

INFORME SOBRE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Resumen ejecutivo

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021, de Regulación de la Eutanasia ha venido acompañada de una diversidad de opiniones sobre el alcance y el ámbito para el ejercicio de la objeción de conciencia, que provocan dudas en la tramitación de las solicitudes de prestación de ayuda para morir, y que afecta a la tramitación del procedimiento.

Con el fin de informar la toma de decisiones en la gestión de los recursos sanitarios, el Departamento de Sanidad solicita informe a la Comisión de Garantía y Evaluación para la Prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Aragón, en virtud de su carácter de órgano consultivo que le atribuye el artículo 18.d de la ley.

El debate se organiza en un debate previo, la elaboración de documentos para la discusión por parte de tres ponentes, un vocal jurídico, una vocal médica y una vocal enfermera, un debate general y una redacción del documento final que aquí se presenta.

En el debate destacan algunas ideas importantes:

1. Existe un acuerdo entre los vocales jurídicos sobre el alcance y naturaleza de la objeción de conciencia.
2. Existe una preocupación a nivel práctico entre los vocales con profesiones sanitarias ante las repercusiones sobre los procedimientos que la naturaleza restrictiva del derecho a la objeción de conciencia reconocido en la LORE pueden conllevar.
3. El fenómeno de la objeción de conciencia en Aragón, como en otras comunidades, se ha visto influido por otros factores; el debate político y social, la premura en la entrada en vigor de la ley y las carencias en la información y la formación ofrecida a los profesionales implicados.

4. La LORE reconoce el derecho a la objeción de conciencia, pero no establece mecanismos de regulación del derecho, que sería competencia del Estado, más allá de indicar la responsabilidad en la creación y gestión de los registros de objetores de conciencia

Tras estas consideraciones, las principales conclusiones que se extraen son las siguientes:

1. El texto de la LORE limita la objeción a los profesionales sanitarios que participan directamente en proporcionar los medios necesarios para cualquier de las dos modalidades previstas en la LORE, no para otras fases del proceso, específicamente la deliberación, el consejo y el acompañamiento al paciente. Hay que notar que,
 - a. es preciso garantizar el derecho a la eutanasia reconocido en la ley, sin que el derecho a la objeción de conciencia pueda obstaculizar el ejercicio del derecho reconocido y el acceso a la prestación en los términos establecidos, y
 - b. el artículo 16.1 define los límites sobre los profesionales y el momento en que el que la objeción se aplica de forma expresa, eliminando la posibilidad de una interpretación más extensiva.

Quizá sea conveniente insistir en que la objeción sólo puede ser por motivos de conciencia, no siendo admisibles otras causas como las organizativas, las discrepancias con la ley o las derivadas del clima laboral.

2. Las actividades de acompañamiento, información y ayuda a la toma de decisiones previstas para el médico responsable y el médico consultor en el proceso de deliberación son inherentes a la práctica habitual de estos profesionales. No realizarlas implicaría un abandono del paciente, aun con la condición de objetores de conciencia.
3. Un elevado número de objetores de conciencia no puede ser excusa para impedir el ejercicio del derecho reconocido, abundando en una interpretación restrictiva de la objeción de conciencia.

4. En lo que se refiere a los profesionales médicos, enfermeras, y extensible en muchos elementos a otras profesiones sanitarias.
 - a. Los profesionales pueden ejercer su derecho de objeción de conciencia ante la prestación de ayuda para morir. Pero no pueden abandonar al paciente por ello, ni negarle el acompañamiento, el consejo y las medidas de confort y seguridad que precisen en todo momento.
 - b. Es necesaria una formación específica sobre la LORE, a ser posible en cascada en toda la organización y que llegue a todos los profesionales médicos. Esta propuesta sería de aplicación a todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, vinculados al procedimiento de la prestación de ayuda para morir, de forma directa o indirecta.

Para que esta formación sea específica debe estar incluida y en consonancia con la formación en atención y cuidados al final de la vida, con habilidades de comunicación, planificación de los cuidados, acompañamiento a la hora de afrontar la muerte, aspectos éticos y legales, principios de cuidados paliativos y funcionamiento de equipos multidisciplinares.
 - c. En el procedimiento de la prestación es especialmente importante la fase de deliberación. Se ha utiliza el término “deliberación” o “proceso deliberativo” en dos contextos:
 - i. Como proceso de comunicación con el paciente que solicita la prestación de ayuda para morir y que debe ser informado de sus opciones y para garantizar que el paciente es plenamente consciente de sus decisiones y de su voluntad de seguir adelante.
 - ii. El proceso deliberativo como método para resolver dilemas cuando existen conflictos entre los valores u opiniones de las personas que confluyen en torno a un proceso asistencial, sea el paciente, sus familiares o los profesionales.

En cualquier caso, en ambos casos es necesaria una formación y un conocimiento de herramientas y métodos para llevarlos a cabo.

- d. Elaboración de protocolos de actuación propios en centros hospitalarios y sectores sanitarios, adaptados a sus características específicas dada la variabilidad en su tamaño, estructura y organización, elaborados por los profesionales y para los profesionales, multidisciplinares, bajo el impulso de la dirección de los centros, e informados y asesorados por los comités de ética asistencial y por comisiones técnicas y científicas pertinentes.
 - e. El profesional debe disponer de herramientas en su entorno de trabajo, especialmente asociados a los sistemas de información y tecnologías de la información, integrados, que le faciliten y le guíen en el procedimiento, paso a paso, sin la necesidad de ir navegando entre aplicaciones o entre distintos repositorios de documentación e información.
5. En lo que se refiere a los profesionales de enfermería, son percibidos como uno de los olvidados en el texto de la ley. Mencionados en la relación de vocales de las comisiones de garantía y evaluación, parecen no tener más papel que uno auxiliar en la aplicación de técnicas o medios en la prestación de ayuda para morir.
- Las enfermeras deben participar durante todo el proceso y sus actuaciones deben quedar claramente definidas en los manuales de buenas prácticas, así como en los protocolos de actuación de centro o sector, subsanando las carencias de la LORE, sin contravenirla.

