

CLAVES PARA EL DESARROLLO AUTONÓMICO DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA*

**José Ramón
Salcedo Hernández**

*Centro de Estudios en Bioderecho, Ética y Salud (CEBES)
Facultad de Derecho, Universidad de Murcia*

**María Belén
Andreu Martínez**

*Centro de Estudios en Bioderecho, Ética y Salud (CEBES)
Facultad de Derecho, Universidad de Murcia*

**Joaquín
Jiménez González**

*Centro de Estudios en Bioderecho, Ética y Salud (CEBES)
Facultad de Derecho, Universidad de Murcia*

SUMARIO

1. ¿Buena muerte o eutanasia? 2. Las directrices marcadas por la LO 3/2021 para su desarrollo autonómico. 2.1 Un nuevo derecho individual. 2.2 Los supuestos que permiten acceder a la prestación. 2.3 Los sujetos y organismos que intervienen. 2.4 Las garantías. Especial referencia a la objeción de conciencia. 2.5 El procedimiento. 2.6 El margen de discrecionalidad autonómico. **3. Orientaciones para el desarrollo a nivel autonómico: las pautas seguidas por la Región de Murcia.** **4. A modo de conclusiones.**

RESUMEN

Con la entrada en vigor de la LO 3/2021, de regulación de la eutanasia se abre de nuevo el debate sobre la disposición de la vida y la buena muerte. En este artículo se propone un uso terminológico diferenciado para la buena muerte, la eutanasia y la prestación de ayuda para morir. Se aborda el contenido de las directrices marcadas por la ley para su desarrollo autonómico y se analizan los aspectos de especial relevancia en este sentido: los supuestos, los sujetos y organismos que intervienen, las garantías, la objeción

de conciencia, el procedimiento y el margen de discrecionalidad autonómico. Finalmente se esbozan las directrices marcadas por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y sus propuestas de mejora.

PALABRAS CLAVE

Eutanasia, buena muerte, prestación de ayuda para morir, garantías, atención integral, desarrollo autonómico.

* Esta publicación es parte del proyecto de I+D+i Diseño y validación de un índice para evaluar servicios y necesidades de cuidados paliativos con metodología interdisciplinar (PalliaHelp) PID2019-110997RB-I00 financiado por MCIN/ AEI/10.13039/501100011033.

ABSTRACT

With the entry into force of LO 3/2021, regulating euthanasia, the debate on the disposition of life and the good death is reopened. This article proposes a differentiated terminological use for the concepts of good death, euthanasia and provision of aid to die. The content of the guidelines established by the law for their autonomous development is addressed, and several aspects of special relevance in this regard are analysed: the different types of cases that can be found in the practice, the subjects and organisms involved, the guarantees, conscientious objection, the procedure and the margins within which the Autonomous Communities in Spain can work. Finally, the guidelines set by the Autonomous Community of the Region of Murcia and its proposals for improvement are outlined.

KEYWORDS

Euthanasia, good death, provision of help to die, guarantees, comprehensive care, autonomic development.

1. ¿BUENA MUERTE O EUTANASIA?

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, España se suma al reducido elenco de países que incorporan a su legislación el derecho a disponer de la propia vida en circunstancias específicas y previamente determinadas. Ley que, pese a autodenominarse como reguladora de la eutanasia, contempla supuestos de hecho que no son coincidentes con lo que, a día de hoy, se entiende en sentido estricto por eutanasia. Hecho éste que nos parece importante poner de relieve como punto de partida, ya que, en nuestra opinión, es imprescindible dar un sentido moderno y adaptado a los tiempos que corren, al derecho a disponer de la propia vida por encima de definiciones tradicionales, asincrónicas y que no benefician al concepto jurídico y social de los que es morir en dignidad en el marco de la sociedad moderna.

El sentido de buena muerte originario del término eutanasia no se corresponde con el actual. A día de hoy la “buena muerte”¹ tiene un contenido

1 La buena muerte como expresión etimológica del habla griega es eutanasia (“eu” buena, “thanatos” muerte). Eutanasia debiera ser entonces cualquier muerte definida por el buen morir, independientemente del origen o de las circunstancias que la rodean; por tanto, nunca definida como categoría jurídica restringida a aquella que se produce con la intervención de determinados requisitos que la califican “buena”, olvidando la mayoría de las “buenas muertes” a las que toda persona aspira y que son las que es de justicia garantizar.

que supera con creces el restringido patrimonio de la eutanasia definida en los distintos cuerpos legales que la reconocen a nivel mundial². Buena muerte es una aspiración y un objetivo inherente a todas las reflexiones de bioderecho³ y a todas las legislaciones que afrontan la regulación de los derechos y garantías de la persona en la fase final de su vida.

Hablar de eutanasia y de buena muerte como conceptos correlativos y dotados de exclusividad es un contrasentido. Es más, daña el desarrollo de las herramientas que trabajan en favor del buen morir y desvía la atención respecto de la profundización en el perfeccionamiento de legislaciones que incidan en la atención integral a las personas en el proceso final de su vida. La buena muerte es un proceso, no es un hecho estático que se produce en un momento determinado y en base a la concurrencia de unas circunstancias concretas; morir en el ámbito eutanásico es hacerlo con sentido integral, en un entorno adecuado y con las medidas precisas que se han de proporcionar a lo largo del tiempo precedente y en la fase final.

Esto es lo que entendemos por eutanasia, es decir la recuperación de su sentido etimológico originario, enmarcado en un espacio integral de atención previo y coetáneo; un proceso entendido como prestación de carácter sociosanitario, promovido y garantizado por el sistema y dotado de todas las herramientas materiales e inmateriales que dignifican el tránsito de la vida conocida a la no vida desconocida.

Esta breve reflexión inicial nos obliga a realizar ciertas precisiones en lo que podemos entender como derecho a morir con dignidad. No sólo eso, nos obliga a situar la visión ontológica de la muerte como proceso, como acto y como hecho natural. Nos obliga, en definitiva, a contextualizar el sentido y significado de una ley de regulación de una faceta de la muerte que aún seguimos llamando eutanasia.

