



SUMARIO

PÁGINA

TEMA DEL DÍA

LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA: CUESTIONES
POLÉMICAS SOBRE SU APLICACIÓN

- *NÚRIA TERRIBAS* 1

PENSAMIENTO ACTUAL

PRÁCTICA CLÍNICA TUTELADA: DONDE EL ESTUDIANTE APRENDE ACTITUDES Y
VALORES

- *EVA PEGUERO-RODRÍGUEZ, JUANJO MASCORT-ROCA, FRANCESC BORRELL
I CARRIÓ* 26

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

LA MÚSICA TRANSFORMA NUESTRAS VIDAS

- *FRANCESC BORRELL I CARRIÓ* 39

GUÍA SONORA DE LOS VIAJES DE MOZART

- *DAVID PUERTAS ESTEVE* 64



Fundació
Letamendi-Forns

REVISTA

FOLIA HUMANÍSTICA

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach i Mira (UAB/UB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
li-a-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
li-a-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA: CUESTIONES POLÉMICAS SOBRE SU APLICACIÓN

Núria Terribas

Resumen: La regulación de la eutanasia en España ha sido el colofón de un proceso de décadas, de debate y evolución de la opinión pública, favorable a su despenalización. La Ley 3/2021 de regulación de la eutanasia la reconoce como un derecho del ciudadano y una prestación del sistema de salud, pero la hace accesible a través de un procedimiento complejo. Con muchos requisitos y trámites burocráticos, no siempre bien delimitados, y que dejan la gestión de los casos, e incluso a veces la interpretación de la Ley, en manos de cada territorio autonómico. Su entrada en vigor se ha producido en tiempo muy breve y su aplicación, casi inmediata, está resultando difícil y con diversas cuestiones polémicas, no resueltas, que requieren cierto análisis. Con mayor perspectiva, cuando se disponga de más experiencia práctica en el tiempo, se podrán unificar criterios y evitar el trato inequitativo de los ciudadanos en función de su lugar de residencia.

Palabras clave: *Eutanasia/ prestación de ayuda para morir/ sufrimiento grave/ capacidad de hecho/ objeción de conciencia/ voluntades anticipadas/ comisión de garantía y evaluación.*

Abstract: **ORGANIC LAW REGULATING EUTHANASIA IN SPAIN: CONTROVERSIAL ISSUES ABOUT ITS APPLICATION**

Spanish euthanasia regulation has been the culmination of a decades-long process of debate and public opinion evolution, propitious to its decriminalization. Law 3/2021, (regulating euthanasia), recognizes it as a citizen's right, a right that must be provided by the health system; however, it is accessible through a complex process with many requirements and bureaucratic procedures. The specific handling of cases - and sometimes even the interpretation of the Law - are left to the Autonomous Communities. The implementation of this Law has occurred in a very short period, and consequently has originated controversial and unresolved issues that require some analysis. A broader time perspective will allow us to unify criteria, to avoid inequities derived from the place of residence of citizens.

Key words: *euthanasia/ assistance to die/ serious suffering/ de facto capacity/ conscientious objection/ advance directives/ Guarantee and Evaluation Commission.*

Artículo recibido: 12 enero 2022; **aceptado:** 30 enero 2022.

I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos treinta años se han producido intensos debates públicos, en España y en muchos países, sobre casos de enfermos terminales o personas con procesos degenerativos irreversibles que pedían morir para evitar el sufrimiento o para no tener que vivir la fase más degradante de la enfermedad. Entre los casos más

célebres destacan en España, por su valor paradigmático, los de Ramón Sampedro o el más reciente de M. José Carrasco, entre otros.

El despliegue jurídico y mediático derivado de estos y otros muchos casos, así como el proceso de reflexión que han provocado en diferentes ámbitos, especialmente desde la bioética, han evidenciado la necesidad de atender los problemas humanos que se plantean en determinadas situaciones especialmente graves de enfermedad.

Todo ello ha generado también cambios sustanciales en la percepción social de la eutanasia. El miedo a un padecimiento insoportable pesa a menudo más que el miedo a la muerte. Se ha ido abriendo camino la idea de que, en determinadas circunstancias, es legítimo plantear la posibilidad de poner fin a la vida por decisión propia. Además del activismo incansable durante décadas de entidades de la sociedad civil como la Asociación Derecho a un Muerte Digna (DMD) (1), un número creciente de voces desde la bioética ya habían expresado en los últimos tiempos la conveniencia de abordar la regulación legal de la eutanasia (2,3,4). La evolución de la opinión pública demostraba que se había alcanzado un grado de concienciación de la sociedad propicio para abordar un cambio legislativo como el que finalmente se ha dado (5,6). Así mismo, los profesionales sanitarios aparecen en este contexto como un elemento de garantía, dado el prestigio profesional y la valoración social que tienen, y, por ello, se ha planteado siempre considerando la ayuda a morir como un acto clínico en el que es imprescindible su participación.

En este debate sobre la disponibilidad de la propia vida se manifiesta la diversidad de maneras de pensar en nuestra sociedad plural. Mientras una parte de la sociedad reclama la facultad de poder poner fin a la propia vida cuando ésta no reúna las condiciones de dignidad que estima imprescindibles, desde determinados ámbitos se defiende que la vida de las personas no puede depender de la acción del hombre y que incluso no es tarea de los profesionales sanitarios intervenir en poner fin a la vida a petición de la persona, ni siquiera en contexto de enfermedad y gran sufrimiento. Desde el máximo respeto hacia todas las convicciones y las conductas

que de ellas se derivan, cabe reflexionar sobre si las normas penales que castigan la intervención sobre la propia vida, tienen suficiente justificación ética y suficiente legitimidad democrática, a la vista de las demandas ciudadanas y la pluralidad de convicciones morales de nuestra sociedad actual.

El legislador español así lo ha considerado y finalmente aprobó la ley despenalizadora de la eutanasia, dando respuesta a esa demanda.

II. MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

El pasado 25 de Junio de 2021 entraba en vigor en España la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de Marzo de Regulación de la Eutanasia (7) - en adelante LORE-, solo tres meses después de su aprobación. Dado que la Ley deja a la gestión de cada territorio el acceso a la prestación y su aplicación práctica (debe tenerse en cuenta la estructura territorial y política en España con 17 Comunidades Autónomas, todas ellas con competencias en materia de sanidad y servicios sociales), esta premura por su rápida entrada en vigor supuso una presión a los distintos sistemas de salud autonómicos a fin de tener a punto todo lo necesario para su aplicación (formación a los profesionales, información a la ciudadanía, documentación como modelos, formatos, guías explicativas, aplicativo informático a disposición de los profesionales implicados para la gestión de cada caso, Comisión de Garantías constituida y en funcionamiento, Registro de Objetores creado, etcétera.).

Cabe mencionar que la ley española, a diferencia de otros países europeos que nos han precedido, regula un sistema de control previo a la aplicación de la eutanasia. Este obliga a seguir un procedimiento administrativo y bastante burocrático para la obtención del visto bueno final de cada petición, o bien su denegación, que depende en última instancia de la Comisión de Garantías y Evaluación de que dispone cada Comunidad Autónoma.

Tal como dice la ley en su Exposición de Motivos, *“la ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de*

la sociedad actual como es la eutanasia"; regular con claridad los supuestos que pueden quedar amparados por la norma, los requisitos para su correcta práctica y las garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de decisión, descartando cualquier presión externa que pueda viciar dicha libertad. No hacerlo así supondría dejar a las personas más vulnerables desprotegidas respecto a su derecho a la vida que el marco constitucional exige proteger.

Según se dice, el fundamento jurídico de dicha regulación se halla precisamente en la propia Constitución Española, aludiendo al art. 1.1 -valor superior de la libertad personal-, art. 10 -dignidad humana-, art. 15 -derecho a la vida y a la integridad física y moral-, art. 16 -libertad ideológica y de conciencia- y art. 18 -derecho a la intimidad-. Explicita claramente su Exposición de Motivos que *"cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad e integridad, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad de su titular"*.

Objeto y ámbito de aplicación de la Ley

La LORE define como objeto de la norma regular el derecho que asiste a toda persona (que cumpla las condiciones exigidas) a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, siguiendo el procedimiento y garantías establecidas, siendo de aplicación en todo el territorio nacional. Así se dispone en el Cap. IV del texto de la ley, referente a la *garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir*. La prestación estará incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y será de financiación pública. Se realizará en el domicilio del/la paciente o en centros sanitarios públicos, privados o concertados, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.

Tal como hemos mencionado, la gestión territorial de la prestación en cada Comunidad Autónoma implica que puedan darse diferentes formas de aplicación de la ley. Así, con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial en dicha prestación, el Consejo Interterritorial del SNS ha elaborado un Manual de Buenas Prácticas (8) con el objetivo de que se aplique correctamente y de forma igualitaria y, así, se aseguren las disposiciones de la ley.

Modalidades de la ayuda para morir

La definición de eutanasia que recoge el texto legal la describe como *la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación de causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.*

A pesar de recoger dicha definición, paradójicamente el texto de la ley (más allá de su título y de su exposición de motivos) no utiliza más el concepto de eutanasia, ni de ayuda al suicidio en todo su articulado, refiriéndose siempre a la *“prestación de ayuda para morir”*. Se recoge en el apartado de definiciones -art. 3-, la siguiente descripción: *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.* Dentro de esta definición, se contemplan dos modalidades posibles, que en el lenguaje bioético más común las asimilaríamos a “eutanasia” y “ayuda al suicidio”. Así, dispone que puede darse mediante:

a) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del/la profesional sanitario/a competente *-eutanasia-*.

b) La prescripción o suministro al o la paciente, por parte del/la profesional sanitario/a competente, de una sustancia de manera que se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte *-ayuda al suicidio o suicidio médicamente asistido-*.

Requisitos para la práctica eutanásica

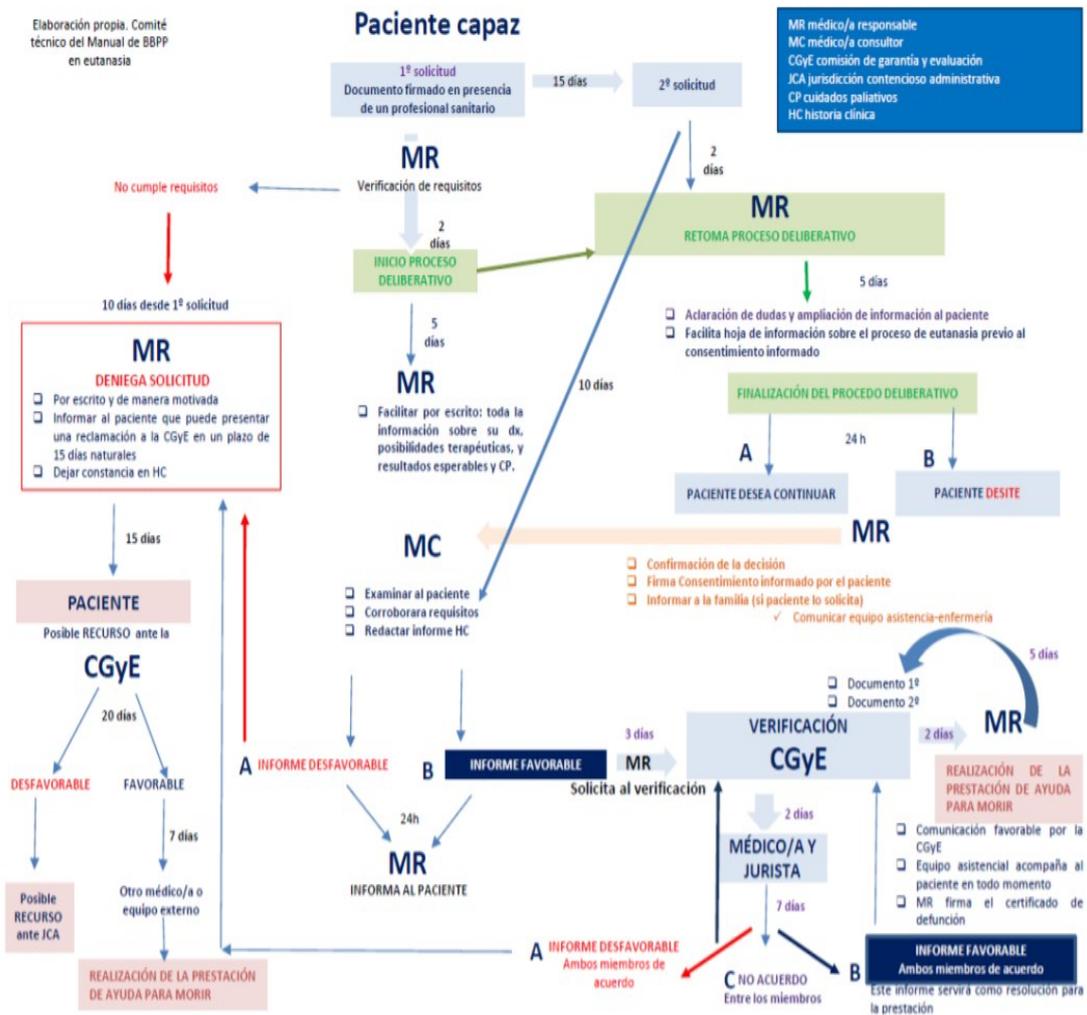
El texto legal recoge de forma clara en su art. 5 cuáles son los requisitos para poder recibir la prestación de ayuda para morir:

- Tener nacionalidad española o residencia legal en España, ser mayor de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- Sufrir una enfermedad grave e incurable, con horizonte próximo de muerte, o padecer una enfermedad grave, crónica e imposibilitante, en los términos establecidos en la norma, y certificada por el médico o médica responsable.
- Disponer por escrito de la información sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.
- Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas. Se contempla también la opción de que el/la paciente se encuentre ya en situación de incapacidad de hecho de forma irreversible, a valoración del médico o médica responsable, pero tenga formulada la petición de prestación de ayuda para morir en un documento de voluntades anticipadas (DVA) o documento equivalente legalmente reconocido.
- Prestar el consentimiento informado (CI) previamente a recibir la prestación de ayuda para morir, incorporándose este en la historia clínica del/la paciente.

Procedimiento previsto

Todo el procedimiento, desde la petición inicial por parte de la persona hasta la práctica eutanásica con resultado de muerte, con las distintas respuestas posibles según el caso, se halla previsto en los arts. 7 a 12 del texto de la ley y puede sintetizarse en el siguiente diagrama del MBP (9), donde se recogen los diferentes pasos y plazos para cada uno/a.

ANEXO I. Diagrama del procedimiento de solicitud de la prestación Grupo de Trabajo, Comité Técnico elaboración MBP



III. CUESTIONES POLÉMICAS DE LA LORE Y DIFICULTADES EN SU APLICACIÓN PRÁCTICA

Desde la entrada en vigor de la ley (especialmente en los meses posteriores en que se ha iniciado su implementación en las distintas Comunidades Autónomas) son diversas las cuestiones que han suscitado debate y, a su vez, necesidad de clarificación por la inconcreción de la norma o por su redactado confuso.

Tal como establece la ley, el Consejo Interterritorial de Salud –que aglutina los representantes de Sanidad de las 17 Comunidades Autónomas- ha elaborado un Manual de Buenas Prácticas a fin de unificar criterios, clarificar dudas o concretar aspectos prácticos de la Ley, si bien este manual no tiene carácter vinculante. Por ello, algunas de las cuestiones que recoge están siendo también reinterpretadas o debatidas territorialmente, conforme va avanzando la casuística planteada.

En el presente capítulo analizaremos algunas de estas cuestiones, revisadas también desde la experiencia de la aplicación de la ley en Cataluña, una de las comunidades autónomas que la está aplicando con mayor celeridad y rigor.

Objeción de conciencia

Del mismo modo que la ley regula el derecho del/la ciudadano/a a acceder a la prestación de ayuda para morir, recoge de forma específica el derecho a la objeción de conciencia al que pueden acogerse los profesionales sanitarios a título personal e individual. Así se deduce del art. 3 de la ley, cuando define la objeción de conciencia como “*derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en la ley que resulten incompatibles con sus propias convicciones*”.

Más adelante establece explícitamente en el art. 16.1 que “*los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir tendrán el derecho de ejercer objeción de conciencia sanitaria. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación es una decisión individual del/la profesional directamente*

implicado en su realización, que deberá manifestar anticipadamente y por escrito". Se acota así el ámbito subjetivo de esa posible objeción. Del mismo modo se insta a las administraciones sanitarias a crear un registro de profesionales sanitarios objetores, a fin de facilitar la necesaria información a la administración que garantice la prestación de ayuda a morir para los ciudadanos que así la demanden según su derecho.

Respecto al texto literal de la ley se suscitan, cuando menos, tres interrogantes a los que no se está dando respuesta del mismo modo en todas partes:

- ¿La objeción de conciencia es un derecho que pueda ejercerse colectivamente o en nombre de un ideario institucional?: el tenor literal de la norma es muy claro en este sentido y habla de "derecho individual". No se trata de un derecho fundamental de invocación directa, sino de la manifestación del derecho fundamental a la libertad ideológica (reconocido en el art. 16.2 de la Constitución Española) y que no puede ejercerse sin un reconocimiento explícito en la norma (*interpositio legislatoris*), según recoge jurisprudencia del Tribunal Constitucional (10). En este caso, igual que ocurre en la legislación en materia de aborto, es la LORE quien lo recoge y especifica su ejercicio como derecho personal e individual, excluyendo cualquier modalidad distinta de colectivo profesional o institución (11).

Aún así, esta cuestión está siendo objeto de debate, puesto que instituciones religiosas que gestionan servicios de salud defienden su derecho a objetar en nombre de su ideario. Algunas argumentaciones, como la del Comité de Bioética de España (12), se escudan en el hecho de que la objeción no requiere un reconocimiento específico en la norma y en la STC 137/1985, que sigue el principio del art. 19.3 de la Ley Fundamental de Bonn según el cual las personas jurídicas pueden ser titulares de derechos fundamentales en la medida que por su naturaleza les sean aplicables, sirviendo así para aplicar a las instituciones el derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto del art. 16.2 de la CE.