Tabla de contenidos

Informe sobre objeción de conciencia	1
Resumen ejecutivo	1
Tabla de contenidos	5
Antecedentes	6
Procedimiento de elaboración del informe.....	8
Elementos importantes del debate	9
La objeción de conciencia desde el punto de vista jurídico.....	12
La objeción de conciencia y los profesionales de enfermería	16
La objeción de conciencia y los profesionales de la medicina	21

Antecedentes

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021, de Regulación de la Eutanasia (en adelante LORE) el 25 de junio de 2021 ha generado un cierto grado de confusión sobre el alcance de la objeción de conciencia reconocida en la mencionada norma para los profesionales sanitarios que estén directamente implicados en la prestación de la ayuda para morir.

No ha habido un acuerdo unánime entre profesionales de distintos ámbitos, ni entre las administraciones públicas implicadas en la prestación sobre dónde situar los límites en el ejercicio de este derecho. La regulación del derecho, competencia del Estado, queda reducida en la ley a la definición del derecho y a la creación y gestión de registros de objetores de conciencia por parte de las comunidades autónomas.

- La inclusión de la prestación de ayuda para morir como una prestación más de la cartera común básica del Sistema Nacional de Salud establece unas obligaciones para los profesionales sanitarios para participar en la prestación reconocida, especialmente a los médicos responsables de los procesos de enfermar de los pacientes.
- Esta ley orgánica define el “médico responsable” en consonancia con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y que en los casi 20 años desde su promulgación no había generado polémica o confusión.

Teniendo en cuenta lo anterior, cualquier médico de atención primaria de salud puede ser considerado médico responsable en un procedimiento de prestación de ayuda para morir, al igual que muchos de los médicos de atención especializada, en la medida en que los pacientes que lo solicitan padecen enfermedades crónicas, progresivas y potencialmente complejas en su tratamiento.

No obstante, desde las primeras solicitudes de la prestación, muchos profesionales, abrumados por la responsabilidad, desconocedores del contenido de la ley y de las responsabilidades derivadas, con escaso tiempo para dedicar a los pacientes en la práctica habitual, con las alteraciones en la atención producidas por la

pandemia de covid-19, optan por la objeción de conciencia cuando se les presenta una solicitud de prestación de ayuda para morir. Algunas de las solicitudes caen en un limbo administrativo y asistencial, sin que quede claro quién debe hacerse cargo del paciente y quién debe impulsar la fase de deliberación contemplada en el procedimiento que puede llevar o no a la prestación efectiva de la ayuda para morir.

La situación se ve agravada en el mes de noviembre de 2021 cuando una persona que presenta su solicitud, e independientemente de si esta se ajusta a los supuestos previstos o no en la ley, acaba en uno de estos estados de indefinición, y unas semanas después, fallece en una acción de autolisis personal, con lo que se convierte en un caso de repercusión mediática. El número de objeciones se dispara en esos momentos.

Según los datos disponibles, con fecha 20 de enero de 2022 han presentado su solicitud de inscripción en el registro de objeción de conciencia 876 profesionales, de los cuales, de los cuales 657 corresponden a profesionales de atención primaria de salud y 219 son de atención especializada. Dos de ellos solamente proceden del sector privado.

Estas cifras son muy superiores a las comunicadas por otras comunidades autónomas, tanto en números absolutos como en términos de proporción sobre el total de profesionales en el sistema público, aunque en estos momentos, la heterogeneidad de los datos hace complejas las comparaciones, que deben realizarse con precaución.

Por todo ello, el Departamento de Sanidad, a través del Director General de Transformación digital, Innovación y Derechos de los usuarios, solicitó con fecha 14 de diciembre de 2021 sendos informes, al Comité de Bioética de Aragón y a la Comisión de Garantía y Evaluación para la Prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Aragón, con el fin de orientar una gestión adecuada del derecho a la objeción de conciencia, de la prestación de ayuda para morir, y poder emitir las normas y recomendaciones adecuadas a los profesionales para tal fin.

Procedimiento de elaboración del informe

El 20 de diciembre de 2021, la Comisión de Garantía y Evaluación (en adelante CGE o la Comisión) se reúne con motivo de las deliberaciones para la resolución de una reclamación presentada ante un informe desfavorable a una solicitud de prestación de ayuda para morir. En esa reunión, la Comisión acepta la solicitud y comienza el debate preliminar con diversos puntos de vista y cuestiones a considerar, que se pueden resumir en dos grandes puntos de debate:

1. El alcance de la objeción de conciencia desde el punto de vista jurídico; es posible una interpretación amplia de la objeción que abarque la abstención a participar en todas las fases de los procedimientos previstos en la LORE, o se debe leer de forma restrictiva, limitada a los profesionales que participan en el momento del fallecimiento del paciente.
2. Las repercusiones, positivas o negativas, que sobre la naturaleza y la calidad de la asistencia a los pacientes pueden tener cualquiera de las dos opciones planteadas en el punto anterior.

No siendo posible completar un informe completo sin reflexión previa en esa sesión, se nombran ponentes que redactarán sus reflexiones y propuestas, desde el punto de vista jurídico, desde el punto de vista médico y desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, que se debatirán en la reunión del pleno de la comisión prevista para el 13 de enero de 2021.

Como consecuencia, para su discusión en la reunión se genera un documento en cuatro partes.