2 La eutanasia, tal y como se concibe en la actualidad, podríamos denominarla “eutanasia en sentido estricto”; es decir, aquella intervención voluntaria de un sujeto encaminada a inducir la muerte de otro que está próximo a morir para poner fin a sus sufrimientos (la eliminación del dolor se liga a la proximidad de la muerte). Estaríamos ante una “ayuda directa” que se materializa a través de la intervención de un agente externo (personal sanitario, familiar...) que, tras la reiterada petición de muerte indolora por parte de un paciente que está sufriendo una enfermedad incurable, dolorosa y terminal, solicita que se ponga fin a su vida a través de procedimientos letales.

3 Bioderecho que, como disciplina de contenido bien definido, conjuga derecho, ética y ciencia (ciencias de la vida en general) desde una perspectiva interdisciplinar y en el marco que proporcionan los derechos humanos como expresión máxima de la dignidad de la persona. Reflexión jurídica impregnada de la valoración que sustenta la ética mínima y del conocimiento que aporta la ciencia en su estado actual; la ciencia médica en el caso de la muerte y su entorno de morir como es querido y debido.

¿Existe un derecho a morir con dignidad? Independientemente de su calificación jurídica, de lo que no cabe la menor duda es de que existe una exigencia de llegar a la muerte con sentido humano. La muerte ha de estar transida de sensibilidad, solidaridad y cercanía. Y los derechos no son más que expresión de la necesidad humana de traducir en reconocimiento social las aspiraciones personales compartidas. La tecnificación del concepto de lo que es un derecho no deja de ser una decisión humana; no implica la existencia o no de la necesidad; la necesidad es inmutable, el derecho variable. Es evidente que cada necesidad universal está en el origen de un derecho ¿No es ésta la razón que justifica la existencia del derecho a morir con dignidad? Pero morir con dignidad no es una realidad que pueda apropiarse nadie (persona, institución o categoría conceptual) dotándola de contenido exclusivo. Morir con dignidad no es patrimonio de la “eutanasia” a que hacen referencia las legislaciones que la regulan, ni de quienes la defienden o se oponen a ella; no es patrimonio de asociaciones, ni siquiera lo es de quienes teorizan (teorizamos) sobre ella: es patrimonio del ser humano y de su vida en comunidad.

A nivel ontológico la muerte es multifacética. La podemos observar desde distintos ángulos y en diferentes momentos de su proceso evolutivo. Pero morir con dignidad no es un hecho aislado o que dependa del punto de vista desde el que nos situemos ante ella. Si es cierto que cuando nacemos empezamos a morir, no es menos cierto que la muerte es un proceso que se inicia con el ciclo de la vida y que, desde ese mismo instante, la dignidad debe ser su compañera inseparable. Hablar de morir con dignidad y circunscribir esta afirmación al momento en el que el deterioro físico nos interpela sobre ella es reducir en exceso su presencia y olvidar las incontables fases que la preceden y que también merecen ser tratadas con idéntica dignidad. El acto final de la no vida desconocida concentra mayores índices de vulnerabilidad; por eso es más significativo el peso subjetivo de la dignidad, pero no su peso objetivo, que permanece siempre invariable. La muerte es un hecho natural, de aparición cierta e inevitable; no estamos ante un acontecimiento probable y selectivo. No es posible ligar la dignidad al entorno de lo hipotético o de lo que sucederá o no, para así proteger la parcela de dignidad que corresponda a ese momento crítico. El momento crítico es continuo, variable e impreciso; afecta a lo largo del tiempo y es por ello por lo que debe ser tratado en el tiempo. Morir con dignidad es vivir el proceso de la muerte con la suficiente antelación, gozando de las prestaciones asistenciales que garantizan el mantenimiento de la dignidad originaria y de los derechos que la hacen efectiva. Esto es lo que pone en valor y justifica sin fisuras la necesidad de profundizar en el concepto y

contenido de lo que llamamos “atención integral a la persona en el final de la vida”⁴; atención en el final que es de incierta ubicación temporal, por cuanto es imprevisible y el momento en que habrá de iniciarse está ligado a la particular realidad individual.

Por último, es preciso contextualizar el sentido y significado de la ley que es objeto de este análisis reflexivo. Decíamos al inicio que LO 3/2021, pese a autodenominarse como reguladora de la eutanasia, contempla supuestos de hecho que no son coincidentes con lo que, a día de hoy, se entiende en sentido estricto por eutanasia; además, y por lo que acabamos de indicar en el párrafo anterior, el contenido que se da actualmente al término eutanasia no es equivalente al de morir con dignidad. Efectivamente, la LO 3/2021 dice regular la eutanasia, pero en realidad regula dos categorías bien definidas desde hace tiempo: la eutanasia en sentido estricto y el suicidio médicamente asistido. No es intrascendente la distinción ya que, desde la perspectiva jurídica, ambas figuras presentan notables diferencias⁵.