Igualmente, para la defensa del derecho a la objeción institucional se invoca por analogía la Resolución 1763 del Consejo de Europa de 7.10.10 centrada en el

aborto (13), por la que insta a los estados miembros a desarrollar una legislación que regule y defina la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Cita la mencionada resolución que “Ninguna persona, hospital o institución será coaccionada, considerada civilmente responsable o discriminada debido a su rechazo a realizar, autorizar, participar o asistir en la práctica de un aborto, *la realización de un aborto involuntario o de emergencia, eutanasia o cualquier otro acto que cause la muerte de un feto humano o un embrión, por cualquier razón. Los estados miembros deberán garantizar el libre ejercicio de la libertad de pensamiento, conciencia y religión a todos los proveedores de servicios sanitarios, así como a garantizar al ciudadano el acceso a estos servicios en el tiempo adecuado*”.

A la espera de una futura regulación específica de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario que pueda clarificar todo esto, en el marco de la LORE y en mi opinión, las instituciones no pueden invocar un derecho a la “objeción de conciencia” puesto que la conciencia es un atributo exclusivo de la persona física. Menos aún invocar su ideario para negar la prestación de ayuda para morir reconocida como un derecho del/la ciudadano/a y una prestación del sistema nacional de salud, ni pueden tampoco obligar a objetar a sus profesionales, ya que atentarían a su libertad ideológica y a su autonomía profesional. A pesar de ello, probablemente nada puede evitar que se ejerzan presiones internas sobre los profesionales, siendo una forma de “objeción institucional” encubierta. Sobre esta cuestión vale la pena una lectura del breve pero acertado documento del Comitè de Bioètica de Catalunya (14).

- ¿Qué entendemos por “profesional sanitario”? en el texto legal se habla del derecho a la objeción por parte de los *profesionales sanitarios*, de modo que habría que recurrir a la legislación sectorial para concretar a quién incluye este término, más aún cuando en el proceso de la ayuda para morir pueden y deben intervenir otros profesionales (por ejemplo del ámbito de trabajo social), que no tendrán tal consideración. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (15) nos da respuesta a ello, pues no todo el personal sanitario tiene la consideración de “profesional sanitario”. Así, quedaría excluido del derecho a objetar el personal auxiliar

o subalterno, administrativo, directivo, etcétera., pero también los profesionales de trabajo social, que pueden tener un papel importante en las peticiones de eutanasia.

- ¿Qué entendemos por “profesionales directamente implicados”? Esta es otra de las cuestiones que suscita debate puesto que se han dado interpretaciones diversas. El art. 16.1 habla de la *implicación directa en la realización de la prestación*, y ello podría permitir: o bien una **interpretación extensiva** si bajo el concepto “realizar” incluimos cualquier intervención a lo largo del proceso (desde el médico responsable, a otros profesionales del equipo que valoran el caso, médico consultor, farmacéutico, psicólogo clínico si interviene, etcétera.); o bien darle **una interpretación literal** y más restrictiva, entendiendo que solo pueden objetar los profesionales que participan de forma directa en la *realización* del acto final que produce la muerte (profesional de la medicina y enfermería, a lo sumo, que son los responsables de administrar los fármacos letales, acompañando a la persona hasta el final).

En este sentido, el MBP opta por hacer una interpretación extensiva y considera que puede objetar cualquiera de estos profesionales sanitarios que participan en algún momento en el proceso, con actos “*necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuáles no fuese posible llevarla a cabo*”, incluyendo médicos/-as, responsables y consultores/-as, así como psicólogos clínicos, farmacéuticos, etcétera. Tal interpretación, incluso más extensa aún, es la que hace el CBE en el documento mencionado anteriormente. Al contrario, se pronuncia el Comité de Bioética de Andalucía en su informe de Abril 2021 (16), argumentando la restricción de la objeción únicamente a los profesionales que son protagonistas al final del proceso cuando debe aplicarse la prestación (médico/-a y enfermería), con la administración de la medicación preceptiva. Todas aquellas que han participado previamente durante el proceso, incluyendo el/la médico/-a consultor/-a u otros, no considera que sean “partícipes directos en la realización” de la prestación puesto que su tarea es evaluar e informar sobre el cumplimiento de los requisitos legales para poder acceder a la prestación, pero no se implican en su realización práctica. Si no

evalúan ellos lo harán otros profesionales, por lo que su intervención no es imprescindible.

Suscribo totalmente la interpretación que hace el comité andaluz, por cuanto la voluntad del legislador es garantizar al máximo el acceso a la prestación y no facilitar la extensión de la posible objeción de conciencia a muchas personas, hasta el punto de llegar a hacer inoperante el acceso a la misma. Aún así, las indicaciones del MBP y la fuerte influencia ideológica en muchas comunidades autónomas, propiciará la extensión de la objeción y su aceptación más allá de lo que sería deseable.

Finalmente, cabe hacer una breve referencia al tema del registro de objetores que la ley prevé que debe existir en cada territorio. Cabe decir que tanto los colectivos profesionales, como determinados estamentos de la administración no estaban de acuerdo con este registro. Puesto que éste supone una forma de obligar al profesional a explicitar sus convicciones morales. Además, supone también que su inscripción en tal registro les “etiqueta” como personas contrarias a la prestación de ayuda para morir, cuando esta objeción puede darse en determinado contexto o situación y no en cambio para otros casos. Por ejemplo, un profesional puede aceptar implicarse en una práctica eutanásica en el caso de un paciente con enfermedad en fase final y horizonte de muerte próximo, con gran sufrimiento, pero generarle dudas morales un caso de paciente con patología gravemente invalidante, pero no en fase final de vida (por ejemplo, caso Ramón Sampedro con tetraplegia de años de evolución, pero con pronóstico vital aún largo).

