

IMPLICACIONES PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

FECHA DE ENVÍO: 1 DE MAYO DE 2022 - FECHA DE ACEPTACIÓN: 10 DE MAYO DE 2022

**Isidoro
Martín Sánchez**

*Catedrático Emérito de Derecho Eclesiástico del Estado
Universidad Autónoma de Madrid*

SUMARIO

1. Introducción. **2. El consentimiento del paciente.** 2.1 La solicitud del paciente para recibir la ayuda para morir y su control administrativo. 2.2 El consentimiento del paciente capaz y la incapacidad de hecho. 2.3 La exclusión de los menores de edad de la prestación de ayuda para morir. 2.4 Las instrucciones previas. **3. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.** 3.1 El reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia. 3.2 La forma de ejercer la objeción de conciencia. 3.3 El registro de objetores de conciencia. **4. Las Comisiones de Garantía y Evaluación.** 4.1 Creación y composición. 4.2 Funciones. **5. Conclusiones.** **6. Bibliografía.**

RESUMEN

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, ha supuesto una innovación de gran importancia en el sistema jurídico español. Esta Ley Orgánica regula, por primera vez en España, la eutanasia y el suicidio asistido y despenaliza la cooperación de terceros en estas prácticas realizadas en un contexto eutanásico. Este trabajo examina la incidencia de esta ley en los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de la ayuda para morir mediante las prácticas eutanásicas. Para ello, tras una breve introducción, se examina en primer lugar el consentimiento del paciente que ha solicitado por escrito la prestación de ayuda para morir, así como la comprobación y certificación, por el médico responsable, de la incapacidad de hecho del enfermo que haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas. En segundo lugar, se estudia la posibilidad de presentar por el médico responsable la solicitud de eutanasia, en el supuesto de la mencionada incapacidad de hecho, cuando no exista

otra persona que pueda hacerlo. En tercer término, se analiza la vinculación del documento de instrucciones previas a los profesionales sanitarios integrantes del equipo que debe llevar a cabo la prestación de ayuda para morir. En cuarto lugar, es objeto de estudio la importante cuestión del derecho de los profesionales sanitarios, directamente implicados en esta prestación, a ejercer la objeción de conciencia, así como su inscripción en el registro correspondiente. Finalmente, se examinan las funciones de las Comisiones de Garantía y Evaluación en las que participan algunos profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE

Ley Orgánica 3/2021, eutanasia, suicidio asistido, consentimiento informado, incapacidad de hecho, médico responsable, instrucciones previas, objeción de conciencia, Comisiones de Garantía y Evaluación.

ABSTRACT

The Organic Law 3/2021, of March 24, has been a major innovation in the Spanish legal system. This Organic Law regulates, for the first time in Spain, euthanasia and assisted suicide and decriminalizes the cooperation of third parties in these practices carried out in a euthanasian context. This work examines the impact of this law on health professionals directly involved in the provision of aid for dying through euthanasia practices. To do this, after a brief introduction, the consent of the patient who has requested in writing the provision of help to die is examined first, as well as the verification and certification by the doctor responsible for the de facto incapacity of the patient who has subscribed with previously a document of advance instructions. Secondly, the possibility of submitting the request for euthanasia by the responsible doctor is studied, in the event of the aforementioned de facto incapacity, when there is no other person who can do so. Third, the link between the document of prior instructions to the health professionals who are members of the team that must carry out the provision of help to die is analyzed. Fourth, the important issue of the right of healthcare professionals, directly involved in this provision, to exercise conscientious objection, as well as their registration in the corresponding registry, is the object of study. Finally, the functions of the Guarantee and Evaluation Commissions in which some health professionals participate are examined.

KEYWORDS

Organic Law 3/2021, euthanasia, assisted suicide, informed consent, de facto incapacity, responsible doctor, prior instructions, conscientious objection, Guarantee and Evaluation Commissions.

1. INTRODUCCIÓN

La eutanasia y el suicidio asistido son cuestiones de viva actualidad que han generado, sobre todo a partir del último tercio del siglo pasado, múltiples debates jurídicos, bioéticos, filosóficos, médicos y sociológicos sobre su prohibición o, por el contrario, respecto de la necesidad de su legalización.

En España estos debates han dado lugar a la aprobación de la vigente Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

El presente estudio pretende examinar la incidencia de esta Ley Orgánica en los profesionales sanitarios directamente implicados en el proceso eutanásico.

Son varias e importantes las cuestiones que plantea esta legislación desde el punto de vista sanitario.

Así, en primer lugar, la comprobación y certificación por el médico responsable de la incapacidad de hecho del paciente que haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas.

Igualmente, la posibilidad de dicho personal sanitario de presentar -en el supuesto de la mencionada incapacidad de hecho- la solicitud de eutanasia cuando no exista ninguna persona que pueda hacerlo.

Otro supuesto que puede resultar problemático es el de la vinculación del documento de instrucciones previas a los profesionales sanitarios integrantes del equipo que debe llevar a cabo la prestación de ayuda para morir.

Cuestión importante es el derecho de los profesionales sanitarios, directamente implicados en la prestación de ayuda para morir, a ejercer el derecho a la objeción de conciencia y su inscripción en el registro correspondiente.

Finalmente, es preciso examinar las funciones de las Comisiones de Garantía y Evaluación entre cuyos miembros se encuentran profesionales sanitarios.

Con este trabajo esperamos contribuir al esclarecimiento de estas cuestiones suscitadas por la regulación vigente en España.

2. EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El artículo 5.1.a) de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 marzo, exige para recibir la prestación de ayuda para morir que la persona solicitante sea mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud. Además, requiere que esta persona preste su consentimiento informado previamente a recibir dicha prestación. Este consentimiento se incorporará a su historia clínica.

Al consentimiento informado se refiere el artículo 5.1.b) al establecer que la persona solicitante de la mencionada prestación debe “disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales”.

Tras prestar su consentimiento, la Administración ejerce un control sobre la solicitud del paciente

a través del médico responsable, el médico consultor y la Comisión de Garantía y Evaluación. A este procedimiento dedicamos nuestro análisis en un primer epígrafe.

Especiales problemas plantean el supuesto de la situación de la incapacidad de hecho del paciente, así como la eficacia de la expresión de su voluntad mediante un documento de instrucciones previas, testamento vital o documentos equivalentes legalmente reconocidos. Estos supuestos serán objeto de un examen específico.

Finalmente es preciso tener en cuenta que la Ley Orgánica 3/2021 excluye a los menores de edad del ejercicio del derecho a la eutanasia y al suicidio asistido, sin mencionar ninguna razón que justifique esta exclusión. Debido a esta exclusión legal, creemos conveniente determinar si la exclusión de los menores de edad resulta razonable.

2.1 La solicitud del paciente para recibir la ayuda para morir y su control administrativo

La solicitud de la eutanasia o del suicidio asistido inicia un procedimiento en el que la Administración comprobará si el paciente cumple con los requisitos establecidos y se le irá asesorando e informando sobre el proceso.

La Ley Orgánica 3/2021 establece un triple filtro para comprobar los requisitos establecidos para solicitar y obtener la prestación de ayuda para morir: el médico responsable (en dos ocasiones), el médico consultor y la Comisión de Garantía y Evaluación.

La persona mayor de edad, capaz y consciente que sufra una enfermedad grave e incurable¹ o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante² deberá, tras haber sido informado por escrito de su proceso médico (por el **médico responsable**) y de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación³, formular libremente una solicitud de forma escrita, fechada y firmada por él en presencia de un

profesional sanitario que tendrá que rubricarla y entregarla al médico responsable si no es él⁴.

El solicitante si, por su situación personal o condición de salud, no pudiera fechar y firmar el documento, podrá utilizar otros medios que le permitan dejar constancia, “o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones”⁵.

La persona solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir⁶.

La primera solicitud deberá ser reiterada por una segunda, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas⁷.

Una vez recibida la primera solicitud, el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, tras verificar que el solicitante cumple los requisitos que permiten solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, iniciará un proceso deliberativo con el paciente sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Esta información, además de otorgarse verbalmente, deberá darse también por escrito en el plazo máximo de cinco días naturales⁸.

Asimismo, el médico responsable deberá hacer constar por escrito y de manera motivada la denegación de la prestación de ayuda para morir. Esta denegación podrá ser objeto de reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente⁹.

Después de haber recibido la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, volverá a reiniciar con el paciente el proceso deliberativo con la finalidad de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o

1 Según el artículo 3. c) la enfermedad grave e incurable es “la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable. Con un pronóstico de vida limitado en un contexto de fragilidad progresiva.

2 De acuerdo con el artículo 3. b), el padecimiento grave, crónico e imposibilitante es la “situación que hace referencia a limitaciones que incidan directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

3 Artículo 5. 1. B.

4 Artículo 6. 1 y 2. Según el artículo 3 d), Médico responsable es el “facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.

5 Artículo 6.1.

6 Artículo 6.3.

7 Artículo 5.1.c.

8 Artículo 8.1.

9 Artículo 7.1 y 2.

necesidad de ampliación de información que se le haya planteado a aquél después de la recibida tras la de la primera solicitud¹⁰.

Transcurridas veinticuatro horas después de la finalización del proceso deliberativo, el médico responsable solicitará del paciente su decisión de continuar o desistir de la solicitud. En el caso de que el paciente manifieste su deseo de seguir con el procedimiento, el médico responsable lo pondrá en conocimiento del equipo asistencial, especialmente de los profesionales de enfermería, así como de los familiares o allegados que el paciente señale. Igualmente, el médico responsable recabará del paciente la firma del documento del consentimiento informado¹¹.

Si el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable lo pondrá en conocimiento del equipo asistencial¹².