1. Antecedentes del problema, redactado por la secretaría de la Comisión.
2. Cuestiones sobre el ejercicio de la objeción de conciencia en el procedimiento de ejercicio del derecho a recibir la ayuda para morir, redactado por Juan Francisco Herrero Perezagua, vocal profesional jurídico.
3. El papel de la enfermera y la objeción de conciencia en el desarrollo de la prestación de ayuda para morir, redactado por Marisa de la Rica Escuín, vocal profesional enfermera.

4. La objeción de conciencia y los profesionales de la medicina, redactado por Marta Agudo Rodrigo, vocal profesional médica.

José Ramón Ara Callizo, vicepresidente suplente de la Comisión, profesional médico, elabora un documento de reflexiones personales sobre el tema que es remitido a todos los miembros de la Comisión con antelación al día de la reunión.

Debe añadirse que para cada cuestión planteada se acompaña la respuesta que se estima adecuada con una breve exposición de las razones en que se funda. En aquellas cuestiones en las que la reflexión se hace desde el punto de vista del derecho, no debe entenderse un carácter de dictamen jurídico, lo que requeriría un análisis más pormenorizado guiado por un método de mayor rigor.

Elementos importantes del debate

El debate comienza con una intervención de cada uno de los miembros de la comisión presentes en la reunión, exponiendo sus ideas y reflexiones a la luz de lo expuesto en el documento de discusión. Dentro de la diversidad de opiniones, las principales posturas que se exponen se pueden resumir de la siguiente forma:

1. Existe un razonable acuerdo entre los vocales profesionales jurídicos sobre el alcance de la objeción de conciencia de acuerdo a los términos en que está redactada la LORE.

El derecho a la objeción de conciencia está limitado por el artículo 16.1 de la LORE a los profesionales sanitarios directamente implicados en los actos finales del procedimiento que conducen al fallecimiento del paciente, sin que quepa un interpretación más flexible por la literalidad del texto. Es decir,

- médicos y enfermeras que participan en la prescripción y administración de los fármacos que conducen a la muerte, y
- farmacéuticos que los dispensan con este fin (derivaría de una sentencia del Tribunal Constitucional de 2015 que avaló la objeción de conciencia en la dispensación de un tratamiento anticonceptivo).

2. Existe una preocupación importante por parte de los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, sobre las consecuencias de que un profesional sanitario objetor de conciencia se vea obligado a tramitar durante la primera fase del procedimiento, que es la deliberación con el paciente y la realización de informes sobre el cumplimiento de requisitos previstos en la LORE.

Partiendo de la buena fe y de una ética profesional adecuada de estos profesionales, estas fases podrían verse afectadas por los valores personales en conflicto;

- sesgos en la información suministrada al paciente,
- un aumento de la frecuencia de informes desfavorables a la prestación,
- una ralentización de los elementos administrativos del procedimiento.

No obstante, no es objeto de este informe la detección de actitudes obstruccionistas del ejercicio del derecho de los pacientes o las negativas a cumplir con el deber profesional, que formarían parte de otra discusión en el ámbito de la gestión y dirección de los servicios y centros sanitarios.

Por todo lo anterior, los vocales de profesiones sanitarias plantean una interpretación más amplia y flexible del concepto de objeción de conciencia, proponiendo que pueda optarse por una objeción gradual o parcial a las diversas etapas del proceso. No obstante, durante el debate los vocales jurídicos insisten en que el texto de la ley no admite esta interpretación, siempre desde la perspectiva jurídica.

Además de esos dos elementos fundamentales que centran el debate, existen otros elementos que están influyendo en el importante nivel de objeción de conciencia que se está produciendo.

1. Como ya se ha adelantado, la LORE reconoce el derecho a la objeción de conciencia y pone en las comunidades autónomas la obligación de crear y regular los registros de objeción de conciencia. Pero no entra a regular el derecho en sí mismo, que, desde el punto de vista de los vocales jurídicos, sería competencia del Estado y no de las comunidades autónomas.

2. El escaso tiempo del que se dispuso desde la aprobación de la LORE hasta su entrada en vigor, que no ha permitido
 - a. una divulgación adecuada de su contenido,
 - b. una planificación de actividades formativas adecuadas para los profesionales sanitarios,
 - c. la adaptación de las estructuras asistenciales a unas funciones administrativas para las que no están pensadas ni preparadas,
 - d. una elaboración reposada y meditada de manuales de buenas prácticas, que han surgido de forma algo precipitada y sin una reflexión adecuada sobre su contenido.
3. Los antecedentes sobre la objeción de conciencia en profesionales sanitarios, específicamente en la interrupción voluntaria del embarazo, que condujo a la externalización total de la prestación, al menos en la Comunidad Autónoma de Aragón. En otras comunidades la situación es diferente a este respecto.
4. La inseguridad con la que afrontan los profesionales una solicitud de prestación de ayuda para morir, sin saber a quién pedir ayuda, quienes sus referentes o las directrices que la organización en la que trabajan haya podido establecer.
5. Los posicionamientos en el debate previo a la aprobación de la LORE de entidades representativas en mayor o menor medida de las profesiones sanitarias, como colegios oficiales, sociedades científicas u organizaciones sindicales como contrarias a la misma, así como los textos vigentes hasta la entrada en vigor de la ley en los códigos deontológicos, y que en la actualidad deben ser modificados para acomodarse a la misma.
6. En función de lo conocido por las reuniones de coordinación organizadas por el Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas han adoptado distintas visiones o interpretaciones del alcance de la objeción de conciencia, lo que no favorece un mensaje único y clarificador.

La objeción de conciencia desde el punto de vista jurídico

La aplicación de la LORE ha planteado algunos interrogantes que han recibido respuestas distintas —y, en algunos casos, encontradas— por parte de los distintos agentes llamados a intervenir en el procedimiento establecido por la propia ley. A las insuficiencias de la ley se suma la experiencia que se vaya acumulando a este respecto; esta suscitará, a buen seguro, nuevas preguntas y, a la par, permitirá perfilar las posiciones y criterios ofrecidos en este momento y los que sea preciso proporcionar en el futuro. Los que ahora se formulan parten, por un lado, de las limitaciones propias del escaso tiempo de vigencia de la ley y se acotan, por otro, a las cuestiones que deben ser atendidas con mayor prontitud.