En la práctica que estamos viviendo, y así lo recoge también el MBP, se admite y aplica la objeción “ad hoc” o al caso concreto, de modo que un profesional no inscrito en el registro de objetores puede manifestar su objeción ante una petición específica; entonces se articulará el procedimiento para poder relevarle de esa responsabilidad y buscar otro profesional que quiera asumirlo, sin desatender a la persona en su derecho. De hecho, la experiencia en Cataluña nos indica que el número de profesionales inscritos en el registro de objetores es bajo y no se están generando especiales problemas en este sentido. No puede decirse lo mismo de otros

territorios donde la objeción está siendo motivo de retrasos y denegaciones de la prestación, dejando a las personas desatendidas en su derecho por falta de respuesta ya desde los primeros pasos del procedimiento (17). El tema de la objeción de conciencia, así como otras cuestiones procedimentales, parece que, por ahora, están generando inequidad en el acceso a la prestación, y no se está garantizando de la misma forma en todas las comunidades autónomas. Habrá que seguir su evolución.

Valoración de la “capacidad de hecho” del/la solicitante

Otro de los requisitos para iniciar el procedimiento de eutanasia que está generando algunas dificultades de interpretación es la capacidad del/la solicitante. En el art. 3 de las definiciones se describe lo que se entiende por “Situación de incapacidad de hecho” aquella en que *el/la paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por si mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica*. Parece claro que la ley se refiere a lo que en clínica llamamos “competencia” del/la paciente (en determinado contexto, lugar y tipo de decisión) y que es independiente de su estatus jurídico en relación con la capacidad como concepto legal. En el art. 5, cuando se describen estos requisitos, la norma habla de que la persona sea “capaz y consciente”, sin describir nada más, hasta que en el art. 9 se recoge el procedimiento a seguir si se aprecia “incapacidad de hecho” del solicitante. Es ahí donde dispone que será el/la médico responsable quien tiene que valorar esa capacidad de hecho, asimilable al concepto de “competencia”, entendida como la capacidad de entender y valorar la información, las opciones y tomar una decisión ponderada, libre y consciente.

Sin embargo, como en otras decisiones sanitarias, el profesional debería someter a evaluación esa capacidad de hecho o competencia únicamente cuando hay signos de que esta no sea completa o genere dudas por fluctuación de la voluntad de la persona, y concluir así si estamos o no ante el escenario del art. 9. La competencia de la persona mayor de edad se presupone. Y, salvo duda manifiesta, no debería

hacerse una valoración objetiva de la misma con herramientas tales como escalas de valoración, test, etcétera, ni tampoco exigirse sistemáticamente por parte de los revisores de la Comisión de Garantía y Evaluación que se acredite objetivamente en todos los casos la valoración de la capacidad a fin de revisar la solicitud en aras a aprobarla o no. El criterio clínico del/la médico responsable, explicitado en su informe que valora al paciente como competente, debe ser tenido por válido, igual que se hace en el resto de decisiones clínicas a diario (18).

Aún así, en la práctica se dan situaciones en las que el/la médico responsable parte de que toda petición de eutanasia requiere de una valoración previa de la capacidad de hecho del/la paciente, como si por el simple hecho de pedirla ya hiciese sospechar de su falta de capacidad. Esa valoración no es legalmente exigible ni éticamente justificada salvo en ciertos casos.

Es evidente que la petición de ayuda para morir es una decisión de gran trascendencia para la persona que sufre gravemente. Y también que su situación le genera angustia y desánimo, e incluso en algunos casos decaimiento y cierto estado depresivo. Sin embargo, ello no es razón para poner en duda sistemáticamente la competencia y la validez de su petición, puesto que esos factores forman parte del propio contexto que lleva a pedir la eutanasia, sin que supongan alterar la voluntad de la persona ni su capacidad de comprensión, salvo que haya indicios claros de ello que el/la profesional debe saber identificar.

Los motivos de dicha actitud a veces un tanto “paternalista” pueden ser diversos, desde el propio sesgo cultural que implica no estar familiarizado aún con la eutanasia, como el hecho de que se quiere tener la máxima seguridad jurídica por parte del/la profesional evitando que se escape nada. Este exceso de celo, comprensible en parte, puede dar lugar a la demora del proceso –la realización de pruebas y test o las interconsultas con psiquiatría o psicología llevan tiempo-, y a que el/la paciente se sienta cuestionado en su decisión. Deberá evitarse caer en ello, por innecesario, cuando de la entrevista con el/la paciente y del proceso deliberativo con él, no se desprende ningún indicio para cuestionar esa competencia.

El MBP recoge justamente estas recomendaciones en su Protocolo de Actuaciones para la valoración de la incapacidad de hecho, instando a los profesionales a realizar una buena entrevista clínica y de deliberación con el/la paciente, teniendo en cuenta 4 criterios básicos: capacidad de comprensión de la información proporcionada, capacidad de apreciación (interiorización y ponderación de las consecuencias), razonamiento coherente y expresión de su voluntad libre en la petición de ayuda para morir. Solo cuando de esta entrevista surjan dudas, tiene sentido recurrir a otros instrumentos tales como herramientas de valoración o la interconsulta con otro profesional experto para identificar posibles alteraciones de esta “capacidad” que pongan en cuestión o invaliden la petición de ayuda para morir (19).

El proceso deliberativo

El art. 8.1 que regula el procedimiento, establece la obligatoriedad del/la médico responsable de establecer un proceso deliberativo con su paciente, tras haber recibido la primera solicitud.

En este proceso se trata de intercambiar y contrastar con el/la paciente la información sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, posibles cuidados paliativos, recursos sociales disponibles, etcétera, asegurándose que comprende la información que se le facilita, y verificando de nuevo para aclaración de dudas, en una segunda sesión pasados 15 días desde la 1ª solicitud.