Además, el médico responsable deberá consultar a un **médico consultor**¹³, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá emitir un informe, en el plazo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, cuyas conclusiones serán comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas¹⁴. Si el informe es desfavorable, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación¹⁵.

Antes de llevar a cabo la prestación de ayuda para morir, el médico responsable lo pondrá en conocimiento del presidente de la **Comisión de Garantía y Evaluación**, en el plazo máximo de tres días hábiles¹⁶. El Presidente designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de dicha Comisión, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen la concurrencia de los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir¹⁷. Estos dos miembros deberán emitir un informe que, si es favorable, servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación¹⁸. Si el

informe es desfavorable podrá ser recurrido ante la jurisdicción contencioso-administrativa¹⁹.

Una vez recibida la resolución positiva, la prestación de ayuda para morir deberá realizarse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte del personal sanitario. Si el paciente se encuentra consciente, deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir²⁰.

Tanto en el caso de que la prestación de la ayuda para morir se realice a través de la eutanasia como mediante el suicidio asistido, el personal sanitario asistirá y apoyará al paciente hasta el momento de su fallecimiento²¹.

Realizada la prestación de ayuda para morir, el médico responsable en el plazo máximo de cinco días hábiles después de ésta, remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación correspondiente los documentos señalados en el artículo 12 de la Ley Orgánica 3/2021²².

Las Comisiones de Garantía y Evaluación son órganos administrativos existentes en cada una de las comunidades autónomas así como en las ciudades de Ceuta y Melilla. A su análisis dedicaremos el último epígrafe de este trabajo.

2.2 El consentimiento del paciente capaz y la incapacidad de hecho

El artículo 5.1 de la Ley Orgánica establece, como vimos, los requisitos para que la persona mayor de edad, capaz y consciente pueda solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

Sin embargo, la Ley Orgánica no menciona el consentimiento informado por representación para

10 Artículo 8.1.

11 Artículo 8.2.

12 Artículo 8.2.

13 Según el artículo 3.c el *médico consultor* es el facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable...

14 Artículo 8.3.

15 Artículo 8.4.

16 Artículo 8.5.

17 Artículo 10.1.

18 Artículo 10.3.

19 Artículo 10.3 y 5.

20 Artículo 11.1.

21 Artículo 11.2 y 3.

22 El expediente remitido a la Comisión de Garantía y Evaluación de la comunidad autónoma o ciudad autónoma a la que pertenezca el médico responsable está formado por dos documentos. El denominado "documento primero" debe consignar la identificación completa del solicitante de la ayuda para morir, la del médico responsable, la del médico consultor y, asimismo, la identificación del representante que figure en el documento de instrucciones previas, si lo hubiere. En el "documento segundo" hay que hacer constar todos los aspectos relacionados con el procedimiento seguido para la realización de la prestación de ayuda para morir, así como la fecha y lugar de la muerte; sobre el procedimiento para solicitar y recibirla ayuda para morir, cfr. BELTRÁN AGUIRRE, J.L., "El procedimiento y los controles necesarios con el fin de garantizar la observancia de los requisitos objetivos y subjetivos", Tomás-Valiente Lanuza (ed.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Madrid, 2021, pp. 169 y ss.

recibir dicha prestación. Por ello, entendemos que este tipo de consentimiento, regulado en el artículo 9.3 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, no resulta aplicable en este caso. La razón es que para llevar a cabo la prestación de ayuda para morir es necesaria la existencia de un consentimiento exclusivamente personal por parte del solicitante.

En apoyo de nuestra opinión cabe citar lo dispuesto en el artículo 6.4 de la Ley Orgánica 3/2021, según el cual: “En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente”. Como puede verse, es preciso -en todo caso- que conste la voluntad del paciente formulada, en este supuesto, en un documento de instrucciones previas.

Así mismo en el *Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho*, de 24 de junio de 2021, elaborado por el Ministerio de Sanidad, se dice claramente que “Cuando el médico responsable considere que el paciente sufre una incapacidad de hecho, pero no exista un documento de instrucciones previas o documento análogo legalmente reconocido, deberá denegar la solicitud de ayuda para morir, por escrito y de manera motivada”.

Junto al consentimiento prestado por la persona capaz y consciente, regulado por el artículo 5.1, la Ley Orgánica se refiere en el artículo 5.2, al supuesto diferente en el que “el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1d), [“*Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable*”], y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en este documento será el interlocutor válido para el médico responsable. La valoración de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”.

En este caso, en el cual se encuentran las personas con una incapacidad de hecho, la voluntad del paciente se expresa a través del documento de instrucciones previas otorgado con anterioridad a la pérdida de sus facultades. La prestación de ayuda para morir se realizará de acuerdo con lo dispuesto en este documento.

La situación de incapacidad de hecho es definida por la Ley Orgánica como aquella “en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica”²³.

Lo esencial de la situación de incapacidad de hecho es que el paciente, como se ha señalado, carezca “de entendimiento y voluntad suficiente para regirse de manera autónoma, plena y efectiva por sí mismo, al margen de que exista o no una resolución judicial de incapacitación, de modificación judicial de la capacidad, o en la que se adopten medidas de apoyo”²⁴.

En este caso, el médico responsable tiene la obligación de aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente²⁵.

El mencionado Protocolo de 24 de junio de 2021 se divide en 3 fases: 1) El desarrollo de una entrevista clínica al paciente; 2) La posibilidad de que el médico responsable recurra a determinadas herramientas de apoyo; y 3) La interconsulta con un profesional sanitario experto/a en la valoración de situaciones de capacidad o incapacidad, si el médico/a responsable no ha alcanzado un resultado concluyente.

En el desarrollo de la entrevista clínica con el paciente, el médico debe partir de la presunción de capacidad de éste para tomar decisiones sobre su propia vida. Además, el profesional sanitario tendrá que tener en cuenta los siguientes criterios generales de valoración: a) La capacidad de comprensión; b) La capacidad de apreciación; c) El razonamiento coherente; y d) La expresión de una elección, tomada y manifestada de forma voluntaria y libre de coacciones externas.

Aparte de estos criterios, el médico responsable

23 Artículo 3.h).

24 Como señala DOMÍNGUEZ LUELMO, A., “Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir”, Tomás-Valiente Lanuza (ed.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, cit., p. 127.

25 Artículo 9.

se tiene que asegurar de que la incapacidad no tenga su origen en un déficit de información, y no se deba a dificultades comunicativas o elementos culturales, los cuales tienen que ser abordados específicamente.

Respecto del recurso a herramientas de apoyo, el Protocolo de actuación manifiesta que, cuando el médico/a responsable tenga alguna duda sobre la capacidad del paciente, es aconsejable el uso de instrumentos específicos. Sin embargo, el uso de estos instrumentos debe realizarse de forma complementaria y con posterioridad a la valoración clínica general y a la deliberación con el paciente²⁶.

Finalmente, cuando después de haber realizado la entrevista clínica y haber recurrido a algunas de las herramientas de apoyo propuestas, el médico/a responsable no consiga un resultado concluyente sobre si el paciente padece o no una situación de incapacidad de hecho, es recomendable una interconsulta con un facultativo/a experto/a en la valoración de este tipo de situaciones o de la patología del paciente. Esta interconsulta con un profesional sanitario experto/a es independiente de la consulta que, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2021, hay que realizar con el médico/a consultor/a.

Una vez realizada la valoración de la incapacidad el médico/a responsable deberá consultar a un médico/a consultor con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente, el cual no podrá pertenecer al mismo equipo del médico responsable.

El médico/a consultor/a, tras estudiar la historia clínica y, en su caso, examinar al paciente, deberá redactar un informe sobre la concurrencia o no de los requisitos establecidos en el artículo 5.2 de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Si el informe del médico/a consultor/a es favorable a la valoración realizada por el médico/a responsable se continuará con el procedimiento de prestación de ayuda para morir.

En el caso de que ambos médicos/as coincidiesen en que el paciente es incapaz de hecho, se habrá de fundamentar la decisión sobre la ayuda para morir en el contenido del documento de instrucciones previas o documento análogo, siempre que dicho documento exprese de forma clara e inequívoca las circunstancias en que la persona solicita, para un momento de incapacidad, la ayuda para morir, y se

pueda dar por sentado que su deseo no ha cambiado.

Si ambos médicos/as coincidiesen en que el paciente no padece una situación de incapacidad de hecho, se seguirá el procedimiento previsto en el artículo 8 de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia cuya aplicación hemos examinado.

Finalmente, el Protocolo manifiesta que cuando exista discrepancia sobre la incapacidad de hecho entre el médico/a responsable y el médico/a consultor/a la decisión se elevará al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación. Por su parte, el *Manual de buenas prácticas en eutanasia*, elaborado por el Ministerio de Sanidad en junio de 2021, desarrolla lo dispuesto en este Protocolo²⁷.

Como se desprende de la Ley Orgánica 3/2021 y, lógicamente de este Protocolo, se excluye a los jueces y al Ministerio Fiscal de la valoración de la incapacidad de hecho. A juicio de algún autor, ello se debe a que la capacidad en sentido jurídico depende de lo establecido en la ley o en la correspondiente resolución judicial. Por el contrario, la falta de aptitud para poder adoptar una decisión en el ámbito de la salud en un concreto supuesto depende del criterio del médico responsable²⁸.

Sin embargo, esta exclusión resulta, en nuestra opinión, criticable. La razón es que a los jueces y a los fiscales compete la valoración de la capacidad de las personas para el ejercicio de los derechos, especialmente del derecho a la vida. Además, la incapacidad siempre es de derecho y solo es posible declararla en un juicio, con intervención, además del Juez de Primera Instancia, del Ministerio fiscal y el médico forense²⁹.