Las dos cuestiones que aquí se abordan tienen como denominador común la objeción de conciencia.

1. ¿Respecto de qué actuaciones puede plantearse la objeción?

El procedimiento regulado por la LORE se estructura en varias fases con intervención de distintos agentes: planteada por el paciente la solicitud de adelantar la muerte, interviene el médico responsable; concluido el proceso deliberativo, formulada la segunda solicitud y recabado el consentimiento informado, interviene el médico consultor que ha de verificar el cumplimiento de los requisitos; elevado el expediente a la CGE, esta, a través de una dupla de médico y jurista o del pleno, emite informe; si la decisión es favorable, se realiza la prestación de la ayuda para morir por parte de los profesionales sanitarios.

Ningún reparo ofrece que el médico responsable exprese desde ese momento inicial que es objetor de conciencia. Más aún, ha de comunicárselo al paciente. Pero, como enseguida se verá, eso no le exonera de llevar a cabo las actuaciones que le ley atribuye al médico responsable. De igual modo, tampoco hay óbice a que el médico consultor manifieste su condición de objetor, si bien, como en el caso anterior, eso no significa que pueda declinar las obligaciones que en su calidad de médico consultor le corresponden.

Para alcanzar esta conclusión ya adelantada, concurren las siguientes razones:

- a) La objeción de conciencia comporta el derecho a ser eximido del cumplimiento de deberes legalmente establecidos. En consecuencia, está sujeto a una interpretación restrictiva. En el caso que nos ocupa, abunda en esta consideración el hecho de que los deberes que la ley determina están preordenados a garantizar el ejercicio de un derecho que la propia ley introduce en nuestro ordenamiento, como es el acceso a la prestación de ayuda para morir sometido a ciertos requisitos como garantía de la capacidad y libertad en la toma de esa decisión.
- b) La LORE ciñe la posibilidad de ejercer el derecho a la objeción de conciencia a los profesionales sanitarios implicados directamente en la realización de la prestación de ayuda para morir, conforme a lo dispuesto en su artículo 16.1. El tenor literal de la norma es claro y no hay ningún otro precepto que invite a sostener una interpretación divergente. La definición de objeción de conciencia que proporciona el artículo 3 de la ley, a los efectos de lo previsto en ella, hace referencia a «las demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones», en las que no cabe comprender las que se refieran a la información, acompañamiento y cuidado que debe dispensarse a quien solicita ser ayudado para morir, pues en modo alguno cabe apreciar incompatibilidad entre las convicciones personales y la realización de estos deberes asistenciales.
- c) El cometido del médico responsable cumple la crucial función de acompañar al paciente en todo el proceso deliberativo. El acompañamiento y la deliberación exigen del médico que proporcione al paciente información sobre el diagnóstico, el tratamiento y sus resultados, los cuidados paliativos, la opinión evacuada por otros especialistas a los que, en su caso, haya consultado y los apoyos que le puedan ser proporcionados y, asimismo, habrá de asegurarse de que el paciente comprende esa información (artículo 8). Este proceso se caracteriza, por tanto, por la atención y la asistencia propias del quehacer profesional del médico. Es una pieza clave de la decisión final, pues solo con una completa información cabe entender que aquella se toma libre y responsablemente.

Negarse a acompañar, informar, atender y asistir al paciente que expresa su deseo de adelantar la muerte es desentenderse de él, incumpliendo una función propia de su cometido y profesión y que, además, en este caso, viene expresamente dispuesta por la ley. En conclusión, aunque el médico responsable se haya declarado objetor, su objeción de conciencia no puede extenderse a las funciones que la ley le atribuye en esta fase del procedimiento.

- d) El médico consultor tiene como cometido verificar el cumplimiento de los requisitos que la ley exige para que el solicitante pueda recibir la prestación de ayuda para morir. Al margen del control de los requisitos formales, se trata de contar con una opinión profesional que confirme, en su caso, la existencia de una enfermedad grave e incurable o el padecimiento grave, crónico e incapacitante. No se advierte que las convicciones personales puedan interferir en el cumplimiento de este deber.
- e) El artículo 16, como ya ha habido ocasión de señalar, liga el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia a la implicación directa de los profesionales en la realización de la prestación. Que la implicación haya de ser directa es indicativo de la limitación a la que se sujeta el reconocimiento del derecho lo que viene a redundar en la exclusión de una interpretación extensiva. De este modo, se ha de entender que el ámbito de la objeción se liga concreta y exclusivamente a la realización de la prestación, no a las fases previas del procedimiento, pues en otro caso la norma se hubiera referido genéricamente a los profesionales que cuya intervención sea requerida en el procedimiento o, de haber optado por una fórmula más específica o descriptiva, a los profesionales llamados a participar en el proceso deliberativo con el solicitante, en la verificación de los requisitos exigidos por la ley o en la realización de la prestación. Abogar por una lectura del precepto que incluya a todos ellos resulta difícilmente conciliable con su tenor literal y comporta una ampliación subjetiva del derecho contraria con la interpretación restrictiva de la que, como se ha dicho, hay que partir.