La interpretación de lo que debe ser ese “proceso deliberativo” está generando también cierto debate. Hablamos de un proceso que teóricamente ya es conocido por los profesionales sanitarios. Este debería aplicarse en cualquier toma de decisiones en salud en la que el/la paciente tiene que ponderar la información de riesgos y beneficios y, luego, decidir mediante el Consentimiento Informado si accede a cierta actuación sanitaria que se le propone o solicita. En el contexto de la eutanasia la deliberación no debería suponer nada distinto, más allá de la trascendencia irreversible de la decisión a tomar y que requiere verificar más explícitamente aun, si

cabe, que la persona entiende, comprende y decide, en consecuencia, de forma libre y sin presiones ni coacciones de terceras personas.

Aún así en estos meses, desde la entrada en vigor de la ley, se han elaborado documentos y guías de orientación o ayuda para la realización del proceso deliberativo, cuya pretensión va más allá de lo que la propia norma dispone. Se interpela al paciente sobre sus razones para la petición de ayuda para morir, sobre aspectos íntimos o personales o de entorno o contexto familiar, etcétera (20). A mi entender, esas propuestas que incluyen preguntas o interrogación de ciertas cuestiones se exceden no solo de lo que establece el marco jurídico, sino del propio respeto a la petición/decisión de la persona, llegando incluso a experimentarse como un cuestionamiento de su autonomía y voluntad. Parece que damos por hecho que el proceso deliberativo debe “disuadir” a la persona de su voluntad de morir, cuando debería ser un ejercicio de verificación de la decisión libre e informada del solicitante una vez conoce todas las opciones que podemos ofrecerle, sin pretender ir más allá.

Petición de eutanasia recogida en el DVA o documento equivalente

Tal como ya hemos mencionado, la LORE contempla que la petición de ayuda para morir esté recogida previamente en un Documento de Voluntades Anticipadas o documento legalmente equivalente. Y que dicha petición se considere válida para aplicar la eutanasia cuando la persona ya no puede solicitarlo por haber perdido su capacidad de hecho. Este escenario es el que contempla el art. 5.2 de la Ley (eximiendo en tal caso de los requisitos de formular 2 solicitudes con intervalo de 15 días, realizar un proceso deliberativo y firmar un Consentimiento). En buena lógica se excluyen tales requisitos dado que ya no tenemos a la persona en condiciones para poder ser protagonista y participe de todo ello. La ley da validez a la petición recogida en el DVA y el documento servirá como solicitud para proceder conforme se disponga en el mismo. Podrá iniciar el proceso en base al documento el/la representante legal, si estuviese designado, o el propio médico/-a responsable al tener conocimiento de dicha voluntad anticipada.

Esta previsión legal ha suscitado algunas dudas. En primer lugar en cuanto a la validez del documento, otorgado en muchos casos con anterioridad a la entrada en vigor de la ley. Algunas Comunidades Autónomas (21) exigen la validación de la petición de eutanasia, a modo de “actualización” de la voluntad, extralimitándose a lo dispuesto en la Ley (que no marca caducidad ni antigüedad mínima para dar por válida una petición de eutanasia o ayuda para morir recogida en un DVA o documento equivalente). Si la voluntad está claramente expresada y el/la paciente se encuentra en alguna de las situaciones que se describen como de “contexto eutanásico” (enfermedad grave e incurable / padecimiento grave, crónico e imposibilitante), esa voluntad debe ser respetada y aplicada, sin que exista margen para su denegación. La exigencia de esa “actualización” de la voluntad no es admisible, puesto que dejaría sin efecto las peticiones de eutanasia de personas que lo expresaron en su día en plenas capacidades, pero ya no pueden validarlo de nuevo por haber perdido su capacidad de hecho.

Otra cuestión debatida es el papel que debe desempeñar el/la representante designado en el documento. La ley habla de “interlocutor válido”. A mi entender, debe ser la persona con la que dirimir posibles dudas de interpretación de lo contenido en el documento, pero sin ir más allá. No exige la norma que el/la representante deba firmar los documentos de solicitud y CI en lugar del/la paciente, ni tampoco que el/la médico/-a responsable deba realizar con el/la representante ningún proceso deliberativo, pues explícitamente excluye esos requisitos. Tengamos en cuenta que la solicitud de ayuda a morir recogida en un DVA se prevé para el supuesto de pérdida de la capacidad de hecho de la persona, facilitando así el proceso puesto que acorta los plazos de tramitación.

Cabe mencionar también como cuestión en debate si a la petición recogida en un DVA o documento legalmente equivalente puede asimilarse la petición que esté recogida en una Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA), sin que tenga su reflejo en DVA. La PDA es un proceso de toma de decisiones que se realiza con el/la paciente, el equipo profesional, el entorno familiar y de cuidado que el/la paciente

deseo, especialmente en el contexto de paciente crónico complejo y con un horizonte vital limitado. Esta planificación se documenta y registra en la historia clínica del/la paciente, en la que el/la profesional o profesionales intervinientes pueden reseñar días y horas concretas de las visitas, entrevistas mantenidas, decisiones tomadas, acuerdos terapéuticos, etcétera., siendo así un documento completo, trazable informáticamente –por tanto no manipulable- y veraz de las decisiones y acuerdos suscritos con el/la paciente. La cuestión es si una petición de ayuda para morir recogida en una PDA, y no registrada explícitamente en un DVA, podría ser considerada como un “documento legalmente equivalente” en los términos del art. 5.2 de la LORE. Ciertamente que su forma de registro no es un documento notarial (firmado por el/la paciente), ni un documento inscrito en el registro de Voluntades Anticipadas, sino que es parte de la Historia Clínica. Sin embargo, podría entenderse como “documento legalmente equivalente” por cuanto la HC es el documento legal más válido para acreditar la buena praxis médica. Se de o no esa interpretación a la norma, es aconsejable que a partir de la entrada en vigor de la ley los profesionales que elaboran PDA en las que el/la paciente tiene clara la voluntad de solicitar la eutanasia llegado cierto momento de su proceso, les aconsejen que redacten a su vez un DVA para garantizar el cumplimiento de su voluntad y evitar conflictos.

La valoración del sufrimiento del/la solicitante

Cuando el/la médico responsable recibe una solicitud de eutanasia, entre los requisitos a validar es que el/la solicitante se encuentre en alguna de las situaciones que la ley describe como de “contexto eutanásico”: sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

La interpretación y valoración de estas situaciones no siempre está siendo fácil y algunos casos llevan a denegación por parte del/la médico/-a responsable o médico/-a consultor/-a, elevándose la correspondiente reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación.