Desde otro punto de vista, es preciso poner de relieve que la mención en el artículo 3.h) de la Ley Orgánica 3/2021, de las medidas de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica de los incapaces de hecho, ha tenido en cuenta el Proyecto de Ley por el que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Proyecto que ha culminado en la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su

27 Puede consultarse en: https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

28 Cfr. DOMÍNGUEZ LUELMO, A., "Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir", cit., p. 127

29 Cfr. Sobre este punto, MARCOS DEL CANO, A. M^a. "La Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia: obligación de decir no", MARCOS DEL CANO, A. M^a. y DE LA TORRE DÍAZ, J., *Así no; no así. La Ley de la eutanasia en España*, Madrid, 2021, pp. 101-102.

26 Según el Protocolo de actuación, cuando hay dudas sobre la capacidad del paciente tras la entrevista clínica, es recomendable utilizar los siguientes instrumentos de evaluación de la capacidad: Aid to capacity Evaluation (ACE) y Mac Arthur de Evaluación de la capacidad para tratamiento (Mac CAT-T).

capacidad jurídica.

La Ley 8/2021 está influenciada por la Convención de Nueva York, de 13 de diciembre de 2006, sobre los derechos de las personas con discapacidad.

El artículo 12.2 de esta Convención declara que “los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”. La mención de la capacidad jurídica incluye también la capacidad de obrar³⁰.

El apartado 3 del artículo 12 manifiesta que los Estados Partes adoptarán las medidas adecuadas para proporcionar a las personas discapacitadas el apoyo necesario para el ejercicio de su capacidad jurídica.

Por último, el artículo 12.4 afirma que “Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos”³¹.

La Ley 8/2021 ha supuesto una importante reforma en materia de incapacidad de hecho. En ella ya no se habla de incapacitación, ni de modificación de una capacidad inherente a la condición de persona humana, sino “de apoyo a la persona que lo precise”³².

Las medidas de apoyo reguladas en esta ley tienen como finalidad permitir el desarrollo pleno de la personalidad de aquellos que las precisen, así como su desenvolvimiento jurídico en condiciones de igualdad³³.

Estas medidas de apoyo son, además de las de naturaleza voluntaria, la guarda de hecho, la curatela y el defensor judicial³⁴.

De todas ellas la principal medida de apoyo es la curatela. “Su extensión vendrá determinada en la correspondiente resolución judicial en armonía con

la situación y circunstancias de la persona con discapacidad y con sus necesidades de apoyo”³⁵. La curatela es primordialmente de naturaleza asistencial. No obstante, en los casos en los que sea preciso, y siempre de manera excepcional, la autoridad judicial podrá determinar, en resolución judicial motivada, los actos concretos en los que el curador habrá de asumir la representación de la persona discapacitada³⁶.

A la vista de estas medidas de apoyo, no cabe sino afirmar su utilidad y conveniencia para superar las deficiencias de la capacidad de obrar de las personas discapacitadas. Sin embargo, en el ámbito de la solicitud de la prestación para morir, es preciso dejar claro que ninguna de ellas puede suplir el consentimiento del paciente con una incapacidad de hecho. Dicha solicitud y la subsiguiente prestación solo son posibles, como dijimos, si existe un consentimiento previo del paciente manifestado en un documento de instrucciones previas o documento análogo legalmente reconocido.

2.3 La exclusión de los menores de edad de la prestación de ayuda para morir

El artículo 5.1.a) de la Ley Orgánica 3/2021, de marzo, exige para recibir la prestación de ayuda para morir que la persona solicitante sea mayor de edad. A nuestro juicio, la normativa excluyente de los menores de edad, resulta criticable desde una interpretación sistemática, tanto desde el ordenamiento internacional como desde el sistema jurídico español. Ello no significa, sin embargo, que estemos de acuerdo con la regulación de la eutanasia y del suicidio asistido contenida en la Ley española³⁷.

En efecto, tanto la Constitución como la Convención de los Derechos del Niño, de 30 de noviembre de 1989, reconocen la titularidad de los derechos fundamentales a los menores de edad³⁸.

El ejercicio de los derechos fundamentales por el menor se basa en la evolución de sus facultades, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la

30 Así lo entiende la Observación General número 1 de 2014 del Comité sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU.

31 Sobre este punto, cfr. GARCÍA RUBIO, M. P., “La necesaria y urgente adaptación del Código Civil español al artículo 12 de la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad”, *Anales de la Academia Matritense del Notariado*, vol. 57, pp. 143 y ss.; DOMÍNGUEZ LUELMO, A., “Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir” cit., p. 126.

32 Como señala el preámbulo III.

33 Artículo 249 del Código Civil.

34 Artículo 250 del Código Civil.

35 Artículo 250 del Código Civil.

36 Artículo 269 del Código Civil.

37 Nuestra posición contraria a la eutanasia la hemos expuesto en MARTÍN SÁNCHEZ, I., “La fundamentación de la eutanasia y el suicidio asistido en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo”, *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 57, 2021.

38 Según el artículo 1 de la Convención: “Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Convención de los Derechos del Niño³⁹. Esta disposición implica que las facultades de los titulares de la patria potestad no son ilimitadas, sino funciones jurídicamente delimitadas y orientadas a favorecer la autonomía personal de los menores.

Por otro lado, el límite de la mayoría de edad supone, ciertamente, el pleno ejercicio de los derechos fundamentales por la persona. Sin embargo, esto no implica que, por debajo de los 18 años, el menor tenga que ser considerado incapaz para su ejercicio. El ejercicio de estos derechos no puede depender solo de la minoría de edad, sino de las condiciones de madurez del menor⁴⁰.

La Observación General número 12 (2009) del Comité de los Derechos del Niño manifiesta que “los Estados partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño”⁴¹. La madurez “hace referencia a la capacidad de comprender y evaluar las consecuencias de un asunto determinado”⁴². Esta madurez debe comprobarse no de una manera general, sino caso por caso⁴³. La consecuencia básica de esta regulación es que “los Estados partes no pueden partir de la premisa de que un niño es incapaz de expresar sus propias opiniones”⁴⁴.

La Observación General número 12 no determina la forma de evaluar la madurez del menor. Para esta evaluación se ha propuesto la utilización de escalas móviles de capacidad, atendiendo al grado de complejidad de la decisión⁴⁵. En cualquier caso, para la valoración del nivel de madurez del menor es necesario no solo tener en cuenta su grado de

desarrollo cognitivo, moral y emocional, sino también la concurrencia de factores externos que puedan influir en su libre decisión⁴⁶.

En el ámbito de la salud, tanto la Convención de los Derechos del Niño⁴⁷ como el Convenio de Oviedo de 4 de abril de 1997⁴⁸ expresaron la necesidad de una regulación que garantizara a los menores el ejercicio de sus derechos en dicha materia⁴⁹.

Esta regulación fue llevada a cabo por 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.

Según esta ley, en el caso de los menores emancipados o en los mayores de 16 años, que no tengan su capacidad modificada judicialmente y que sean capaces intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante, “cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo”⁵⁰.

Como excepciones a esta disposición, la Ley 41/2002 establece que “la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación. Para la interrupción del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales”⁵¹.

El Tribunal Constitucional -en la sentencia 154/2002, de 18 de julio- ha reconocido la plena capacidad del menor maduro, en el ámbito sanitario, para rechazar una transfusión de sangre por ser

39 El artículo 5 de la Convención dispone: “Los Estados partes respetarán las responsabilidades, los derechos y deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención”.

40 Cfr. HERNÁNDEZ GARCÍA, J. “Derecho individual a la eutanasia y la (discutible) exclusión de las personas menores de edad” Tomás-Valiente Lanuza, C. (ed.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, cit. p. 102.

41 Número 1 de la Observación General.

42 Número 30 de la Observación General.

43 Número 44 de la Observación General.

44 Número 20 de la Observación General.

45 Cfr. SIMÓN LORDA, J., “La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 102 (28), 2008, p. 341.

46 Como señala HERNÁNDEZ GARCÍA, J. “Derecho individual a la eutanasia y la (discutible) exclusión de las personas menores de edad”, cit., p. 104.

47 Cfr. Los números 98-104.

48 El artículo 6.2 establece: “Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, esta solo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

49 Sobre este punto, cfr. HERNÁNDEZ GARCÍA, J., “Derecho individual de la eutanasia y la (discutible) exclusión de las personas menores de edad”, cit., p. 105.

50 Artículo 9, 3, b), c) y 4.

51 Artículo 9.5.

contraria a sus creencias religiosas⁵². Sin embargo, esta misma sentencia manifestó que, en el caso concreto examinado, no existían datos suficientes de los que pudiera deducirse con certeza que un menor, de 13 años de edad, tuviera la madurez de juicio necesaria para disponer de su propia vida⁵³.

El criterio aperturista de esta legislación y jurisprudencia fue restringido por la Circular 1/2012, de 3 de octubre, de la Fiscalía General del Estado, sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave. Esta circular dispone que: “Se impone establecer un equilibrio entre el respeto debido a la autonomía del paciente menor de edad, a la patria potestad y la protección de la vida e integridad individuales. Puesto que los menores de edad están en proceso de formación y hasta los dieciocho años no alcanzan la plena capacidad, se encuentran teóricamente bajo la protección del Estado, por lo que no puede darse relevancia a decisiones propias o de sus representantes legales, cuyos resultados sean la muerte u otros de carácter gravemente dañino e irreversible para la salud del menor interesado. Solo así pueden preservarse las condiciones del futuro ejercicio de la plena autonomía del sujeto”⁵⁴.

El criterio de la Circular 1/2012 se reflejó en diversas leyes, entre ellas en la Ley 41/2002 en la redacción transcrita.