- f) Cabría considerar que la concurrencia de determinadas circunstancias evidenciadas por la práctica aconseja flexibilizar las conclusiones anteriores o algunas de ellas. En este sentido, atendiendo al elevado número de objetores o al comportamiento observado o que quepa esperar de los profesionales que, no obstante haber objetado, hayan de realizar las funciones propias de las fases previas a la realización de la prestación, podría parecer preferible que no intervinieran en ninguna de las fases del procedimiento, ante la sospecha de que no van a desarrollar su cometido del modo adecuado. No es esta una razón atendible para cambiar el sentido de la respuesta dada: supondría la rendición del Derecho. Vencer la resistencia o evitar el incumplimiento exigirá intensificar la labor informativa. O didáctica, si se prefiere. Pero, finalmente, no hay que descartar la reacción propia ante el incumplimiento, es decir, la actuación de los mecanismos sancionadores.

2. ¿Quiénes pueden ser objetores?

El artículo 16 LORE se refiere específicamente a los profesionales sanitarios. La expresión comprende a los médicos, enfermeros y los profesionales de farmacia a quienes se requiera la preparación de los medicamentos a administrar en la realización de la prestación. Quedan excluidos quienes no pertenezcan a alguna de las categorías anteriores, aunque desarrollen su trabajo en el centro sanitario en que se realice la prestación. Los profesionales sanitarios son siempre personas físicas; predicar el derecho de las personas jurídicas o instituciones comporta una extensión de la titularidad contraria a la interpretación restrictiva que ha de presidir esta materia, sin perjuicio de que en otros ámbitos en que se reconozca el derecho a la objeción pueda sostenerse tal titularidad institucional. En este caso, la limitación nace del propio tenor literal de la norma.

La objeción puede serlo a una determinada modalidad de prestación de las contempladas en el artículo 3.g de la LORE:

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

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

La objeción de conciencia y los profesionales de enfermería

Con el fin de orientar la labor de la enfermera ante los desafíos prácticos, jurídicos y éticos que plantea la aprobación de la LORE, conviene partir de una herramienta con un compromiso con la búsqueda de la excelencia de los cuidados, que sirva como herramienta para mejorar la toma de decisiones y la atención sanitaria. Esta herramienta pueden ser las Guías de buenas prácticas (GBP) de la Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), que fomentan la coherencia y la excelencia en la atención clínica, educación, prácticas administrativas y políticas sanitarias, plasmándose en mejoras tanto para los pacientes, comunidades como el sistema sanitario.

En el contexto específico en torno al final de vida, en marzo de 2020 se presentó en castellano la GBP Enfoque paliativo de los cuidados en los últimos 12 meses de vida, donde se recogen una serie de recomendaciones basadas en la evidencia para mejorar la prestación de unos cuidados seguros en todos los entornos de práctica en los que haya personas y familias que precisen cuidados paliativos y cuidados de final de vida. Contiene 12 recomendaciones que abordan: cuidados seguros en las áreas psicosocial, espiritual y cultural; planificación y prestación de cuidados interprofesionales; y estrategias para dar apoyo a los profesionales sanitarios que ofrecen cuidados paliativos y cuidados al final de la vida

Dichas recomendaciones están planteadas para poder implantarse como parte de unos cuidados holísticos, lo que requiere por parte de las enfermeras y el equipo interprofesional una capacitación, formación y competencias básicas en cuidados paliativos, distinguiendo las competencias pertinentes a las enfermeras en todos los ámbitos de la práctica y las competencias pertinentes a las enfermeras especializadas en cuidados paliativos.

Entre las competencias pertinentes que deben adquirir las enfermeras en todos los ámbitos de la práctica están:

- Anticipar y abordar las cuestiones éticas y jurídicas que pueden plantearse al atender a personas con enfermedades que limitan su vida.
- Identificar y respetar los deseos de las personas en relación con sus opciones y preferencias de cuidados.
- Respetar las decisiones de la persona sobre si desea empezar o no, suspender o cancelar intervenciones.
- Reconocer cuando las creencias, las actitudes y los valores personales limitan su capacidad de estar presente y proporcionar una atención centrada en la persona.
- Conocer y ser competente en la legislación y políticas pertinentes en el ámbito final vida.
- Saber distinguir conceptos éticos y legales como: principio de doble efecto, sedación paliativa y asistencia médica en la muerte (eutanasia y suicidio médicamente asistido).
- Responder a cuestiones relacionadas con la asistencia médica en la muerte de conformidad con las directrices y normas pertinentes del organismo regulador.
- Acceder a los recursos relevantes para orientar éticamente situaciones complejas y pone en práctica las posibles resoluciones.

En cuanto a las competencias pertinentes a las enfermeras especializadas en cuidados paliativos serían las siguientes:

- Comprensión integral de las normas jurídicas, éticas y profesionales contemporáneas a la prestación de cuidados paliativos de calidad.
- Facilitar la discusión y el manejo de las cuestiones éticas y legales junto con la persona, su familia y su equipo de cuidados.
- Participar en entrevistas en profundidad sobre cuestiones éticas y legales de forma individual y en equipos con los profesionales apropiados.
- Influir activamente y promover iniciativas estratégicas de cuidados paliativos y elaboración de políticas.

Otros organismos científicos y profesionales en España como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) junto con la Asociación Española de

Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL) también abogan desde 2013 la necesidad de desarrollar niveles de capacitación como proceso formativo para dar respuesta a las situaciones que afrontan las enfermeras dependiendo de los ámbitos de actuación en el que se preste cuidado de pacientes en final de vida y sus familiares.

Recomendación 1ª:

Debe ofrecerse a las enfermeras una formación específica sobre cuidados al final de la vida que desde el nivel básico contemple la importancia de adquirir habilidades de comunicación; la planificación de los cuidados; el afrontamiento ante la muerte; aspectos éticos y legales incluyendo la formación en bioética y ética asistencial, voluntades anticipadas, sedación, eutanasia; principios de los cuidados paliativos y la importancia de definir el papel de la enfermera dentro del equipo multidisciplinar.