La dificultad radica a veces en la valoración del sufrimiento del/la paciente. Se tiende a parametrizar y objetivar el sufrimiento tomando como referencia elementos visibles, como las limitaciones en la funcionalidad de la persona para las actividades de su vida diaria, la dependencia de terceros, el nivel de dolor, etcétera. Sin embargo, en ocasiones, el mantener aún una aparente autonomía funcional o tener controlado el dolor a base de potentes fármacos no implica falta de un sufrimiento emocional y psicológico muy grande. La respuesta del/la profesional que deniega su petición porque el/la paciente “todavía no está suficientemente mal” es a veces excesivamente dura y debe ponderarse bien. Lo importante es que se verifique si su patología y situación de base se corresponde o no con las que describe la ley, teniendo en cuenta si el sufrimiento referido por el/la paciente es para él insoportable, tal como recoge la ley (“*sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para el que lo padece*”). El sufrimiento es algo tan subjetivo que debemos dar credibilidad a la vivencia que del mismo nos refiere el/la paciente. Sin pretender que siempre se corresponda con lo apreciable externamente, pues muchas veces no será así y podemos ser injustos generando más sufrimiento aún, que incluso lleve a la persona a buscar salida por su cuenta.

En este sentido, cabe analizar con especial cuidado las peticiones de eutanasia que derivan de patologías mentales o del sufrimiento que conlleva para el/la paciente saberse enfermo crónico mental (con graves limitaciones para su vida diaria) y que le llevan a preferir morir que seguir viviendo en tales condiciones (a pesar de los tratamientos que se le puedan ofrecer, habitualmente medicación de por vida para evitar descompensaciones) sin curación posible. Obviamente, si dicha patología mental anula la competencia del/la paciente y no le permite formular una solicitud de eutanasia lúcida y consciente, ya no habrá caso. Pero no descartemos situaciones en las que el trastorno mental está controlado o compensado, pero que genera una gran limitación a la persona con plena conciencia de ello y enorme sufrimiento que pueden llevarle a pedir ayuda para morir.

Del marco legal no se desprende el no poder valorar también estos casos, dentro de lo que sería la situación de “padecimiento grave, crónico e imposibilitante” y que se describe en su art. 3 como *“situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite a la persona valerse por si misma, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que lleva 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”*.

No es difícil que se den situaciones de trastorno mental, lúcido y compensado, (que generen este nivel de sufrimiento) y que la persona llegue a formular la solicitud de ayuda para morir. Habrá que ver cómo afrontamos estos casos en su momento.

Sistema de control “ex ante”

Un último aspecto relevante de la aplicación práctica de la LORE es el procedimiento de control previo establecido, a través de la *Comisión de Garantía y Evaluación*. Tal como hemos dicho, la ley española es la primera que regula un sistema de control previo a la realización de la eutanasia. De modo que, sin el visto bueno de la Comisión (como último paso del procedimiento) el/la médico responsable no podrá llevar a cabo la prestación de ayuda para morir.

La ley prevé la existencia de una Comisión en cada Comunidad Autónoma. De modo que las correspondientes consejerías de salud o sanidad han tenido que articular su creación y puesta en funcionamiento para: revisar y validar, o denegar, las peticiones que puedan llegar en cada territorio. La ley marca unos mínimos en cuanto a perfiles de sus miembros (profesionales de la medicina y juristas), pero deja el resto de aspectos como: su composición y números de vocales, otros perfiles profesionales de sus miembros, duración de su mandato, procedimiento interno para la revisión de

los casos, etcétera. Queda así a criterio de cada Comunidad Autónoma que lo define en el Decreto o norma de su creación.

Lo relevante en esta cuestión es el haber establecido un procedimiento más garantista, pero más burocrático y alejado de la realidad asistencial para autorizar la eutanasia, trasladando la última decisión a la Comisión.

En los países que nos han precedido, con un sistema de control posterior, es responsabilidad del/la médico/-a del/la paciente y su consulta de segunda opinión (presente en las leyes holandesa, belga y de Luxemburgo), la ponderación del cumplimiento de todos los requisitos legales y, en consecuencia, la aplicación de la prestación de ayuda para morir, sin recabar otra autorización previa. Las comisiones de control y evaluación de estos países actúan siempre como control “ex post”, es decir, supervisando la documentación e informes que se les remiten una vez practicada la ayuda para morir, abriendo investigación judicial contra el/la médico o médica responsable, en su caso, si se verifica que algo se ha incumplido. Esta modalidad de control “ex post” implica una plena confianza en el criterio profesional, por un lado, y una voluntad de agilizar los procesos de final de vida con ayuda para morir, evitando la burocratización del procedimiento y la demora con plazos y trámites. Por supuesto que requiere la existencia de protocolos claros y un compromiso profesional firme en hacer las cosas correctamente para dar seguridad a la ciudadanía. Los informes que anualmente remiten las comisiones de evaluación de estos países, informando de los casos revisados y de los posibles incumplimientos, denotan que hay mayoritariamente un correcto seguimiento de la ley y muy pocos casos de errores o negligencia que supongan un procedimiento penal contra el/la profesional (22).

Aún así, el legislador español ha considerado necesario establecer un sistema de “control previo o ex ante”. Esta medida (que tiene su vertiente positiva y garantista) supone, en la práctica, hacer muy complejo el procedimiento (con trámites y plazos largos) y, por otro lado, incluso bloquear muchas peticiones de ayuda para morir, con

la simple denegación inicial del/la médico o médica responsable que podría hacer entrar la petición en un proceso judicial inacabable.