La exclusión de los menores de edad, sin matizaciones, establecida por la Ley Orgánica 3/2021, no parece razonable. En efecto, como ha sido puesto de relieve, a nuestro juicio acertadamente, dicha “exclusión general choca con una evidencia fáctica: que hay menores de edad que por sus condiciones personales de madurez disponen de la misma competencia cognitiva, moral y autónoma que los mayores de edad para ejercer el derecho reconocido en la mencionada Ley Orgánica”⁵⁵.

2.4 Las instrucciones previas

52 El fundamento jurídico 9. b) de esta sentencia declara: “Más allá de las razones religiosas que motivaban la oposición del menor, y sin perjuicio de su especial trascendencia (en cuanto asentada en una libertad pública reconocida por la Constitución), cobra especial interés el hecho de que, al oponerse el menor a la injerencia ajena sobre su propio cuerpo, estaba ejercitando un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal - como distinto del derecho a la salud o a la vida - y que se traduce en el marco de un derecho fundamental a la integridad física (art. 15 CE).

53 Cfr. F. J. 10.

54 Cfr. Apartado III, 1. Criterios Generales.

55 Cfr. HERNÁNDEZ GARCÍA, J., “Derecho individual a la eutanasia y la (discutible) exclusión de las personas menores de edad”, cit. p. 116.

Como hemos puesto de manifiesto, el paciente que se encuentra en una situación de incapacidad de hecho, certificada por el médico responsable - y que sufra una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley- necesita para recibir la prestación de ayuda para morir haber suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos. En este caso, la prestación de ayuda para morir se realizará conforme a lo dispuesto en dichos documentos.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, define en su artículo 11.1 las instrucciones previas manifestando: “Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”.

La mención del documento de instrucciones previas, contenida en el artículo 5.2 de la Ley Orgánica 3/2021, hay que ponerla en relación con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. La razón es que esta ley tiene la condición de básica, de acuerdo con lo establecido en el artículo 149.1.1ª y 16 de la Constitución⁵⁶. Asimismo, hay que tener en cuenta lo dispuesto en las leyes autonómicas sobre los derechos y garantías de la persona en el proceso de morir⁵⁷.

Sin embargo, dicha mención hay que entenderla referida, evidentemente, a algunos aspectos del documento de instrucciones previas porque las mencionadas normas no se refieren a la prestación de ayuda para morir. Así, entre las disposiciones del artículo 11.1 de la Ley 41/ 2002 excluidas de su aplicación al documento de instrucciones previas mencionado en el artículo 5.2 de la Ley Orgánica 3/ 2021 figuran las referentes a los cuidados y tratamiento de la salud del paciente, puesto que lo que desea éste es poner fin a su vida. Igualmente no podrán ser contrarias a la *lex artis* las prestaciones de

56 Cfr. Disposición adicional primera de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

57 Cfr. DOMÍNGUEZ LUELMO, A., “Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir”, cit., p. 129.

ayuda para morir al estar permitidas y reguladas por la Ley Orgánica 3/2021.

El documento de instrucciones previas deberá ser otorgado por una persona mayor de edad, capaz y consciente⁵⁸.

Doctrinalmente, se ha planteado el caso de si el documento de instrucciones previas puede ser otorgado por un menor de edad en previsión de una incapacidad de hecho futura.

La normativa contenida en el artículo 11.1 de la Ley 41/2002 ha sido criticada, basándose en la incoherencia que supone que esta ley en sus artículos permita a los menores emancipados o a los mayores de 16 años prestar personalmente su consentimiento, en determinados supuestos, excluyendo el consentimiento por representación⁵⁹.

Asimismo, ha sido objeto de crítica el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 3/2021 sobre la base de que es incorrecto no reconocer a los menores maduros y a los emancipados la capacidad para manifestar su voluntad en un documento de instrucciones previas para que surta efecto, cuando sean mayores de edad y se encuentren en una situación de incapacidad de hecho⁶⁰.

Sin embargo, aunque estas opiniones nos parecen razonables, lo cierto es que tanto el artículo 11.1 de la ley 41/2002 como el artículo 51 de la Ley Orgánica 3/2021 excluyen de una manera taxativa a los menores de edad del otorgamiento del documento de instrucciones previas.

Por su parte, el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 3/2021 exige que para poder recibir la prestación de ayuda para morir, la persona sea capaz en el momento de la solicitud. Esta capacidad, en el caso de las instrucciones previas, debe existir en el momento de otorgar el documento. La posterior incapacidad del otorgante no puede suponer la ineficacia de la declaración de voluntad contenida en dicho documento, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 41/2002, 14 de noviembre, el cual excluye en este caso el consentimiento por representación. En este supuesto, según lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 3/2021 “el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente”.

58 Artículo 11.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

59 Cfr. ÁLVAREZ ÁLVAREZ, H., “Las voluntades anticipadas (el testamento vital) en el ordenamiento jurídico español”, *Revista de Derecho Privado*, núm. 3, 2020, p.27.

60 Cfr. DOMÍNGUEZ LUELMO, A., “Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir”, cit., pp. 130-131.

Un supuesto especial es el del documento de instrucciones previas, en el que se solicita la eutanasia, suscrito con anterioridad a la Ley Orgánica 3/2021. Esta circunstancia plantea dos cuestiones a comentar.

En primer lugar, no vemos inconveniente a dar validez a dicha manifestación de voluntad anterior a la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021. El hecho de que en el momento del otorgamiento del documento la eutanasia estuviera tipificada como delito en el artículo 143.4 del Código Penal no puede invalidarlo ni ser un obstáculo a la aplicación de la actual normativa vigente, la Ley Orgánica 3/2021. Por tanto, serán de aplicación los documentos de instrucciones previas anteriores a la entrada en vigor de la citada Ley Orgánica que contengan disposiciones acordes con el contenido de la misma⁶¹.

Otro problema derivado de la situación anterior es si dicho documento debe ser ratificado tras la aprobación de la Ley Orgánica. Esta norma no se pronuncia expresamente al respecto pero sí lo ha hecho alguna administración autonómica, en concreto, la andaluza. En la web de la Consejería de Salud de Andalucía se exige la ratificación del documento de instrucciones previas en el que se expresa la voluntad de acogerse a la eutanasia, suscrito antes de la vigencia de la Ley Orgánica 3/2021. Así se recoge que “En aquellos casos en los que (el paciente) hubiese expresado dicha voluntad de acogerse a la eutanasia en determinadas circunstancias, y lo hubiera expresado antes de la publicación de esta Ley, deberá actualizar el documento de Voluntades Vitales Anticipadas para hacer constar y actualizar dicha voluntad en tal sentido”⁶².

El cumplimiento de este criterio administrativo no plantea problemas cuando el paciente se encuentra consciente. Sin embargo, no ocurre lo mismo en el caso de que el paciente esté incurso en una situación de incapacidad de hecho. En este supuesto, de acuerdo con lo previsto por dicha Consejería, será preciso determinar quién puede ratificar el documento.

Cabría sostener que debería ser la Comisión de Garantía y Evaluación la que determinase si la ratificación puede ser realizada por los familiares del paciente o por su representante, si es que hubiera sido nombrado en el documento de instrucciones previas.

61 En el mismo sentido DOMÍNGUEZ LUELMO, A., “Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir”, cit., p. 150.

62 Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/de-rechos-y-garantias/ayuda-para-morir-eutanasia/preguntas-y-respuestas-sobre-eutanasia>
Consultado el 14-11-2021

Sin embargo, en nuestra opinión, esta solución no es posible porque la solicitud de la prestación de ayuda para morir- expresada en este caso en el documento de instrucciones previas- es un acto exclusivamente personal del solicitante. Por tanto, en estos casos concretos parece que no se podría aplicar la eutanasia si se siguiera el criterio de la citada Consejería. A nuestro juicio, la solución más razonable es considerar la validez de lo dispuesto en el documento de voluntades vitales anticipadas, sin necesidad de ratificación. Para ello nos basamos en una interpretación sistemática y finalista de la norma.

En efecto, como ya señalamos, según el artículo 9 de la Ley Orgánica 3/2021, en el caso de incapacidad de hecho del paciente, “el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente”.

Además, el artículo 5.2 de esta Ley Orgánica dispone que no será de aplicación lo previsto en la letra e) del apartado anterior [“1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos: e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente”] en el caso de la persona incapaz de hecho que haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos. En estos supuestos, “se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento”.

Por tanto, si en este caso el paciente no tiene que prestar personalmente el consentimiento previo para recibir la prestación de ayuda para morir, en el momento de realizarse ésta, es porque el documento de instrucciones previas conserva su validez y, por ello, no se exige su ratificación.

Finalmente, desde una interpretación teleológica de las normas, debemos tener presente que una de las finalidades del documento de instrucciones previas es la de posibilitar la expresión del consentimiento del paciente que desea la prestación de ayuda para morir. Por ello, es necesario sostener la duración de su validez hasta el momento de realizarse esta prestación, sin necesidad de ratificación alguna.

Las instrucciones previas deben constar por escrito⁶³. Sin embargo, ni la Ley Orgánica 3/2021 ni la Ley 41/2002 mencionan las formas que pueden utilizarse para otorgar el documento de instrucciones previas. Estos requisitos formales se encuentran

⁶³ Artículo 5.2 de la Ley Orgánica 3/2021 y artículo 11 de la Ley 41/2002.

mencionados en las leyes autonómicas sobre las garantías y derechos de la persona en el proceso de morir⁶⁴. Las diversas formas de manifestar el documento de instrucciones previas contenidas en esta legislación autonómica pueden resultar aplicables al documento de solicitud de ayuda para morir, aunque como hemos dicho, no tengan esta finalidad.

La mayoría de dicha legislación autonómica regula tres formas para otorgar el documento de instrucciones previas: ante notario, ante testigos o ante el personal encargado del Registro de voluntades anticipadas de la comunidad autónoma.