Tras el contexto presentado sobre los perfiles y necesidades de las enfermeras en los cuidados en las etapas finales de la vida, uno de los principales conflictos que surge es la falta de participación de la enfermera en la toma de decisiones al final de la vida, incluida su colaboración en el desarrollo de políticas sanitarias. Son carencias que se han manifestado en diversos estudios a nivel internacional.

Por poner un ejemplo, la ley que regula en Bélgica la eutanasia estipula que las solicitudes de eutanasia deben ser discutidas por el equipo de enfermería que tenga contacto regular con el paciente y desempeñe un papel, al menos, durante la etapa de deliberación. No obstante, en la revisión realizada se encontró gran variabilidad tanto en la participación de la enfermera tanto en el proceso deliberativo como en la administración directa de los fármacos dependiendo del entorno del paciente (residencia, hospital, domicilio propio).

Otras legislaciones, como la canadiense, incluyen una participación de la enfermera en la evaluación de la competencia y capacidad del paciente; a proporcionar información sobre ayuda a morir; coordinar el proceso; preparar equipos y acceso intravenoso; coordinar e informar al personal de salud; documentar; apoyar a los pacientes y sus seres queridos; y proporcionar cuidados posteriores a la muerte.

Nuestra legislación sólo menciona a la enfermera como integrante de la Comisión de Garantía y Evaluación, pero no como parte fundamental de todo el proceso.

Además de los aspectos formativos, de capacitación y de reconocimiento normativo de las funciones de la enfermera ya mencionados, es igualmente imprescindible:

1. Una reflexión individual para poder aclarar los valores personales y las obligaciones profesionales, explorando de forma objetiva las solicitudes de ayuda para morir con la posibilidad de ejercer el derecho a la objeción de conciencia.
2. Formación y conocimientos para poder establecer un proceso de comunicación adecuado, sin prejuicios con los pacientes y sus familias, aprendiendo a tener "conversaciones difíciles".
3. Al igual que saber adecuar la terminología y asegurar una continuidad de cuidados, mantener y proteger la confidencialidad de los profesionales y los pacientes.
4. Participar en iniciativas legislativas con relación a los cuidados al final de la vida, especialmente promoviendo la instauración de unos cuidados paliativos adecuados.
5. Y por supuesto, tener el deber ético de estar al tanto de este tema en evolución, e investigar para entender mejor el fenómeno.

Recomendación 2ª:

Las enfermeras deben participar durante todo el proceso y sus actuaciones deben quedar claramente definidas en los manuales de buenas prácticas, así como en los protocolos de actuación de centro o sector, subsanando las carencias de la LORE, sin contravenirla.

En cuanto a la objeción de conciencia, hay un consenso en que ésta no debe ser institucionalizada ni genérica. Es una opción estrictamente personal. En este tenor se pronuncia también la LORE cuando establece el derecho a la objeción de conciencia.

Igualmente se evidencia que siempre es deseable la comunicación voluntaria anticipada de ésta, admitiendo que haya posibilidad de objetar de manera sobrevenida excepcionalmente. Debe ser un acto protegido por el derecho a la confidencialidad y que se ajuste a la normativa de protección de datos de carácter personal. Esto sirve tanto para los pacientes como para los profesionales. En algunos estudios se apunta, incluso, a garantizar el anonimato de los equipos de cuidados paliativos de atención domiciliaria en zonas pequeñas donde están muy singularizados para no generar prejuicios ni a favor ni en contra.

Respecto al rol de enfermería, hay un consenso tanto en los estudios revisados en diferentes países como en documentos realizados a nivel nacional, de que si no queda clara su participación en el proceso eutanásico desde el inicio y se limita únicamente a actos puntuales o instrumentales como la mera administración o el acompañamiento en los casos de autoadministración de los fármacos letales, es más probable que en se declaren más objeciones de conciencia.

Recomendación 3ª:

Las enfermeras deben participar de forma activa en la redacción de guías de práctica clínica y protocolos sobre los cuidados en las fases finales de la vida, incluyendo cuando los pacientes se acojan a los supuestos previstos en la LORE, planificando cualquier caso y para todos los pacientes que lo precisen unos cuidados paliativos integrales y la planificación compartida de la atención como eje de la asistencia sanitaria.

Ante una petición de eutanasia o suicidio asistido es fundamental escuchar al paciente, evitando adoptar un posicionamiento moral a priori, y tratando de entender la magnitud de su sufrimiento. Se revisarán los cuidados paliativos recibidos y el grado de control de los síntomas físicos, psíquicos y espirituales. Se valorará la situación familiar, así como los posibles problemas sociales o económicos. Puede ser conveniente consultar el caso con un equipo de cuidados paliativos, psicólogo, trabajador.

La enfermera debe participar en la evaluación de la competencia y capacidad del paciente que ha solicitado ayuda para morir. Igualmente explorar de forma objetiva

dicha solicitud, siendo conscientes de sus propios valores personales sin que ello afecte a la relación clínica. Por su posición privilegiada en contacto continuo con el paciente y la familia, las enfermeras deben velar por un correcto proceso de reflexión y deliberación, ejerciendo como garante de los cuidados, realizando un abordaje holístico e integral biopsicosocial y espiritual.

Recomendación 4ª:

Las enfermeras siempre podrán ejercer su derecho de objeción de conciencia ante dicha práctica. No obstante, nunca podrán abandonar al paciente ni negarle las medidas de confort y seguridad que precisen.

La objeción de conciencia y los profesionales de la medicina

La LORE surge como respuesta a una tendencia creciente de apoyo a la regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en España, tal y como reflejan encuestas y estudios como los del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 2009, o de las empresas Ipsos Mori, en 2015 y Metroscopia en 2017, 2019.

Pero, ¿qué opinan los profesionales?