4 La atención integral al final de la vida es multifactorial, interdisciplinar y prolongada en el tiempo. Se corresponde, en parte, con lo que un significado número de Comunidades Autónomas han traducido en leyes sobre los derechos y garantías de la persona en la fase final de su vida. Estamos ante una asistencia en la que se conjugan contenidos valóricos, intervención político-social y solidaridad derivada de responsabilidad y justicia. Asistencia activa a personas de cierta edad o aquejadas de enfermedad progresiva, incurable o irreversible, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida, la mayor autonomía y el alivio del sufrimiento, tanto para el enfermo como para sus familiares, teniendo en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. El Preamble III de la Ley de la Comunitat Valenciana 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida, se expresa con especial clarividencia: *Muchas personas en nuestra comunidad llegan al proceso de fin de vida con miedo al sufrimiento, al dolor y a la muerte y muchas aún mueren sin asistencia adecuada. Desde la convicción de que la muerte constituye una etapa más de la vida, el ordenamiento jurídico, que debe proteger la dignidad del ser humano, no puede ser ajeno a extrapolar esta responsabilidad en el tramo último de la existencia. En síntesis, una vida digna requiere una atención digna previa a la muerte. Facilitar la posibilidad de morir con el menor sufrimiento posible y en paz a quien así lo haya decidido en el ejercicio de su libertad individual es, sin duda, un requisito irrenunciable* (BOE Núm. 183, de 30 de julio de 2018). Los criterios de atención integral han de redefinirse y situarse más allá de la práctica del cuidado clínico o de aquél que gira en exclusiva en torno a la salud física. Es necesario profundizar en la ética del cuidado e incorporar los componentes ambientales de carácter social, familiar, emocional, ontológico y espiritual. La integralidad ha de venir referida a la totalidad de factores que inciden en la vida cotidiana (confort, cuidados, sociabilidad, comunicación, autonomía, familiaridad, emotividad...). Experiencia y tránsito hacia una realidad de muerte más cercana en los albores del final de la vida; final que todo ser humano quiere vivir en dignidad. Véase SALCEDO HERNANDEZ, José Ramón. y ANDREU MARTÍNEZ, María Belén, “Atención integral al paciente mayor: aspectos éticos y jurídicos”, *Ius et Scientia* 3 (1) 2016; pp. 125-135. Disponible en la URL: <https://revistascientificas.us.es/index.php/ies/article/view/13260>.

5 Si en la eutanasia en sentido estricto lo determinante es la intervención de un agente externo que provoca la muerte de otro que está próximo a morir para poner fin a sus sufrimientos

Probablemente por eso sorprende que la ley adopte como denominación el de ser “reguladora de la eutanasia” cuando, en realidad, está regulando la eutanasia en sentido estricto y el suicidio asistido. Contraintentado que se hace aún más patente en el texto de la ley ya que, salvo en su preámbulo, el término eutanasia prácticamente desaparece del texto articulado (sólo se utiliza en cuatro ocasiones puntuales) y es sustituido por el que, en nuestra opinión, es más correcto y debiera haber sido el que diera título a la ley: “prestación de ayuda para morir”, proporcionada de forma directa (eutanasia en sentido estricto) o de forma indirecta (suicidio asistido)⁶. Pero obsérvese que siempre que hacemos referencia a la eutanasia conforme al uso que del término se hace hoy en día, utilizamos la expresión “eutanasia en sentido estricto”. La razón ya la hemos expuesto y se traduce en nuestra opción por recuperar el sentido originario del término (buena muerte) llevándolo al ámbito de lo que ha de ser una atención integral al final de la vida; y habilitar otra expresión para las categorías tradicionales de suicidio asistido y eutanasia: la fórmula empleada por la LO 3/2021 (prestación de ayuda para morir) creemos que es una fórmula acertada y es por eso por lo que vamos a utilizarla a partir de este momento.

2. LAS DIRECTRICES MARCADAS POR LA LO 3/2021 PARA SU DESARROLLO AUTONÓMICO

Afrontar la regulación de la prestación de ayuda para morir no es tarea sencilla. Son muchas y de muy variado tipo las variables que hay que conjugar, complejas las definiciones de los supuestos típicos y difíciles los acotamientos y descripciones que hay que hacer de las diversas figuras que intervienen a lo largo de todo el proceso. La LO 3/2021 ha tratado de establecer las directrices fundamentales a nivel conceptual, procedimental y de garantías, dejando a las Comunidades Autónomas la concreción y desarrollo de estas directrices en el ámbito de la realidad

(un tercero causa la muerte); en el suicidio asistido lo que interviene es el auxilio necesario que presta un tercero, facilitando los medios farmacológicos o técnicos adecuados para que sea la persona que desea morir quien ponga, ella misma, fin a su vida (la muerte es causada por el propio interesado). Es evidente que, jurídicamente, no es lo mismo causar la muerte a un tercero que causársela a sí mismo.

6 «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: 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 de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte. Art. 3, g) de la LO 3/2021.

específica de cada una de ellas. ¿Lo ha conseguido? Bueno, la respuesta tiene distintas vertientes. Con carácter general creemos que es de justicia poner de relieve que el resultado global tiene muchos puntos positivos, pero otros, aunque menores, ciertamente no tanto. Si los agrupamos por áreas de interés, serían seis los aspectos del marco normativo establecido que, por su relevancia, merecen ser mínimamente valorados si queremos aproximarnos con rigor al sentido de la nueva ley.

2.1 Un nuevo derecho individual

La LO 3/2021 reconoce un nuevo derecho individual. El derecho a la vida lo es en su conjunto; nacimiento y muerte son parte de un mismo contexto, por lo que tan protegible es el despertar de los sentidos como el momento en que éstos se apagan. La dignidad es el hilo conductor de este derecho y es a ella a la que hay que recurrir para dilucidar si, en determinadas circunstancias y para ser respetuosos con la vida, es necesario habilitar medios jurídicos extraordinarios que la dignifican en el momento de morir⁷. El debate no está en la protección de la vida, sino en cómo proteger la dignidad que le es inherente.

2.2 Los supuestos que permiten acceder a la prestación

No es tarea fácil delimitar los supuestos que permiten ejercer el derecho a recibir la prestación de ayuda para morir. Éste es, con toda probabilidad, el elemento de perfil más delicado. Resulta complejo definir las situaciones en las que se convierte en extrema la quiebra de la dignidad, porque no todo menoscabo de ésta ha de ser llevado a sus últimas consecuencias; el sentido de la atención integral es, precisamente, lo que permite graduar las situaciones, ofreciendo las alternativas disponibles para paliar o, al menos mitigar, el sufrimiento objetivando, o tratando de objetivar, el índice de padecimiento que puede ser asumible sin tener que llegar a decisiones irreversibles. Esa quiebra extrema de la dignidad es la que la LO 3/2021 ha categorizado a través de las figuras del *padecimiento grave, crónico e imposibilitante* y la *enfermedad grave e incurable*⁸.

