétera).

Debemos destacar el peligro de exigir una posición objetora previa y absoluta. No debemos olvidar que este posicionamiento ni es definitivo, pues puede cambiarse a lo largo del ejercicio profesional, ni tiene por qué ser absoluto, pues puede depender de casos concretos que motivan este planteamiento, mientras que otros casos no lo motivarían.

La ley recoge en su artículo 16.2: *Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir...* Entendemos desafortunada esta aportación a la norma. Este instrumento puede servir para «señalar» a determinados profesionales ante sus superiores o la profesión y la sociedad en general y no parece conciliarse debidamente con el derecho constitucional a no declarar sobre las propias creencias o determinaciones morales, en definitiva.

Dónde se hace efectiva la prestación de ayuda a morir

El artículo 14 de la ley deja claro que la prestación de la ayuda para morir se podrá realizar no sólo en centros sanitarios, tanto públicos como privados o

concertados, sino también en el domicilio del solicitante de la ayuda a morir, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el lugar donde se realiza.

Contiene este precepto una evidente prohibición. 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.

Protección de la intimidad y confidencialidad

No es muy afortunada esta exposición terminológica. En efecto es posible proteger la intimidad, pero no la confidencialidad que no es un derecho, sino una obligación de quien tiene la información íntima a proteger. Decir garantías de intimidad y confidencialidad hubiera sido más correcto.

En el desarrollo del precepto sí emplea de forma inequívoca y correcta estos vocablos, cuando en el artículo 15.1 dice: *los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.*

Añade, en el número 2 siguiente que: *los citados centros deberán contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.* Conviene destacar que esta clasificación en niveles ya no se encuentra vigente, pues pertenece al Real Decreto 1720/2007, del 21 de diciembre, de desarrollo de la derogada Ley de Protección de Datos, cuando determinaba tres niveles de protección de la información (básico, medio y alto) a especificar en el documento de seguridad. Hoy, con el Reglamento Europeo de 2018, ya no se establecen dichos niveles, sino que se habla de medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo que corren los datos a manejar.

Las Comisiones de Control y Evaluación

A través del Capítulo V de la ley se declara que el cometido de estos órganos es verificar de forma

previa y controlar *a posteriori* el respeto a la ley y los procedimientos que establece. Deberán crearse en todas las comunidades autónomas y en las ciudades de Ceuta y Melilla a los fines de esta ley. Serán creadas por los respectivos gobiernos autonómicos, quienes determinarán su régimen jurídico. En el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla, será el Ministerio de Sanidad quien cree las comisiones para cada una de las ciudades y determine sus regímenes jurídicos. El plazo para hacerlo es de tres meses desde la entrada en vigor de la ley.^{vi}

La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada comisión y autorizado por el órgano competente de la administración.

El detalle principal de las funciones de estos órganos puede exponerse de este modo:

1. Resolver las reclamaciones presentadas por aquellas personas a quienes se hubiera denegado la ayuda a morir por el médico responsable o respecto de quienes reclamen contra el informe desfavorable de los dos expertos designados por la comisión.
2. Requerir del centro sanitario para que facilite, en su caso, la prestación solicitada.
3. Verificar si la prestación de ayuda a morir ha sido llevada a cabo conforme a la ley.
4. Otras funciones como detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos; resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la ley, sirviendo de órgano consultivo; elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto. Dicho informe deberá remitirse al órgano competente en materia de salud.

^{vi} Conforme a la Disposición Final Cuarta, deben ser creadas antes del 25 de septiembre de 2021.

Modificación del Código Penal

El objeto de estas modificaciones se centra en la despenalización de las conductas de ayuda a morir bajo las condiciones de esta ley, en lo que respecta al artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal. Queda redactado el apartado 4 de dicha ley de este modo: *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de ésta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.*

Se añade un apartado 5, emblemático de la nueva ley, auténtico eje de la despenalización, que recoge: *No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia.*

Se introduce y «normaliza» la aplicación de ayuda a morir en el medio sanitario, bajo determinadas condiciones legales e informa a los profesionales sanitarios de su actuación conforme a derecho, en esos casos, sin perjuicio de su evidente derecho a formular objeción de conciencia ante las eventuales solicitudes de implicarles en la mencionada ayuda.

Consideración legal de la muerte

Introduce la Disposición Adicional Primera una novedosa (y curiosa) declaración cuando afirma que: *la muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.*

El juego fundamental de esta apreciación podemos imaginarlo, por ejemplo, en el escenario del mundo del aseguramiento.

Formación

En la Disposición Adicional Séptima se pone en valor el papel de los profesionales sanitarios a quienes las administraciones sanitarias difundirán el conocimiento de esta nueva regulación de la ayuda a morir, debiendo coordinarse, por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la ley, la oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, que deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional.

MENCIÓN FINAL

El derecho del solicitante de la ayuda a morir a obtenerla, en concurrencia de las condiciones legales exigibles, se encuentra garantizado en la ley. Del mismo modo, el derecho a la objeción de conciencia del profesional sanitario a abstenerse de acciones en contra de su ética personal y en ejercicio de su libertad de conciencia.

Cuando dos derechos de máximo nivel se encuentran en situación de conflicto, situación muy frecuente en el terreno del derecho sanitario, hemos de decidir si uno de ellos ha de ceder en aras del otro prevalente o pueden coexistir ambos derechos y bajo qué condiciones.

Éste es el caso que nos ocupa, en que el solicitante de la ayuda a morir, bajo condiciones legales, tiene derecho a obtenerla y a un profesional eventualmente implicado le asiste el derecho a objetar en conciencia. Bien entendido que la objeción no autoriza a obstaculizar, por el profesional, el legítimo ejercicio del derecho a obtener la prestación, sino sólo a apartarse de participar en ello.