La primera encuesta la realizó en el Colegio de Médicos de Bizkaia entre octubre y noviembre de 2018. Encontramos también los estudios del Colegio de Médicos de Tarragona, que publicó sus resultados en julio de 2019 comparándolos con los obtenidos en Bizkaia, así como los estudios realizados en el Colegio de Médicos de Las Palmas y en el Colegio de Médicos de Madrid presentan resultados similares.

En La Rioja se realizó otro estudio, entre el 17 de marzo y el 8 de abril de 2019, pero dirigido al colectivo de enfermería. Este estudio se replicó entre septiembre y noviembre de 2020 por la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, que publicó su informe el 14 de diciembre de 2020

En Teruel gracias a la iniciativa del Comité de Ética Asistencial del Sector Teruel del Servicio Aragonés de Salud (en adelante CEAS) se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en los meses de febrero y marzo de 2021,

cuya población de estudio fueron los profesionales de enfermería y los profesionales médicos colegiados en los respectivos colegios profesionales.

Los resultados son similares. Existía un amplio consenso a favor de la regulación de la eutanasia, un 95 % de enfermeras, un 75 % en médicos, y las estimaciones que ofrecía el estudio hablaban de que un 25 % de las enfermeras y un 35 % de los médicos se declararían objetores de conciencia.

Estos estudios se realizaron antes de la entrada en vigor de la LORE, que introduce en nuestro ordenamiento jurídico la eutanasia como derecho individual

A modo de reflexión, cabe preguntarse si el número de solicitudes de objeción de conciencia en el momento actual se corresponde con el número que se preveía en los estudios realizados, con las reservas que el corto período de tiempo que ha pasado desde la entrada en vigor de la LORE y el no disponer todavía de una regulación del registro de objetores de conciencia nos hace tener sobre la proporción final de objetores cuando esta se establezca.

Con estas informaciones previas, podemos adelantar una serie de debilidades en el sistema de prestación de cuidados y de amenazas que puedan dificultar la normal implantación de la prestación de ayuda para morir.

1. En la Atención primaria de salud:
 - a. Los núcleos de escasa población plantean dificultades para mantener la debida confidencialidad y discreción en los procedimientos de solicitud, deliberación y realización efectiva de la prestación.
 - b. Los centros de salud más pequeños, con pocos profesionales, y más si se estos realizan su labor atomizados entre los diversos consultorios locales, con poca población y con alternativas muy limitadas cuando los profesionales faltan, como puede ser en situaciones de objeción de conciencia de algunos de estos profesionales.
 - c. Los valores y creencias de un determinado entorno cultural. Debemos considerar diferentes condicionamientos étnicos,

lingüísticos o religiosos dependiendo de que las poblaciones sean predominantemente urbanas o rurales, más o menos envejecidas, con mayor o menor proporción de población migrante extranjera.

- d. Derivado del anterior, en determinadas comunidades puede surgir desconfianza hacia los profesionales que participan en los procedimientos de la prestación de ayuda para morir.
- e. Finalmente, hay que considerar las dificultades potenciales en pacientes cuya atención primaria no está ajustada a la atención en profesionales vinculados a un equipo de atención primaria de salud, por ser beneficiarios de mutuas de seguros o por ser paciente de residencias u otros centros en régimen de internado, que en ocasiones tienen medios propios para la atención sanitaria primaria, con mayor o menor vinculación con los equipos de atención primaria según el centro.

2. En la Atención especializada:

- a. El tamaño, la estructura y la organización de los hospitales generales del Sistema Salud de Aragón, del Sistema Nacional de Salud en general, son muy diversos. La estructura en sectores del Servicio Aragonés de Salud conlleva que cada uno de estos niveles territoriales tiene entre sus recursos un hospital general, pero con una enorme variabilidad. Entre los que proceden de los hospitales comarcales del extinto INSALUD, como Barbastro, Alcañiz y Calatayud, hasta hospitales terciarios de gran complejidad como el Hospital Universitario Miguel Servet.

En los hospitales más pequeños, que atienden especialmente a poblaciones del entorno rural o ciudades pequeñas, las plantillas no incluyen más de un facultativo médico en determinadas especialidades, la gestión del procedimiento, sean como médico responsable o como médico consultor, se ve dificultada cuando está ausente, con cierta frecuencia porque la plaza está vacante, o, en el ámbito del problema analizado en este documento, cuando se declara objetor.

- b. Al igual que sucede en el ámbito de la Atención primaria de salud, y especialmente en los hospitales generales más pequeños y en hospitales sociosanitarios, pueden darse situaciones de desconfianza por parte de la población.
 - c. También habría que considerar los problemas para la prestación de ayuda para morir en pacientes procedentes de centros privados o asegurados por mutuas. La prestación está incluida en la cartera básica de servicios, pero estaríamos hablando de pacientes que pueden acercarse al sistema público demandando la prestación, cuando ni ellos ni sus procesos son conocidos por los servicios de este.
3. Dependientes de los profesionales:
- a. La regulación de la eutanasia entra en confrontación con los códigos deontológicos vigentes en los colegios profesionales, que tradicionalmente han regido la práctica médica. Estos serán modificados para acomodarse en el nuevo marco legal. La cultura de las organizaciones tiene una inercia, y los cambios, frutos de la reflexión y el debate entre los profesionales, llevan su tiempo hasta que calan en ella.
 - b. Existe una objeción de conciencia genuina en bastantes profesionales sanitarios, basada en valores o creencias íntimas de la persona, y que puede hacer para ellos muy difícil el participar en cualquier fase del proceso.
 - c. También existe una objeción de conciencia que obedece a variables del entorno. Incluso si tomando como base los estudios mencionados con anterioridad, el porcentaje de profesionales que considera positiva la regulación del derecho, a la hora de llevarlo a la práctica hay elementos que hacen que se retraiga de su participación:
 - i. Las posturas previas a la aprobación de la ley de colegios profesionales, asociaciones profesionales o científicas u organizaciones sindicales corporativas.