7 Esto es lo que, además, se desprende del último párrafo *in fine* del número I del Preámbulo de la LO 3/2021: *«Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad [...] el bien de la vida puede decaer [...] toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.»*

8 El artículo 3, en sus letras b) y c) respectivamente las

Los problemas surgen, evidentemente, con la interpretación del contenido de estos supuestos y con su correspondencia con el supuesto de hecho concreto en el que está quien solicita recibir la prestación de ayuda para morir. Es más, la función de calificar tal correspondencia queda descentralizada, ya que es el organigrama establecido por cada Comunidad Autónoma el que, siguiendo las pautas marcadas por la LO 3/2021, determina la correspondencia entre el supuesto de hecho previsto por la norma y la situación fáctica del sujeto que solicita la prestación. Esto es especialmente significativo en el caso de las *Comisiones de Garantía y Evaluación*, que son distintas e independientes en cada Comunidad Autónoma⁹. Las dudas surgen en cuanto a los criterios que seguirá cada comisión ¿será distinta la posibilidad de acceder a la prestación dependiendo del ámbito autonómico en que se solicite? ¿Tendría que haberse establecido una única comisión de ámbito estatal? Por lo que se refiere a los supuestos concretos que dan acceso a la prestación, el que puede dar más problemas es el primero, el *padecimiento grave, crónico e imposibilitante*, ya que permite un amplio margen de interpretación que, además, se puede ver mediatizado por los criterios seguidos por las distintas comisiones autonómicas. De nuevo es la cuestión de la dignidad la que habrá que poner en juego (con sus componentes subjetivo y objetivo) para que actúe como eje sobre el que hacer pivotar toda la reflexión en torno a la adecuación del supuesto al caso concreto. El segundo de los supuestos (la *enfermedad grave e incurable*), aunque no plantea tantos problemas como el anterior, sí que obliga a la ciencia médica a establecer criterios comunes y consensuados en torno al conjunto de enfermedades y estados de evolución que permiten calificarlas de graves e incurables.

define del siguiente modo: «Padecimiento grave, crónico e *imposibilitante*»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico. «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insostenibles sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

⁹ Existirá una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las Comunidades Autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla. 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. Artículo 17.1 de la LO 2/2021.

2.3 Los sujetos y organismos que intervienen

Es importante categorizar y describir los sujetos y organismos que intervienen en el proceso de desarrollo de la prestación. La ley ha descrito con cierta precisión qué personas y que órganos han de intervenir, aunque no ha restringido la posibilidad de crear otros añadidos. Se trata de las figuras del *médico responsable*, *médico consultor* y *Comisión de Garantía y Evaluación*¹⁰ (en la que, además, ejercen una labor determinante los dos miembros -*médico y jurista*- que han de emitir el informe preceptivo que verifica el derecho a solicitar y recibir la prestación). Lo más relevante es que se concentra toda la actividad asistencial en la figura del *médico responsable* (profesional que sería deseable que estuviera ligado al paciente por razones de cercanía asistencial previa) y que cada figura actúa de forma independiente en el ejercicio de sus funciones. Es de valorar que trata de huirse de la tecnificación de la prestación, llevándola al ámbito de la relación personalizada y del acompañamiento ininterrumpido hasta el final del proceso. El *médico responsable* desempeña, por tanto, una función crucial, tanto a nivel clínico como a nivel humano. El interrogante que surge también es obvio ¿están suficientemente formados nuestros profesionales sanitarios para llevar a cabo una labor de semejante calado y que era inexistente en nuestro entorno asistencial hasta la fecha? Este es uno de los grandes retos a los que se ha de enfrentar el desarrollo y aplicación de la nueva ley: la formación integral y de calidad de nuestros profesionales sanitarios; y, ciertamente, da la impresión de que, pese a las previsiones normativas que se establecen¹¹, éstas no han tenido en cuenta que la entrada en vigor de la ley se produce mucho antes de cumplirse el plazo que ella misma establece para la coordinación de la oferta de formación continua específica (doce meses frente a los tres meses de *vacatio legis* contemplados para el inicio de la vigencia de la ley). Es evidente que no hay tiempo material para crear las estructuras formativas adecuadas.

2.4 Las garantías. Especial referencia a la objeción de conciencia

Como cuarta consideración valorativa, es preciso hacer referencia a las garantías que la ley aprobada

¹⁰ El *médico responsable* es el facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente; el *consultor* el facultativo que posee formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente (no puede pertenecer al mismo equipo del *médico responsable*); y la *Comisión de Garantía y Evaluación* el órgano encargado de supervisar y garantizar todo el proceso. Véanse artículo 3, letras d) y e) y artículo 18 de la LO 3/2021.

¹¹ Véase la Disposición Adicional Séptima de la LO 3/2021.

ofrece. No nos cabe la menor duda de que es una ley garantista que ha tratado de proteger la prestación del derecho reconocido, la autonomía de las personas que lo ejerzan, la veracidad contrastada de los supuestos contemplados y el rigor del procedimiento a seguir. Sin embargo, ello no significa que no existan ciertas brechas que cuestionan algunas de las garantías que se han pretendido establecer; brechas que, por lo demás, tienen incidencia en el desarrollo a nivel autonómico, ya que también dejan abierto su margen discrecional. Y la primera de ellas es la brevedad del plazo establecido para la implementación y puesta en marcha de una ley de semejante calado. Es preciso poner de relieve que el plazo previsto en la ley debería haber sido más realista y adecuado (de al menos doce meses frente a los tres estipulados), tal y como ya hemos señalado que la propia norma establece para el desarrollo de toda la oferta formativa¹². Otra potencial brecha ya puesta de relieve es la hipotética posibilidad de diverso tratamiento en función del entorno autonómico en el que se produzca la solicitud de la prestación de ayuda para morir; para evitarla ¿es suficiente la previsión del artículo 17.5 de la ley de homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas?¹³ Esto puede tener algún efecto con el paso del tiempo, pero es algo incierto y exento de garantías. Más preocupante es el contenido del artículo 5.2, que introduce una excepción a la aplicación de los requisitos esenciales que el propio artículo 5.1 en sus letras b), c) y e) establece para poder recibir la prestación de ayuda para morir. En efecto, se declara la no aplicación de estos requisitos si media la existencia previa de un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido¹⁴. El problema no está en la