Gran parte de las leyes autonómicas disponen que el documento de instrucciones previas pueda ser otorgado ante notario⁶⁵. En este caso no es necesaria la presencia de testigos⁶⁶. Esta forma de otorgamiento resulta especialmente adecuada porque en este documento deben figurar los datos necesarios para identificar sin error al otorgante, así como su firma, la fecha y el lugar del otorgamiento. Además, el notario es la persona especialmente cualificada para comprobar la capacidad del otorgante⁶⁷.

Prácticamente todas las leyes autonómicas establecen que el documento de instrucciones previas pueda otorgarse ante tres testigos mayores de edad con plena capacidad de obrar, de los cuales dos -como mínimo- no pueden tener relación de parentesco, ni relación patrimonial, laboral o de servicio con el otorgante⁶⁸.

⁶⁴ Sobre este punto cfr. DOMÍNGUEZ LUELMO, A., “Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir”, cit., p. 135 y ss.

⁶⁵ Artículo 9.1 de la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de Aragón el cual se remite al artículo 15.5.a) de la Ley 6/2002 de 15 de abril; Artículo 11.2.a) de la Ley 5/2018, de 22 de junio, de Asturias; Ley 4/2015, de 23 de marzo, de Baleares con remisión al artículo 3.2.a) de la Ley 1/2006, de 3 de marzo; Ley 11/2016, de 8 de julio, del País Vasco con remisión al artículo 3.2.a) de la Ley 7/2002, de 12 de diciembre; Ley 5/2015, de 26 de junio, de Galicia, con remisión al artículo 5.2.a) de la Ley 3/2001; Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo de Navarra, con remisión al artículo 5.2.a) de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre; Artículo 6.2.a) de la Ley 9/2005, de 30 de septiembre, de La Rioja; Artículo 30.2.a) de la Ley 8/2003, de 8 de abril, de Castilla y León; Artículo 5.2.a) de la Ley 6/2005, de 7 de julio, de Castilla-La Mancha; Artículo 34.2.a) de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Cantabria.

⁶⁶ Así lo disponen expresamente el artículo 5.1.a) de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre y el artículo 34.2.b) de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Cantabria.

⁶⁷ Como señala DOMÍNGUEZ LUELMO, A., “Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir”, cit., p. 136.

⁶⁸ Artículo 11.2.c) de la Ley 5/2018, de Asturias; Artículo 3.2.d) de la Ley 1/2006, de Baleares; Artículo 3.2.c) de la Ley 7/2002, del País Vasco; Artículo 5.2.b) de la Ley 3/2001, de 28 de marzo, de Galicia; Artículo 5.2.b) de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre; Artículo 6.2.b) de la Ley 9/2005, de 30 de septiembre, de La Rioja; Artículo 30.2.c) de la Ley 8/2003, de 8 de abril, de Castilla y León; Artículo 5.2.c) de la Ley 6/2005, de 7 de julio, de Castilla-La Mancha; Artículo 34.2.a) de la Ley

Por su parte, la legislación de algunas comunidades autónomas no exige la presencia de testigos⁶⁹.

Asimismo, gran parte de las leyes de las comunidades autónomas permiten el otorgamiento de las instrucciones previas ante el personal habilitado por la Consejería competente en materia de salud o ante el encargado del registro autonómico de voluntades previas en el ámbito sanitario⁷⁰.

Finalmente, las leyes de algunas comunidades autónomas se limitan a exigir la capacidad y libertad del otorgante sin mencionar al notario, a los testigos y al personal habilitado en materia de salud o al encargado del registro autonómico de voluntades previas remitiéndose a la legislación básica y reglamentaria en materia de otorgamiento de estas voluntades⁷¹.

Esta variedad de formas de otorgar el documento de instrucciones previas regulado por la legislación autonómica plantea problemas de seguridad jurídica en el caso de la solicitud de la prestación de ayuda para morir. Entre ellos, sobre todo, cuando se trata la comprobación de la capacidad del otorgante, excepto en el caso de que el documento se haga ante notario. Por ello, sería deseable una regulación unitaria de las formas de expresión del documento instrucciones previas cuando se refiera a la prestación de la ayuda para morir⁷².

El destinatario del documento de instrucciones previas entendemos que debe ser el médico responsable. En este sentido, el artículo 6.4 de la Ley Orgánica 3/2021 manifiesta que en los casos de incapacidad de hecho previstos en el artículo 5.2 de esta Ley Orgánica “la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos,

⁶⁹ Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Cantabria; Artículo 5.2.c) de la Ley 3/2005, de 23 de mayo, de la Comunidad de Madrid.

Una excepción es la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Aragón, la cual en su artículo 15.5.b) solo exige la presencia de dos testigos.

⁶⁹ Artículo 5 de la Ley 5/2013, de 9 de octubre, de Andalucía; artículo 9.1 de la Ley 1/2015, de 9 de febrero de Canarias y artículo 11.1 de la Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Comunidad Valenciana.

⁷⁰ Artículo 15.5.c) de la Ley 6/2002, de 15 de abril de Aragón; Ley 5/2018, de 22 de junio, de Asturias

⁷¹ Artículo 5 de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Andalucía; artículo 9.1 de la Ley 1/2015, de 9 de febrero de Canarias y artículo 11.1 de la Ley 16/2018, de 28 de junio de la Comunidad Valenciana.

⁷² Como pone de manifiesto. DOMÍNGUEZ LUELMO, A., “Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir”, cit., pp. 189-190.

suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia. *En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas*, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad [...]” (la cursiva es nuestra).

Además del mencionado artículo 6.4, es preciso tener en cuenta que algunas leyes autonómicas mencionan al médico responsable como destinatario del documento de instrucciones previas⁷³.

El artículo 5.2 de la Ley Orgánica 3/2021 dispone, para los supuestos de incapacidad de hecho, que el otorgante del documento de voluntades anticipadas previo a esta situación puede nombrar en este documento un representante. Esta persona “será el interlocutor válido para el médico responsable”. El representante tendrá que desempeñar exclusivamente esta función, pero, de ningún modo podrá decidir, en lugar del otorgante que lo ha designado, sobre lo referente a la prestación de ayuda para morir.

Aunque la Ley orgánica 3/2000 21 no dispone nada sobre esta cuestión parece razonable mantener el criterio de que, si se exige la mayoría de edad para el otorgamiento del documento instrucciones previas, el representante también debe cumplir este requisito. No obstante, algún autor sostiene la posibilidad de que, en el momento de otorgar dicho documento, sea nombrado representante un menor de edad, siempre que esté sea mayor de edad en el momento de su intervención⁷⁴.

Tampoco la Ley Orgánica 3/2021 menciona qué personas están excluidas de la representación. Algunas leyes autonómicas se refieren a las personas que no pueden ser nombradas representantes. Tal es el supuesto del notario ante el cual se ha formulado de la declaración, el funcionario encargado del Registro de instrucciones previas, los testigos ante quienes se haya formalizado el documento, el personal sanitario que debe aplicar las instrucciones previas

⁷³ El artículo 8.1. de la Ley 21/2020, de 29 de diciembre, de Cataluña manifiesta expresamente “el documento de voluntades anticipadas es el documento dirigido al médico responsable [...]”. El artículo 54.1.b) de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre dispone: “El documento de voluntades anticipadas es el dirigido al médico responsable [...]”. El artículo 15.1 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Aragón establece: “se entiende por voluntades anticipadas el documento dirigido al médico responsable [...]”.

⁷⁴ Como pone de manifiesto. DOMÍNGUEZ LUELMO, A., “Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir”, cit., p. 145.

y los gestores o propietarios de instituciones que financien o presten la atención sanitaria al otorgante de la declaración⁷⁵.

Asimismo, debe entenderse revocado el nombramiento del representante recaído en el cónyuge o pareja de una unión de hecho cuando se produzca la nulidad, divorcio o separación del matrimonio y el cese de dicha unión fáctica. Sobre este punto, la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, del País Vasco, dispone en su artículo 2.3.b) que “el nombramiento de representante que haya recaído en favor del cónyuge o pareja de hecho de la persona otorgante se extingue a partir, bien de la interposición de la demanda de nulidad, separación matrimonial o divorcio, bien de la extinción formalizada de la pareja de hecho o unión libre. Para el mantenimiento de la designación será necesario, en caso de nulidad, separación matrimonial o divorcio, que conste expresamente en la resolución judicial dictada al efecto. En este supuesto de extinción formalizada de la pareja de hecho o unión libre será necesaria la manifestación expresa en un nuevo documento”.

El documento de instrucciones previas es esencialmente revocable. El artículo 8.5 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de autonomía del paciente dispone que “el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”. Con referencia expresa a las instrucciones previas la misma ley, en su artículo 11.4, manifiesta que estas instrucciones “podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito”.

La Ley Orgánica 3/2021 señala asimismo, en su artículo 6.3, que “el solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento incorporándose su decisión a su historia clínica”. Sin embargo, esta Ley Orgánica no menciona expresamente la revocación del documento de instrucciones previas. No obstante esta omisión, resulta evidente que si la solicitud de la prestación de ayuda para morir puede revocarse, esta revocación podrá hacerse en cualquiera de las formas en que la misma se exprese, bien sea en una solicitud presentada por el paciente o en un documento de instrucciones previas suscrito por él.

La Ley Orgánica 3/2021 tampoco expresa la forma en la que debe manifestarse la revocación. El requisito básico en este punto es que la revocación conste por escrito, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11.4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Además, avala esta interpretación lo dispuesto

en el artículo 6.3 según el cual debe incorporarse a la historia clínica del paciente. Incorporación que sería prácticamente imposible si la revocación fuera expresada solamente de una forma verbal.