Probablemente, habría mecanismos de control “ex ante” más eficaces, sin necesidad de externalizar las peticiones a una Comisión de Garantía con intervención de terceros y plazos largos, como hubiese sido por ejemplo legitimar a los Comités de Ética Asistencial de los hospitales para evaluar cada caso y poder así ratificar con el/la médico o médica responsable si se cumplen los requisitos legales, sin más trámite. Un comité colegiado, pluridisciplinar, próximo al contexto clínico del/la paciente, podría haber sido garantía suficiente para evitar cualquier arbitrariedad o mal uso de la norma. No ha sido esta la opción escogida. Se ha optado por un trámite más complejo y largo, tal como lo demuestra la práctica en que todos los plazos (con la máxima agilidad posible) pueden llegar a un total de 40 días para la resolución de la petición.

Conociendo la pluralidad política e ideológica en España, según territorios, no es descabellado pensar que en ciertas comunidades autónomas gobernadas por grupos de derechas y contrarios a las prácticas eutanásicas, los propios médicos o la Comisión puedan suponer ese bloqueo a las peticiones legítimas (formuladas al amparo de la ley). Y que, sin embargo, sean los tribunales de justicia quienes deban imponer su aplicación, si bien con largas demoras y sufrimiento para las personas que piden ayuda para morir.

Por ahora, no es esta la experiencia de Cataluña, donde se está trabajando con la máxima agilidad y celeridad posible, dando siempre respuesta y evitando demoras innecesarias. Veremos si esa misma dinámica se da en otras comunidades, cuando haya transcurrido un tiempo de la aplicación de ley y podamos evaluarlo.

A modo de síntesis

Como toda norma de nueva aplicación, y muy especialmente en el caso de la LORE por lo que supone la regulación del derecho a recibir ayuda para morir, falta tiempo de aplicación y casuística para ir generando cierta “doctrina” que nos permita

establecer criterios de interpretación de muchas de las cuestiones planteadas. Tiempo habrá para hacer análisis y evaluación en su aplicación. Con corrección de errores, si procede, cuando llevemos una cierta trayectoria. Los países que nos han precedido llevan muchos años de experiencia y han ido evolucionando en sus prácticas para ajustarlas también a la demanda de la sociedad.

Confiemos en que la LORE se mantenga vigente y nos permita este aprendizaje. Y que no sea un instrumento más en manos de los políticos, frustrando el logro de haber dado el paso de legislar sobre la disponibilidad de la propia vida, largamente reivindicado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Derecho a Morir Dignamente, 2021 <https://derechoamorir.org/eutanasia-espana/>
2. Comitè de Bioètica de Catalunya. *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*. 2006. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/_repositori_eutasui.pdf
3. Institut Borja de Bioètica. *Hacia una posible despenalización de la eutanasia*. 2005 <https://www.iborjabioetica.url.edu/ca/publicacions/recursos/hacia-una-posible-despenalizacion-de-la-eutanasia-declaracion-del-institut-borja-de-bioetica-url>
4. Observatorio de Bioética y Derecho. *Declaración sobre la eutanasia*. 2004. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/documento-sobre-la-disposicion-de-la-propia-vida-en-determinados-supuestos-declaracion-sobre-la>
5. Serrano del Rosal, Rafael y Heredia Cerro, Adrián (2018). «Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 161: 103-120. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.161.103>)
6. El 85 % de los españoles a favor de regularizar la eutanasia, Ipsos, 2018. <https://www.ipsos.com/es-es/el-85-de-los-espanoles-favor-de-regularizar-la-eutanasia>
7. Ley Orgánica 3/2021 de 24 de Marzo de regulación de la eutanasia (BOE n.72 de 25.03.2021) https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628

8. Manual de BBPP en eutanasia. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España, 2021.
https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
9. Manual BBPP en eutanasia. Anexo I. *Op.cit* p.27
10. Sentencia Tribunal Constitucional: STC 160/1987 y STC 161/1987 de 27 de octubre de 1987.
11. Tomás-Valiente Lanuza, Carmen (ed.). *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la ley orgánica de regulación de la eutanasia*. Marcial Pons Barcelona, 2021.
12. Comité de Bioética de España. *Informe sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de ayuda para morir*. 2021
<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf>
13. Consejo de Europa. Resolución 1763 sobre la objeción de conciencia sanitaria.
<https://www.bioeticablog.com/texto-en-espanol-de-la-resolucion-1763-del-consejo-de-europa-sobre-la-objecion-de-conciencia-sanitaria/>
14. Comité de Bioética de Cataluña. 2021
<https://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/reflexions-eutanasia>
15. Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesion Sanitarias
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
16. Comité de Bioética de Andalucía. *Informe sobre la objeción de conciencia*. 2021
https://bioetica-andalucia.es/wpcontent/uploads/2021/07/InformeOC_CBAF.pdf
17. Ordaz, P. “Oídos sordos para una mujer que pide morir”, *El País*, oct. 2021.
<https://elpais.com/sociedad/2021-09-05/oidos-sordos-para-una-mujer-que-pide-morir.html>
18. Comité de Bioética de Cataluña. La LORE y la valoración de la capacidad. 2021
https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/ley-organica-regulacion-eutanasia.pdf
19. Manual BBPP en eutanasia. Anexo IV. *Op.cit* p. 83-92
20. Duro, R., Muñoz, E. Peguero, E., “Comunicación con la persona que solicita la eutanasia. Entrevista clínica de ayuda a la liberación”. *AMF-SEMFYC*, 2021; 17 (9); 505-512.
<https://amf-semfyc.com/web/article/3017>
21. Madrid y Andalucía lastran el acceso a la eutanasia, *Publico*, Oct. 2021.
<https://www.publico.es/sociedad/madrid-andalucia-lastran-acceso-eutanasia-introducir-requisito-actualizacion-testamento.html>

22. Comisiones regionales de verificación de la eutanasia en Holanda. Informe Anual 2018
<https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2018/april/11/jaarverslag-2018>

Núria Terribas

Directora de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, Directora de la Cátedra de Bioética de la Universitat de Vic-Central de Catalunya, Vicepresidenta del Comitè de Bioètica de Catalunya y Vocal titular de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña.

Cómo citar este artículo:

Terribas, N. , “**Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España: cuestiones polémicas sobre su aplicación**”, *Folia Humanística*, 2022; 7 (2): 1-25.

Doi: <http://doi.org/10.30860/0085>

© 2022 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.