pertinencia de hacer efectivos este tipo de documentos para acceder a la prestación, sino en la previsión legal que suprime requisitos esenciales de la solicitud sin incorporar otros que, adaptados a la situación prevista en el artículo 5.2, garanticen el adecuado acceso a la prestación. A modo de ejemplo ¿por qué no imponer la obligación de nombrar representante en estos documentos cuando a ellos se incorpore la solicitud, llegado el caso, de la prestación de ayuda para morir? El representante estaría obligado a efectuar lo establecido en las letras b), c) y e) del artículo 5.1 sin tener que hacer una exención que, a nuestro juicio, debilita las garantías¹⁵. Finalmente, hay que prestar especial atención al reconocimiento y previsiones que la ley establece para el ejercicio de la objeción de conciencia. Se trata de una categoría que, si no se utiliza respetando su sentido jurídico estricto y con el rigor que la propia figura exige, se puede convertir en un agente que debilita las garantías que la propia ley quiere preservar. Además, suscitan profundas dudas las previsiones que establece el artículo 16 de la LO 3/2021: creación de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia ¿violación del derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión?; necesidad de que la objeción se manifieste anticipadamente y por escrito ¿prohibición arbitraria de formular objeción sobrevenida?; e indeterminación de las personas que pueden objetar ¿quiénes son los profesionales directamente implicados?

El tema de la objeción de conciencia es especialmente complejo, por lo que no es posible desarrollarlo con la profundidad que precisa en estas breves líneas argumentales; pero sí que es necesario, al menos, dejar claras unas cuantas cosas. En primer lugar, es imprescindible acabar con la trivialización que se viene haciendo de la objeción de conciencia; da la impresión de que la objeción es una especie de “cajón de sastre” en el que tiene cabida cualquier cosa y que permite, por tanto, acoger a toda persona que se declara objetor independientemente de si en verdad lo es o no y que permite que se acepte la declaración de objeción por cualquier motivo al tratarse de una “cuestión de conciencia”. Lo cierto y verdad es que la objeción de conciencia es algo bastante más serio; que los auténticos objetores son muy escasos; que se está dañando esta institución al pervertir su contenido; y que esto va en detrimento de quienes verdaderamente son objetores de conciencia¹⁶. Nuestra defensa de la figura de

12 El Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial de la Región de Murcia “Dr D. Juan Gómez Rubí” publicó el 8 de febrero de 2021 una nota referida a los plazos para la implementación de lo que, entonces, era todavía la futura Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. En él se solicitaba que se alargaran los plazos de entrada en vigor de la ley, habida cuenta de las dificultades que se hacían patentes para de llevar a cabo su implementación en un plazo de tanta brevedad. Puede accederse al documento en la URL: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=242587>

13 *El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las Comunidades Autónomas se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio, para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud* (artículo 17.5 de la LO 3/2021).

14 Artículo 5.2, primer párrafo: *No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y 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 caso de haber nombrado*

representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.

15 Curiosamente el artículo 5.2 contempla la posibilidad de que se haya nombrado representante, pero no le atribuye la función específica de cumplir con los requisitos objeto de la excepción.

16 Véase SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón:

la objeción de conciencia lo es y sin fisuras, pero claro, de la auténtica objeción y de los auténticos objetores. La objeción de conciencia tiene unos límites lo suficientemente precisos como para impedir extenderla de forma indiscriminada a cualquier sujeto y a cualquier supuesto de hecho. Dicho esto, no nos parece aceptable la existencia de un registro de objetores de conciencia, precisamente porque las cuestiones de conciencia pertenecen a esa esfera de la intimidad personal que está protegida por un derecho de libertad que garantiza la inmunidad del individuo ante la exigencia indebida de declarar sobre su ideología, religión o creencia. No nos parece aceptable la restricción de la objeción sobrevenida; la conciencia no es estática, es una realidad dinámica y cambiante que se manifiesta en el momento en el que el sujeto ha de enfrentarse a una situación individualizada (no abstracta), actual y especialmente contextualizada. Y no nos parece aceptable la indeterminación que la LO 3/2021 hace de los profesionales directamente implicados, cuando era perfectamente factible haberlos identificado y así evitar interpretaciones innecesarias. Recientemente el Comité de Bioética de España ha publicado un informe en el que reflexiona sobre la objeción de conciencia y la prestación de ayuda para morir¹⁷. En nuestra opinión, la línea que el Comité sigue en sus argumentaciones, pese a tener puntos de partida que compartimos y en los que tenemos cierta coincidencia, dista mucho de ser la más respetuosa con lo que jurídicamente y en sentido estricto es la objeción de conciencia, introduciendo más dispersión, inconcreción y, a nuestro juicio, incluso errores conceptuales. El citado informe contiene un voto particular con el que sí que coincidimos plenamente respecto de las cuestiones a que se hacen referencia en él. Y discrepamos de muchas de las argumentaciones y conclusiones a las que llega el informe, porque insiste en su tendencia al tratamiento extensivo de la objeción de conciencia: máximo de personas que la puedan ejercer, máximo de instituciones que puedan acogerse a ella y crítica a lo que califica de “regulación muy restrictiva” por parte de la LO 3/2021. Si bien coincidimos con el informe cuando sostiene que no se puede ejercer la objeción en todas las fases del proceso en que se sustancia la prestación de ayuda para morir¹⁸, no podemos admitir otra serie de