- ii. El temor del profesional a ser etiquetado por su participación en la prestación, especialmente en poblaciones pequeñas o en centros o servicios con un porcentaje alto de profesionales objetores. Miedo a provocar la desconfianza de la población a la que atiende.
 - iii. La presión del grupo para que se sume a posiciones “mayoritarias”.
 - iv. El miedo al procedimiento, que le es desconocido. Incluso no bien comprendido en sus aspectos más administrativos, poco adaptados a la cultura de la organización de los servicios sanitarios.
 - d. Existe una falta de formación en bioética y ética asistencial, y en el uso de un método deliberativo para llegar a un camino de acción prudente cuando se presentan dilemas por conflictos de valores u opiniones. Ya se ha mencionado en otros contextos del documento, el desconocimiento de la LORE y de los procedimientos administrativos, mejor conocidos y aceptados por otros profesionales al servicio de las administraciones públicas, funcionarios principalmente, pero no integrados en la práctica profesional cotidiana de los profesionales bajo el régimen del estatuto de las profesiones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
 - e. Y también debemos considerar que la práctica de la propia prestación, incluso si no es un profesional objetor, si no está repartida entre todo el colectivo profesional, puede provocar un estrés emocional y un desgaste profesional importante. Volvemos a resaltar que el problema es más importante cuando hablamos de centros pequeños con pocos profesionales.
4. Dependientes de las instituciones:
- a. El procedimiento de la prestación de ayuda para morir es un procedimiento garantista en un doble sentido. Tanto ha de garantizar que la persona pueda ejercer sin trabas su derecho

reconocido a acceder a la prestación, como ha de garantizar que cumple todos los requisitos denegándola a aquellos que no reúnen las condiciones y tienen alternativas válidas para llevar una vida digna y sin sufrimiento.

Los centros y servicios sanitarios, sin embargo, no se encuentran adaptados al tiempo y minuciosidad con la que hay que desarrollar esta tarea. Hay una presión asistencial que impide dedicar tiempo a muchos pacientes, una lucha continua contra esperas y demoras, un riesgo de inequidades en el reparto de esfuerzos para quienes los necesitan.

- b. Es también importante la mala adaptación de las herramientas de soporte y ayuda a la práctica del profesional, especialmente en el ámbito de las tecnologías de la información y los sistemas de información, como la Historia clínica electrónica, en ocasiones mal desplegados, anticuados o poco apropiados. En un entorno de presión asistencial importante, tener que pensar dónde o cómo encontrar el recurso necesario es un lastre, una debilidad del sistema.

Entre las posibles **recomendaciones o propuestas de solución** a los problemas presentados se pueden proponer los siguientes.

1. Es necesaria una formación específica sobre la LORE, a ser posible en cascada en toda la organización y que pueda ser ofertada a todos los profesionales médicos. En realidad, esta propuesta, no se limita a este colectivo, sino que sería de aplicación a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que puedan estar vinculados al procedimiento de la prestación de ayuda para morir, de forma directa o indirecta.
La información y el conocimiento debe llegar y ser ofertada a todos los equipos y servicios del Sistema de Salud de Aragón.
2. Es muy importante en el procedimiento de la prestación de ayuda para morir la fase de deliberación. Para aclararnos, se ha utilizado el término

“deliberación” o “proceso deliberativo” en dos contextos a lo largo de este documento y de otros relacionados con la eutanasia y la ética asistencial.

- a. La deliberación como proceso de comunicación con el paciente que solicita la prestación de ayuda para morir y que debe ser informado de sus opciones distintas a la prestación, tanto si se consideran alternativas o complementarias. Y para garantizar que el paciente es plenamente consciente de sus decisiones y de su voluntad de seguir adelante.
- b. El proceso deliberativo como método para resolver dilemas cuando existen conflictos entre los valores u opiniones de las personas que confluyen en torno a un proceso asistencial, sea el paciente, sus familiares o los profesionales.

En cualquier caso, en ambos casos es necesaria una formación y un conocimiento de herramientas y métodos para llevarlos a cabo.

3. Elaboración de protocolos de actuación propios en centros hospitalarios y sectores sanitarios, adaptados a sus características específicas dada la variabilidad en su tamaño, estructura y organización, y que incluyan a todos los profesionales que estén implicados en la prestación de la ayuda a morir. Estos protocolos deberían ser elaborados bajo el impulso de los cuadros directivos de los centros y servicios, por los profesionales y para los profesionales, e informados y asesorados por los comités de ética asistencial y por comisiones técnicas y científicas vinculadas a los procesos y procedimientos implicados.
4. Es especialmente importante que el profesional disponga de herramientas en su entorno de trabajo, especialmente asociados a los sistemas de información y tecnologías de la información, en particular la historia clínica electrónica, que le faciliten y le guíen en el procedimiento, paso a paso, sin la necesidad de ir navegando entre aplicaciones o entre distintos repositorios de documentación e información.

El final de la vida debe ser una prioridad, sobre todo en el contexto del sufrimiento no aliviado, protegiendo a los más vulnerables

El deseo de anticipar la muerte debe ser manejado dentro del contexto de la persona, de forma individualizada y por profesionales (médicos y enfermeras) capacitados y competentes para ello.

Nota final: Perspectiva de género.

Todas las referencias contenidas en el presente documento para las que se utiliza la forma genérica de género gramatical masculino genérico deben entenderse aplicables, indistintamente, a mujeres y hombres.

No obstante, por ser de uso habitual hablar del conjunto de los profesionales de la enfermería como «enfermeras», cuando se utilice dicho término en el texto debe entenderse aplicable, indistintamente también, a mujeres y hombres.

En Huesca, a 25 de febrero de 2020

Francisco Javier Olivera Pueyo
Vicepresidente de la Comisión
y presidente en funciones