No obstante, la legislación de algunas comunidades autónomas establece particulares formas de revocación coincidentes con los requisitos exigidos para la formulación del documento instrucciones previas. Es el caso de la Comunidad de Madrid⁷⁶, la Comunidad Autónoma del País Vasco⁷⁷ y de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares⁷⁸.

La legislación de alguna otra comunidad autónoma se limita a manifestar que “el documento posterior otorgado válidamente revoca el anterior, salvo que declare expresamente la subsistencia del anterior en todo o en parte”.

Finalmente, otras comunidades autónomas no mencionan ninguna forma específica de revocación del documento de instrucciones previas, el cual siempre debe constar por escrito.

Los otorgantes de la revocación del documento de instrucciones previas deberán, por tanto, emplear las formas establecidas por la comunidad autónoma en la que residan para poder inscribirlo en el Registro autonómico de instrucciones previas. Sin embargo, para su traslado al Registro nacional será suficiente con que el documento conste por escrito.

Para asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en las leyes autonómicas, el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, ha creado el Registro Nacional de instrucciones previas en el cual se “recogerán las inscripciones practicadas en los registros autonómicos, conforme a lo previsto en el artículo 11.5 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre”⁷⁹.

Según lo dispuesto en el artículo 22 del Real Decreto 124/2007, el Registro Nacional de instrucciones previas tiene por objeto la constatación, salvo prueba en contrario de: “a) la existencia de instrucciones previas inscritas en los distintos registros autonómicos, únicos en los que estarán registradas con sus contenidos; b) la localización y fecha de inscripción de la declaración que haya realizado la

⁷⁵ Artículo 4.3 de la Ley 6/2015, de 7 de junio, de Castilla La Mancha y artículo 5.1.d) de la Ley 9/2005, de 30 de septiembre, de La Rioja.

⁷⁶ Artículo 7.1 con remisión al artículo 5.2 de la Ley 3/2005, de 23 de mayo.

⁷⁷ Artículo 4.2 con remisión al artículo 3.2 de la Ley 7/2002, de 12 de diciembre.

⁷⁸ Artículo 7 con remisión al artículo 3.2 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo.

⁷⁹ Artículo 1 del Real Decreto 124/2007.

persona otorgante, así como de la eventual modificación, sustitución o revocación de su contenido, cualquiera que sea el registro autonómico en el que hayan sido inscritas; c) el contenido de las instrucciones previas”.

Para inscribir el documento de instrucciones previas en el Registro Nacional es preciso su previa inscripción en el correspondiente registro autonómico. El encargado de este último deberá comunicarlo al Registro Nacional, por vía telemática, dentro de los 7 días siguientes a la inscripción efectuada. Una vez recibida la comunicación telemática se procederá a la inscripción del documento de instrucciones previas, así como a la de la copia de este documento en el Registro Nacional y se notificará dicha inscripción, por vía telemática, al registro autonómico en el término de 7 días⁸⁰.

En los supuestos de incapacidad de hecho, contemplados en el artículo 5.2 de la Ley Orgánica 3/2021 la solicitud de prestación de ayuda para morir “podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola del documento de instrucciones previas [...] o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente”⁸¹. La persona mayor de edad y plenamente capaz deberá ser el representante legal del otorgante o los designados en el documento de instrucciones previas. Estas personas están habilitadas para acceder al registro mediante la presentación de la oportuna solicitud escrita al encargado del Registro quien, previa comprobación de la identidad del peticionario, procederá a expedir la oportuna certificación acreditativa⁸².

Finalmente, en el caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar dicha solicitud. En este supuesto, dicho médico está legitimado para solicitar y obtener acceso al documento de instrucciones previas a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con el artículo 4.1.d) del Real Decreto 124/2007⁸³.

3. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

80 Artículo 3.1 y 2 del Real Decreto 124/2007.

81 Artículo 6.4 de la Ley Orgánica 3/2021.

82 Artículo 4.2 del Real Decreto 124/2007.

83 Artículo 6.4 de la Ley Orgánica 3/2021.

El artículo 16 de la Ley Orgánica 3/2021 reconoce el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de la ayuda para morir en estos términos:

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

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

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

Esta norma plantea tres cuestiones esenciales que pasamos a comentar en los siguientes epígrafes: a) El reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia (en particular, quién y cuándo puede ejercerse); b) la forma de ejercer este derecho y c) el Registro de objetores.

3.1 El reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia

La Ley Orgánica reconoce expresamente el derecho a la objeción de conciencia en la prestación de la ayuda para morir.

En este punto, el legislador español ha seguido el criterio de algunas leyes europeas reguladoras de la eutanasia y el suicidio asistido. Así, en Holanda, la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio, entrada en vigor el 1 de abril de 2002, no menciona los centros sanitarios ni impone ninguna obligación a los médicos por entender que la participación de estos es totalmente voluntaria⁸⁴.

84 Sobre este punto cfr. RUIZ MIGUEL, A., “Objeción de conciencia y eutanasia”, *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, cit., p. 262.

En Bélgica, la Ley relativa a la eutanasia, de 28 de mayo de 2002, despenalizó esta práctica y reconoció la objeción de conciencia de los médicos. En efecto, según el artículo 14 de la misma: “Ningún médico está obligado a realizar un acto de eutanasia [...]. Si el médico se niega a realizar una eutanasia, está obligado a notificarlo al paciente o representante indicando los motivos. Si la denegación está justificada por razones médicas, se registrará en la historia médica del paciente. El médico que se niegue a cumplir una solicitud de eutanasia deberá, a petición del paciente o de su representante ceder la historia clínica a un médico designado por estos”⁸⁵.

La Ley luxemburguesa, de 19 marzo de 2009, sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio asistido ha seguido un criterio muy similar al de la norma belga. Su artículo 15 dispone: “Ningún médico estará obligado a practicar una eutanasia una asistencia al suicidio. Si el médico consultado rechaza realizar una eutanasia o una asistencia al suicidio deberá informar al paciente y/o a la persona de confianza, si existe una, dentro de las 24 horas precisando las razones de su rechazo. El médico que rechaza responder a la demanda de eutanasia o asistencia al suicidio deberá, a la demanda del paciente o de la persona de confianza, comunicar el expediente médico del paciente al médico designado por este último o por la persona de confianza”.

En Alemania, la importante sentencia del Tribunal Constitucional, 26 de febrero de 2020, ha considerado conforme a la Ley Fundamental de Bonn el derecho al suicidio asistido y la cooperación de terceros para la práctica del mismo. A este respecto, la mencionada sentencia ha manifestado que estos terceros actúan libremente y, por tanto, no puede prohibírseles su necesaria asistencia⁸⁶.

En nuestro ordenamiento jurídico, la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios- reconocida en el mencionado artículo 16 de la Ley Orgánica 3/2021- plantea la cuestión más general del reconocimiento y naturaleza jurídica del derecho a la misma.

La Constitución solo menciona, en el artículo 30.2, la objeción de conciencia al servicio militar, hoy en día carente de aplicación práctica al haberse suprimido en 2001 el carácter obligatorio de esta prestación. Por su parte, el Tribunal Constitucional ha mantenido sobre la objeción de conciencia una doctrina diversa y, a veces, contradictoria.

85 Sobre la eutanasia en Bélgica GUERRA VAQUERO, A.Y., “La eutanasia en Bélgica y Luxemburgo”, en Marcos del Cano y De la Torre (editores), *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, Madrid, 2019, pp. 95 y ss.

86 Sobre este punto cfr. RUIZ MIGUEL, A., “Objeción de conciencia y eutanasia”, cit., p. 262.

Así, en un primer momento, el Tribunal Constitucional mantuvo el criterio de considerar la objeción de conciencia como un derecho reconocido en nuestro ordenamiento no solo explícitamente en el artículo 30.2 de la Constitución, sino también implícitamente con carácter general en cuanto especificación de las libertades garantizadas en el artículo 16 del mismo texto legal⁸⁷. Asimismo, y en virtud de entender la objeción de conciencia como una concreción de la libertad ideológica, el Tribunal Constitucional al contemplar la objeción de conciencia al aborto -no reconocida explícitamente en la Constitución- proclamó su naturaleza de derecho fundamental y, por ello, la posibilidad de su alegación directa sin necesidad de desarrollo legislativo⁸⁸.

Sin embargo, posteriormente, el Tribunal Constitucional modificó el criterio expuesto, pasando a mantener una postura profundamente diferente.

De acuerdo con esta nueva postura, el Tribunal Constitucional ha considerado, en primer lugar, a la objeción de conciencia como un derecho autónomo aunque relacionado con las libertades ideológica y religiosa⁸⁹.

En segundo lugar, el Tribunal Constitucional ha entendido que no existe en nuestro ordenamiento jurídico un reconocimiento implícito de la objeción de conciencia con carácter general “porque ello supondría la negación misma de la idea de Estado”⁹⁰.

En tercer lugar, y como consecuencia lógica de la afirmación anterior, para el Tribunal Constitucional no cabe admitir más objeciones que aquellas expresamente reconocidas en la Constitución o en una ley ordinaria. La razón es que sin ese reconocimiento “no podría ejercerse el derecho, ni siquiera al amparo de libertad ideológica o de conciencia (art. 16 CE) que, por sí mismo, no sería suficiente para liberar a los ciudadanos de deberes constitucionales o «subconstitucionales» por motivos de conciencia, con el riesgo anejo de relativizar los mandatos jurídicos”⁹¹. Finalmente, en razón de toda esta argumentación, el Tribunal Constitucional ha calificado a la objeción de conciencia como un derecho constitucional, no fundamental, debido a su naturaleza excepcional. Es decir, en cuanto que es un “derecho a una exención de norma general”⁹².