afirmaciones que nos parece que desvirtúan el derecho a la objeción. En concreto, no podemos estar de acuerdo con la equiparación que se hace entre la autonomía del paciente y la objeción del médico¹⁹, ya que el respeto a la autonomía del paciente que ha de mostrar el profesional sanitario no tiene como contrapartida la obligación del paciente de asumir la objeción de aquél. Tampoco podemos estar de acuerdo con el encuadre que se hace de la prestación de ayuda para morir dentro de la categoría de “acto sanitario”, para así excluirla de la más restrictiva de “acto médico”. Para el Comité, la prestación no es un acto médico porque no es de la competencia exclusiva del profesional sanitario, ya que intervienen también profesionales no sanitarios²⁰ (y cita, por ejemplo, a familiares, representantes..., lo que nos llevaría a decir que no existe el acto médico porque, de una forma u otra, siempre interviene en cualquier prestación algún profesional no sanitario; esto es una absoluta incongruencia). Al llevar la prestación al ámbito del acto sanitario, lo que hace el Comité es ampliar la posibilidad de objetar más allá de los límites razonables que se sustentan en lo que no deja de ser un auténtico acto médico. Acto médico que, por lo demás, tampoco puede extenderse a cualquier profesional sanitario por el mero hecho de tener “competencia exclusiva”, sino tan sólo (y así

para poder abordar apropiadamente este trance, solo o solicitando la colaboración de otros [...] Pero, sobre todo, tiene el deber moral de implicarse responsablemente y mostrar empatía, compasión, cercanía y un compromiso inequívoco de atender con amabilidad la solicitud expresada por el paciente, además de intentar averiguar y discernir las causas que conlleven a dicha petición de adelantar la muerte [...] Esta actitud y comportamiento del facultativo es básica, crucial e irrenunciable, pues de esa forma el paciente no percibe sensación de abandono por parte de su médico de confianza y, en principio, no se produce omisión del deber de cuidado respecto a la información y la comunicación. Por todo ello, en esta etapa inicial no procede la opción de la objeción de conciencia del profesional sanitario. Informe del Comité de Bioética..., cit. pp. 15 y 16. Esta actitud la extiende también el informe a la fase de acompañamiento que se produce desde la ratificación por parte del paciente de la solicitud de prestación de ayuda para morir hasta el momento en el que el médico responsable da traslado de la solicitud a la Comisión de Garantía y Evaluación.

19 *Si la libertad del médico debe quedar sujeta a la autonomía del paciente en la medida que ésta es garantía de su vida e integridad, conforme proclama la Ley 41/2002, en similares términos podemos mantener que la objeción del médico ostenta una posición privilegiada al afectar a tales valores constitucionales esenciales. Informe del Comité de Bioética..., cit. p. 8.*

20 *¿Qué debemos entender por profesional sanitario a efectos de la titularidad del derecho a la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir? La respuesta es que, concebida tal prestación no como un acto médico sino como un acto sanitario, el derecho de objeción no puede restringirse a quienes intervienen directamente en el acto en tanto que profesionales de una rama sanitaria en sentido estricto [...], sino que la titularidad del derecho de objeción incluye también a la categoría más amplia que solemos denominar ‘personal sanitario’; es decir, a todos los profesionales que, en razón del contexto sanitario en el que desarrollan su función, tengan obligación legal de intervenir en cualquiera de los aspectos relacionados con la prestación de la ayuda para morir. Informe del Comité de Bioética..., cit. p. 20.*

“Objeción de conciencia sanitaria”, en SALCEDO HERNÁNDEZ, J.R., *Derecho y Salud: Estudios de Bioderecho*; Ed. Tirant Lo Blanch, Valencia 2013, pp. 275-319.

17 COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, *Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia*; Madrid, 21 de julio de 2021.

Disponible en la URL: <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/index.php>

18 *Cualquier médico que asiste a un paciente en situación de vulnerabilidad y fragilidad en el confín de su vida, debiera tener la formación clínica y ética y la experiencia necesaria*

lo especifica la ley) a los profesionales directamente implicados (y el término “directamente” no está puesto por casualidad). Directamente implicado sólo está quien ejecuta el acto que provoca la muerte, el resto son profesionales que “indirectamente” están implicados, que puede ser necesaria su intervención, pero que en ningún caso van a llevar a cabo una acción causal de carácter directo. Esto, por ejemplo, nos lleva a afirmar que el médico consultor no puede objetar, él solo actúa como perito que certifica la correspondencia entre el supuesto contemplado en la norma y la situación clínica en la que se encuentra el paciente²¹. Otro aspecto en el que también estamos en total desacuerdo es el que se refiere a la defensa que hace el Comité del derecho a objetar que, según afirma, corresponde a las personas jurídicas. Esto va en contra del fundamento base y de la naturaleza propia de la objeción de conciencia que, por definición, tiene carácter personalísimo al incidir en un motivo de conciencia (y conciencia, tal y como la concebimos en el seno de lo que es humano, sólo la tienen las personas físicas). El Comité está confundiendo la objeción de conciencia con el ideario definido dentro de una organización de tendencia; ideario al que se pueden incorporar cláusulas de salvaguardia de su propia identidad (que le van a permitir preservar su orientación y principios), pero que nada tiene que ver con la objeción de conciencia como acto individual y personalísimo de oposición a una obligación. Por último, y porque el informe del Comité lo trae a colación, es de alabar que haya incorporado, como propuesta para solventar las consecuencias de la objeción de conciencia, la creación de “equipos especializados” encargados de asumir la prestación. Es de suponer que el Comité ha tenido en sus manos la propuesta formulada ya hace algún tiempo por una de las personas que aparece como autor de este artículo en el informe emitido a petición del Consejo Asesor de Ética Asistencial de la Región de Murcia, en el que se sugería la creación de “equipos especializados” (qué casualidad la coincidencia en la denominación) esbozándose sus funciones y resaltando sus beneficios en relación con la objeción. Como después tendremos ocasión de ver, ésta es una de las novedades que a nivel autonómico puede aportar la Región de Murcia.

21 El propio informe del Comité de Bioética de España es contradictorio en este caso, ya que reconoce la posibilidad de objetar del médico consultor, pero sostiene que la objeción no tiene cabida en las primeras fases de acompañamiento del solicitante de la prestación, fases que finalizan cuando el médico responsable da curso a la solicitud remitiéndola a la Comisión de Garantía y Calidad. Lo sorprendente es que, cuando se hace tal remisión, el médico consultor ya ha intervenido y no vuelve a hacerlo durante el resto del procedimiento.