87 Sentencia 15/1982, de 23 de abril, FJ. 6.

88 Sentencia 15/1985, de 11 de abril, FJ. 14.

89 Sentencia 161/1987, de 27 de octubre, FJ. 3.

90 Sentencia 161/1987, de 27 de octubre, FJ. 14.

91 Sentencias 160/1987, de 27 de octubre, FJ. 3. Y 321/1984, de 28 de noviembre, FJ.4.

92 Sentencia 160/1987, de 27 de octubre, FJ. 3.

Ante esta jurisprudencia fluctuante del Tribunal Constitucional, algunos autores han sostenido la existencia en el ordenamiento jurídico español de un derecho general a la objeción de conciencia alegable -en caso de su no reconocimiento legal expreso- ante los tribunales a fin de que estos lleven a cabo una adecuada ponderación con otros derechos y bienes constitucionales en conflicto. Derecho que tiene la naturaleza jurídica de fundamental en cuanto forma parte de las libertades fundamentales reconocidas por el artículo 16.1 de la Constitución⁹³.

No obstante esta interpretación doctrinal, el Tribunal Constitucional ha seguido manteniendo su última jurisprudencia en materia de objeción de conciencia exigiendo que, para su ejercicio, este derecho debe estar reconocido, en cada supuesto concreto por una ley ordinaria. Tal es el caso, entre otros, de la objeción de conciencia fiscal. Es decir, la negativa al pago de aquella parte de los impuestos destinada a sufragar actividades contrarias a la propia conciencia. Ante esta pretendida objeción, el Tribunal Constitucional ha manifestado que no cabe invocar la objeción de conciencia como una excepción al deber general previsto en el artículo 31 de la Constitución y que, por otra parte, no está contemplada la legislación tributaria⁹⁴.

El mismo criterio ha seguido el legislador al regular la objeción de conciencia en materia sanitaria. Así, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo se refiere expresamente a la objeción de conciencia los profesionales sanitarios⁹⁵.

93 En este sentido GASCÓN ABELLÁN, M., *Obediencia al Derecho y objeción de conciencia*, Madrid, 1990, pp. 306-307, PRIETO SANCHÍS, L., “El derecho fundamental de libertad religiosa”, Ibán C., Prieto Sanchís, L., Motilla, A., *Manual de Derecho eclesiástico*, 2004, p. 81 y MARTÍN SÁNCHEZ I., “La objeción de conciencia”, *La libertad religiosa en España y Argentina*, Madrid, 2006, p. 288.

Una crítica a estas posturas puede verse en RUIZ MIGUEL, A., “Objeción de conciencia y eutanasia”, cit., pp. 251 y ss.

94 Autos del Tribunal Constitucional de 28 de junio de 1990 y de 1 de marzo de 1993.

95 El art. 19.2 de esta Ley Orgánica dispone: “Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir

La Ley Orgánica 3/2021 también ha seguido, como vimos, el criterio de reconocer expresamente el derecho de los profesionales sanitarios a la objeción de conciencia.

3.1.1 Los titulares del derecho a la objeción de conciencia

La primera cuestión que es preciso abordar es la de dilucidar quiénes son los profesionales directamente implicados en la prestación de la ayuda para morir, pues la Ley Orgánica no los identifica.

Para resolver esta cuestión, el Comité de Bioética de España considera que es necesario determinar previamente si dicha prestación debe calificarse como un “acto médico” o como un “acto sanitario”. Si la prestación de ayuda para morir es un acto médico, la objeción de conciencia debería restringirse a quienes ostentan una titulación oficial en el ámbito de la salud y participan directamente en el hecho de acabar con la vida del paciente. Por el contrario, si la prestación es un acto sanitario, la titularidad para ejercer la objeción de conciencia deberá comprender a todos los profesionales que prestan servicio en un centro hospitalario, incluyendo no solo aquellos que participan directamente en la prestación de ayuda para morir, sino a cuantos realizan una función necesaria para que pueda realizarse el acto eutanásico.

De acuerdo con lo dispuesto en el Código de Deontología Médica⁹⁶, el Comité de Bioética de España considera que un acto médico solo puede realizarse por un profesional médico o por un profesional sanitario (enfermero, farmacéutico, auxiliar de clínica, etc.) bajo la dirección de un médico. Este médico debe, además, estar orientado a beneficiar la salud del paciente.

Por el contrario, el acto sanitario es el realizado en un contexto sanitario, pero sin estar necesariamente vinculado a los profesionales médicos o sanitarios. Este acto viene determinado fundamentalmente por el contexto en el que se realiza y no por el sujeto que lo lleva a cabo. Por tanto, el concepto de

a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación”.

96 El artículo 7.1 del Código de Deontología Médica dispone:

“Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos”.

acto sanitario comprende el más específico de acto médico, pero es mucho más amplio⁹⁷.

Teniendo en cuenta esta distinción, el Comité de Bioética de España entiende que la prestación de ayuda para morir no debe ser calificada como acto médico. Ello es debido, fundamentalmente, a que no tiene por objeto el beneficio de la salud del paciente sino acabar con su vida.

Sin embargo, la prestación de ayuda para morir —por el contexto sanitario en el que se lleva a cabo— puede calificarse como acto sanitario que involucra a profesionales sanitarios y no sanitarios⁹⁸.

Según esta calificación de la prestación de ayuda para morir, para el Comité de Bioética de España, están implicados directamente en ella:

1. el médico responsable,
2. el médico consultor,
3. el profesional sanitario que rubrica la solicitud de la prestación del paciente cuando es diferente del médico responsable⁹⁹,
4. el médico que forma parte de la Comisión de Garantía y Evaluación y es designado para realizar el informe preceptivo¹⁰⁰,
5. los médicos y demás profesionales sanitarios que formen parte del equipo asistencial destinado a ejecutar la prestación para morir,
6. los miembros de la dirección del centro que debe velar en relación con las disparidades de criterio entre los dos miembros designados por la Comisión de Garantías y Evaluación¹⁰¹ y
7. el médico del centro al que se solicite resolver la disparidad de criterios señalada en el artículo 18.a) de la Ley Orgánica 3/2021.

Además, está implicado directamente cualquier otro profesional que desarrolla su trabajo en un centro sanitario y al que se pueda exigir su participación en la prestación de ayuda para morir, como los celadores encargados de trasladar al paciente a la

sala del hospital en la que se llevará a cabo dicha prestación.

A nuestro juicio este criterio, mantenido por el Comité de Bioética de España, resulta excesivamente amplio. En efecto, considerar que el derecho a la objeción de conciencia corresponde a todas las personas mencionadas por el Comité supondría que prácticamente la totalidad de los trabajadores de un centro hospitalario podrían ejercitar este derecho. Esto llevaría a supuestos inconcebibles y carentes de toda lógica, como sería el caso de considerar habilitados para su ejercicio, por ejemplo, a las personas que trabajan en la recepción o en la administración del hospital, a las que llevan a la habitación del enfermo las medicinas prescritas e, incluso a quienes tienen a su cargo la limpieza de la estancia en la cual se encuentra el paciente y necesitan moverlo para poder efectuarla.

Recordemos que para la Ley Orgánica 3/2021 los profesionales sanitarios que pueden ejercer el derecho a la objeción de conciencia son los directamente implicados en la prestación de ayuda para morir. Es decir, según nuestro criterio, aquellos cuya participación es directa y absolutamente necesaria para la realización del proceso eutanásico.

Parece razonable entender que entre estos profesionales sanitarios deben figurar, en el supuesto de la eutanasia, el médico responsable y el médico consultor. También resulta lógico incluir dentro de estos profesionales al resto de los profesionales sanitarios que asisten al paciente hasta el momento de su muerte¹⁰². En este sentido cabe citar el Decreto 41/2021, de 29 de junio, por el que se crean y regulan el Registro de profesionales objetores de conciencia del Servicio de salud del Principado de Asturias y la Comisión de Garantía y Evaluación del Principado de Asturias en aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Este Decreto, en su artículo 3.2 dispone: “Los profesionales que declaren su objeción no podrán participar en ninguna de las actuaciones del proceso eutanásico, con lo que no podrán ser médicos responsables ni médicos consultores, y tampoco miembros de la Comisión. No obstante, la objeción de conciencia no se extiende al resto de actuaciones sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información o de acompañamiento”. Por su parte, el *Manual de buenas prácticas en eutanasia* del Ministerio de Sanidad -de acuerdo con la Disposición adicional sexta de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo¹⁰³- ha seguido un criterio similar. Sobre

97 Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia, de 21 de julio de 2021, p. 19.

98 Informe del Comité de Bioética de España, cit., p. 20.

99 Artículo 6.2 de la Ley Orgánica 3/2021.

100 Artículo 10.1 de la Ley Orgánica 3/2021.

101 Artículo 18.a) de la Ley Orgánica 3/2021.

102 Artículo 11.3 de la Ley Orgánica 3/2021.

103 La Disposición adicional sexta dispone: “Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de

esta cuestión ha manifestado: “De acuerdo con el artículo 16.1 de la LORE, los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir que podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia son aquellos que realicen actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuales no fuese posible llevarla a cabo.

Además de los profesionales de medicina y de enfermería que intervengan en el proceso final de prescripción o administración y suministro de medicamentos, podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia los médicos/as responsables y consultores/as, así como otros profesionales sanitarios que pudiesen intervenir en el procedimiento por requerírseles su participación, entre ellos los psicólogos clínicos.

Igualmente, podrán ejercerla los farmacéuticos/as en el caso de que sea necesaria la formulación magistral de alguno de los medicamentos que se van a administrar dentro del proceso de ayuda para morir, y en la preparación de kits de medicamentos”.

Asimismo, el citado *Manual de buenas prácticas* ha declarado que la objeción de conciencia no puede extenderse a los cuidados derivados de la atención habitual que requiere el paciente.