2.5 El procedimiento

El quinto de los aspectos del marco normativo que nos parece oportuno incluir en esta valoración global de la LO 3/2021 es el relativo al procedimiento. Ya se han indicado algunas cosas en este sentido en párrafos precedentes, por lo que sólo apuntaremos brevemente lo que nos parece importante resaltar y poner en valor. La ley ha establecido un procedimiento común, dividido en fases bien delimitadas entre sí y de obligado cumplimiento en cualquier desarrollo normativo que se pueda hacer a nivel autonómico. Es un procedimiento que se caracteriza por su relativa brevedad (poco más de cuarenta días son suficientes para completarlo) y por su insistencia en constatar la libre y autónoma decisión del solicitante de la prestación, así como la correspondencia entre los supuestos previstos por la ley y la situación real actual de quien la solicita. Está rodeado de lo que parecen sólidas garantías y de un control coetáneo y a posteriori de todo el proceso. Diversifica la procedencia de las personas que han de intervenir en él y las sitúa, además, en fases distintas e independientes del procedimiento. Contempla, llegado el caso, el recurso a la jurisdicción ordinaria y trata de homogeneizar su desarrollo global a través de la elaboración de un manual de buenas prácticas aplicable en todos los territorios autonómicos. No es excesivamente complejo, aunque sí requiere de una profusa documentación cuyo objetivo es preservar las garantías establecidas para el buen desarrollo de la prestación.

2.6 El margen de discrecionalidad autonómico

Por último, quedaría por hacer referencia al margen de discrecionalidad autonómico; margen que no se abre a lo que la ley considera elementos esenciales de la prestación de ayuda para morir. Por lo demás, es una opción que tiene un claro fundamento en el tipo de prestación de que se trata, en los derechos a los que afecta y en el especial cuidado que ha de tenerse para no incurrir en tratamiento discriminatorio. Ello no impide que quede margen suficiente para adaptar al ámbito autonómico aquellas actuaciones que permiten profundizar en el acompañamiento y humanización de la prestación, así como en el desarrollo y concreción de las tareas que corresponden a las distintas personas y organismos que intervienen. Es de destacar la previsión que la LO 3/2021 hace en relación a la necesaria confección de un manual de buenas prácticas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; ello no sólo ha de permitir el efectivo desarrollo autonómico, sino también su contenido acorde y consensuado que tiene la vocación de mantenerse actualizado a lo largo del tiempo a través de la

labor del citado Consejo Interterritorial. El margen de discrecionalidad que se deriva de la ley estatal es el que ha permitido llevar a cabo, en el caso de la Región de Murcia, un desarrollo que pretende dotar del máximo de calidad y garantías a todo el proceso de aplicación de la prestación de ayuda para morir. Eso es lo que, brevemente, se esboza en el apartado que abordamos a continuación.

3. ORIENTACIONES PARA EL DESARROLLO A NIVEL AUTONÓMICO: LAS PAUTAS SEGUIDAS POR LA REGIÓN DE MURCIA

Lo primero que hay que poner de relieve es lo que, en nuestra opinión, es una carencia. La Región de Murcia no dispone de una ley de derechos y garantías de la persona en la fase final de su vida, como sí sucede ya en diez de las Comunidades Autónomas de nuestro Estado. Es más, no existe una ley estatal de estas características, pese a los distintos intentos que se han hecho a nivel parlamentario, todos ellos infructuosos hasta el momento. De haberse logrado aprobar una ley estatal de estas características, probablemente se habrían solucionado muchas de las carencias actuales y no habría sido preciso un desarrollo autonómico tan específico bastando con adaptaciones concretas a la realidad autonómica bajo el marco de una normativa general común. Creemos que, ante estas circunstancias, nuestro legislador regional debería haber acometido hace tiempo la confección de una ley de estas características, en la que se regulara todo el abanico de temáticas que inciden en la prestación de una atención integral a la persona en la fase final de su vida. Temáticas que, además, están directamente relacionadas con muchas de las figuras a las que se hace referencia en la LO 3/2021 y cuyo tratamiento legislativo estaría contribuyendo a una clarificación y mejor comprensión y aplicación de esta nueva ley. Este es el caso, por ejemplo, de la planificación anticipada de decisiones, los cuidados paliativos integrales, el derecho a la información clínica en el proceso final de la vida, el derecho al rechazo o a la retirada de una intervención, la figura de la sedación terminal o el derecho al acompañamiento y al alivio del dolor y el sufrimiento.

Pese a la carencia señalada, es una realidad que en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) se viene prestando una especial atención a cuestiones que afectan directamente al final de la vida, como es el caso de los cuidados ante el sufrimiento a través del refuerzo de la atención paliativa y de la planificación compartida de la atención, que puede actuar como recurso de referencia y de buena práctica ante aquellos procesos de deliberación

necesarios para explorar y atender las solicitudes de prestación de ayuda para morir; ello ha de permitir enlazar con todo el proceso de la enfermedad, el sufrimiento experimentado, el aliviado, el no aliviado y las decisiones y alternativas que se han ido afrontando a lo largo del tiempo.

A nivel de desarrollo y adaptación de las directrices marcadas por la LO 3/2021, en la Región de Murcia se han abordado aquellas cuestiones que se han considerado claves para su mejor comprensión y aplicación. Por su relevancia e interés, hacemos una breve referencia a las figuras del médico responsable, la propuesta de creación de un equipo especializado y el papel que pueden desempeñar los Comités de Ética Asistencial.

Temática de indudable trascendencia es la que gira en torno a la figura del médico responsable. El médico responsable desempeña un papel central; estamos ante aquel facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente y que actúa como su interlocutor principal en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial (artículo 3, letra d) de la LO 3/2021). En el ámbito de la Región de Murcia se viene considerando que lo más indicado es que todas aquellas personas que deseen recibir la prestación se dirijan a su médico de referencia (normalmente será el médico de atención primaria) para que sea éste quien, en principio, actúe como médico responsable; aunque nada impide que ejerza esta función cualquier facultativo, ya sea el especialista u otro profesional de la confianza o preferencias del paciente en virtud de la autonomía que corresponde al solicitante²². El médico de referencia o aquel al que se haya dirigido el paciente sería el encargado de proporcionar la información oportuna al paciente sobre todo lo concerniente a la prestación de ayuda para morir en una actitud de diálogo y acompañamiento. En esta primera fase, el profesional sanitario que atiende al paciente podría asumir él mismo el papel de “médico responsable”, si su intención es acompañarlo durante todo el proceso establecido para la prestación de ayuda para morir.

Pero, junto al profesional sanitario individual, también cabe la posibilidad de abrir otra vía que es la que, de forma novedosa, se quiere establecer en el ámbito de la Región de Murcia: ofrecer y, en su caso, remitir al paciente a un “equipo especializado” con competencia para asumir todo el proceso de la prestación. El equipo especializado sería una figura

22 En este ámbito de la atención personalizada es importante el papel de los facultativos que ejercen sus funciones en las residencias de carácter sociosanitario; facultativos que deberían colaborar en esta fase del procedimiento a través de su intervención en el proceso deliberativo entre médico y paciente.

que habría de crearse con carácter previo para poder intervenir desde el principio y formar parte de la oferta asistencial de la prestación. Su composición sería multidisciplinar y debería contar con profesionales que hubieran recibido una formación específica de carácter integral en relación a todo lo relativo a la prestación de ayuda para morir; es decir, cursos de capacitación de contenido interdisciplinar²³. Además, debería contar con el apoyo jurídico y administrativo necesario para solucionar todas las cuestiones derivadas de la solicitud de la ayuda para morir. La remisión al equipo especializado debería hacerse de forma inmediata habilitando, por ejemplo, la interconsulta digital directa e informando al paciente de ello. Caso de intervenir el equipo especializado, el papel de médico responsable recaería en uno de sus integrantes que, junto al resto de miembros del equipo, llevaría a cabo todas las actuaciones previstas en la ley para dar la prestación. Si el papel de médico responsable lo hubiera asumido el médico que asistió en primer término al solicitante, podría coordinarse con el equipo especializado para realizar la prestación con su apoyo. De esta forma el equipo especializado intervendría tanto en el caso de dificultad de asignación como en función de las preferencias del solicitante. En definitiva, el equipo especializado es un grupo de profesionales cuyas funciones son asesorar al médico responsable y al consultor; y hacerse cargo del todo el proceso cuando el paciente escoja esta vía, no se tenga un médico de referencia o su médico habitual se declare objetor. La previsión es que su composición sea interdisciplinar y que lo integren al menos tres médicos, tres enfermeras, dos trabajadores sociales y, a ser posible, un psicólogo o psiquiatra. Ejercerían sus funciones por un periodo de dos años y su participación sería voluntaria. Además de incrementar las garantías de la prestación de ayuda para morir, la existencia de un equipo especializado solucionaría una parte importante del tema de la objeción de conciencia, ya que no sería preciso recurrir a ella (siendo, incluso, innecesario contar con un registro de profesionales sanitarios objetores) al disponer el profesional que no desea participar en la prestación, la posibilidad de remitir las actuaciones al equipo especializado existente.

Finalmente, y aunque la ley no lo establece (tampoco lo impide), se estima que sería conveniente dar participación a los Comités de Ética Asistencial

²³ Sería conveniente que el médico responsable tuviera también acceso a la formación que ha de recibir el equipo especializado. Con ello se garantizaría la efectiva prestación de la ayuda para morir, la calidad del servicio prestado y la forma equitativa de llevarla a cabo. En cualquier caso, es necesario que se aborde una formación general a todos los profesionales, de forma que puedan informar debidamente al paciente en el primer contacto que se produzca en relación con la prestación de ayuda para morir.

(CEA) en el proceso. Ello podría traducirse en que aportaran su opinión no vinculante sobre los algunos de los requisitos exigidos por la LO 3/2021 (por ejemplo en relación a lo establecido por el artículo 5.1. letras c) y d) o 5.2). Se considera, además, que los CEA deberían tener protagonismo en la actividad de formación continuada sobre la prestación de ayuda para morir. El CEA puede ejercer una importante labor como órgano a disposición del médico responsable, el médico consultor y la Comisión de Garantía y Evaluación.

4. A MODO DE CONCLUSIONES

Es preciso superar el debate en torno a la buena muerte y su correlación con la eutanasia. La atención integral al final de la vida es el marco en el que deben establecerse todas las previsiones que garanticen una buena muerte, una muerte en paz. Es necesario romper con una terminología que provoca conflicto y confunde a la sociedad; una buena opción es llevar el término eutanasia a lo que es en su origen, sacarlo del debate actual y optar por referirnos a la ayuda para morir en el marco de una atención integral. La LO 3/2021 proporciona un abanico de posibilidades que, bien utilizadas y adecuadamente armonizadas entre las distintas autonomías, puede permitir que la prestación de ayuda para morir sea una respuesta adecuada a las demandas sociales. Pero ello no obsta a que sigamos insistiendo en la necesidad de profundizar en la atención integral a la persona en la fase final de su vida, ya que ésta es la más importante de las demandas sociales en el entorno de la no vida desconocida, muerte a la que todos y todas “queremos conocer” en un espacio de dignidad. La LO 3/2021 no es una ley perfecta, deja entreabiertas cuestiones no resueltas del todo y temáticas que aún suscitan dudas, pero es una ley que ha tratado de dotar de fuertes garantías a la realidad trágica de esa muerte de quien la vive como una necesidad, pese a ser, como le sucede a cualquier ser humano, no querida. Es, además, una responsabilidad de todas las instancias, estatales y autonómicas, hacer de esta ley una ley justa, igualitaria, mejorable en su desarrollo y fuente de dignidad.

Por último, consideramos que es una aportación útil la creación de la figura de los equipos especializados que realiza la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Con ellos se garantiza una atención específica y profesionalizada en la prestación de ayuda para morir y permite soslayar las hipotéticas disfunciones que la objeción de conciencia de algunos profesionales sanitarios podría crear en la prestación. Sin olvidar tampoco el papel que pueden y deben jugar dentro del procedimiento los Comités de Ética Asistencial.