En cuanto a las objeciones indirectas, es decir, aquellas no relacionadas objetivamente con la eutanasia y por ello no admitidas, debe entenderse que forman parte de ellas la del profesional sanitario que rehúsa informar al paciente y derivarlo a otros médicos o centros hospitalarios con la suficiente antelación. Asimismo, entre este tipo de objeciones están las manifestadas con posterioridad a la eutanasia, entre las que pueden citarse la negativa a retirar las sondas, a extraer un órgano o a trasladar un cadáver, así como las referentes al cuidado ordinario del paciente, a los aspectos administrativos de la tramitación de la prestación de ayuda para morir y a las de los trabajadores en el centro hospitalario a los cuales nos referimos anteriormente¹⁰⁴.

Finalmente, es preciso tener en cuenta que la objeción de conciencia a las prestaciones de ayuda para morir es un derecho individual de los profesionales sanitarios directamente implicados en ella¹⁰⁵.

la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la Ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley.

Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2”.

104 Sobre este punto cfr. RUIZ MIGUEL, A., “Objeción de conciencia y eutanasia”, cit., pp. 265-266.

105 Artículo 8.1 de la Ley Orgánica 3/2021.

Por tanto, no pueden ejercer esta objeción los centros sanitarios públicos, privados o concertados, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley Orgánica 3/2021¹⁰⁶.

En contra de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2021, el Comité de Bioética de España entiende que los centros sanitarios de las órdenes religiosas o dependientes de las mismas, son titulares del derecho a la objeción de conciencia en su condición de titulares de un ideario. Por ello, este ideario puede imponerse a sus trabajadores cuando sus actuaciones atenten directamente contra el mismo, lo que tendría lugar, sin duda, en el caso de la práctica de un acto eutanásico. Según esta opinión, la objeción de conciencia de las personas jurídicas derivaría tanto del artículo 16.1 de la Constitución, el cual proclama que la libertad religiosa e ideológica se reconoce tanto a la persona física como las comunidades, como de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional que ha reconocido un principio de presunción del reconocimiento de los derechos fundamentales y libertades públicas a favor de las personas jurídicas¹⁰⁷.

Contrariamente a lo manifestado en el *Informe del Comité de Bioética de España*, una de sus vocales ha afirmado en su voto particular -en nuestro criterio acertadamente- que las instituciones públicas privadas y concertadas no tienen conciencia moral por ser esta un atributo de las personas físicas y no de las jurídicas. Las instituciones tienen ideología, estatutos y códigos de ética institucionales que pueden limitar la práctica de prestaciones de acuerdo con sus principios en el caso de tratarse de instituciones privadas, garantizando siempre el cuidado de sus usuarios. No obstante, el fundamento de estas limitaciones no es el derecho a la objeción de conciencia sino el derecho al respeto de su misión institucional¹⁰⁸.

En nuestra opinión, la afirmación del Comité de Bioética de España y la de quienes sostienen que las

106 El artículo 14 de la Ley Orgánica establece:

“La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.”

107 Informe del Comité de Bioética de España, cit., pp. 28-29.

108 Voto particular de Doña Leonor Ruiz Sicilia, de 21 de julio de 2020 Informe del Comité de Bioética de España, cit., p. 38.

Una crítica de la opinión que defiende el derecho a objetar de las personas jurídica puede verse en RUIZ MIGUEL, A., “Objeción de conciencia y eutanasia”, cit., pp. 269 y ss.

personas jurídicas tienen derecho a la objeción de conciencia confunden la libertad de conciencia con el ideario que ostentan algunas entidades de naturaleza ideológica. La libertad de conciencia es propia únicamente de la persona física. Una manifestación lógica de esta libertad es el derecho a la objeción de conciencia. Esta libertad, exclusivamente de los individuos, ha sido puesta de manifiesto por la extinta Comisión Europea de Derechos Humanos. Este organismo declaró que mientras que la libertad religiosa y la ideológica pueden ser ejercitadas tanto por una persona física como por una persona jurídica, la de conciencia solo puede ser ejercitada por la persona física¹⁰⁹. En el mismo sentido, el *Manual de buenas prácticas en eutanasia* del Ministerio de Sanidad ha declarado claramente que “la objeción de conciencia es un derecho individual, no colectivo. Tiene un carácter personal y, por lo tanto, no podrá ejercerse por una institución, un centro, un servicio o una unidad”.

A diferencia de las personas físicas, algunas entidades de naturaleza ideológica o religiosa, como son las iglesias y las entidades dependientes de ellas, así como los centros privados ideológicamente caracterizados, pueden tener un ideario en el que expresan su finalidad, carácter u orientación propia y normas de actuación¹¹⁰. En el caso de los centros sanitarios gestionados por dichas entidades, su ideario puede incluir cláusulas prohibitivas de determinadas prácticas contrarias a su ideología, entre las que puede figurar la prohibición de realizar en ellos la eutanasia y el suicidio asistido.

Así, por ejemplo, diversas instituciones religiosas de salud emitieron un manifiesto contra la ley de eutanasia el 23 de junio de 2021¹¹¹.

Este tipo de instituciones privadas plantea tres importantes cuestiones en materia sanitaria. La primera de ellas es si los centros hospitalarios concertados, es decir, los que reciben financiación por parte de la Administración o de otro tipo de entidades, pueden tener un ideario. La respuesta tiene que ser positiva porque la financiación no les hace perder su

carácter privado ni su derecho a su propio ideario. Por tanto, la Administración no podría retirarles la financiación por su negativa a practicar la eutanasia o el suicidio asistido pues ello equivaldría a vaciar el contenido esencial del derecho al ideario.

Una segunda cuestión es la de que en el contrato de los profesionales sanitarios que trabajan en los centros hospitalarios privados con ideario se recogiese de forma expresa la prohibición de realizar tales prácticas eutanásicas. En el caso, más teórico que real, de que dichos profesionales realizaran estas prácticas en el centro hospitalario donde trabajan entendemos que daría lugar a un despido procedente por incumplimiento del contrato.

Finalmente, una tercera cuestión que cabe plantearse es si las actividades realizadas por los profesionales sanitarios en otro centro distinto del que trabajan y contrarias al ideario de aquél (por ejemplo, realizar una eutanasia) pueden ser causa de despido. En nuestra opinión, en este caso el despido sería procedente porque una actividad de este tipo desvirtuaría el carácter del ideario y la percepción por terceros de la labor de los profesionales que trabajan en el centro ideológico.

3.1.2 El momento de ejercer la objeción de conciencia

Una segunda cuestión que plantea el derecho a la objeción de conciencia es la de en qué momento del transcurso de la prestación de la ayuda para morir puede ejercitarse.

La Ley Orgánica 3/2021 no establece ningún plazo específico para presentar la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios limitándose, como hemos señalado, a exigir que la misma se manifieste anticipadamente.

El término “anticipadamente” implica, lógicamente, que la objeción debe constar con una anterioridad al inicio del proceso eutanásico. Además, la anticipación comporta que la negativa a participar en este proceso sea comunicada con antelación suficiente al paciente solicitante de la prestación de ayuda para morir, para que este pueda dirigirse a otro médico no objetor. Asimismo, la misma anticipación es necesaria para poner la objeción en conocimiento de los miembros del equipo encargado de realizar la prestación de ayuda para morir y de la dirección del centro sanitario a los efectos de que ésta pueda garantizar adecuadamente que dicha prestación solicitada pueda efectivamente ser llevada a cabo.

Según el Comité de Bioética de España, no ha lugar a la objeción de conciencia durante el proceso

109 Decisión sobre el recurso 11921/86, en el caso Kontakt-Information-Therapie y Hagen contra Austria. Sobre esta decisión cfr. MARTÍNEZ TORRÓN, J., “La giurisprudenza degli organi di Strasburgo sulla libertà religiosa”, *Rivista internazionale dei diritti dell'uomo*, 2, 1993, p. 339; DUFFAR, J., “La liberté religieuse dans les Textes Internationaux”, *Anuario de Derecho eclesiástico del Estado*, XI, 1996, p. 87.

110 Cfr. Sentencia del Tribunal Constitucional 77/1985, de 27 de junio FJ.8 referida a los centros docentes privados.

111 *Manifiesto de instituciones religiosas de salud contra la Ley de eutanasia ante su entrada en vigor*, Madrid, 23 de junio de 2021. Las instituciones firmantes de este manifiesto son la Orden de religiosos Camilos de España, la Orden hospitalaria de San Juan de Dios, los Hospitales Católicos de Madrid, la Federación Nacional y la Conferencia Española de Religiosos.

deliberativo e informativo de la prestación de ayuda para morir, porque es una obligación ética y clínica del médico responsable el acompañamiento y la asesoría al paciente. La objeción solo es posible ejercerla por el médico responsable y el médico consultor a partir del momento de la comunicación de la solicitud de la prestación de ayuda para morir al Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación¹¹².

En nuestra opinión, en contra de este criterio, los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir pueden ejercer el derecho a la objeción de conciencia en cualquier fase del proceso eutanásico, comunicándolo con antelación a cada una de ellas, el cual comienza con la solicitud del paciente y termina con la prescripción o administración del fármaco adecuado para causar la muerte, así como con su presencia y asistencia al paciente hasta el momento de su fallecimiento. Por tanto, los profesionales sanitarios que objetan a participar en todas estas etapas, cuya objeción inscribirán previamente en el Registro de objetores, están exentos de participar en ellas. La razón es que desde la entrega del documento de solicitud de la prestación de la ayuda para morir al médico responsable -a la cual se refiere el artículo 16.2 de la Ley Orgánica 3/2021- puede entenderse que existe una implicación directa de dicho profesional y del médico consultor en el proceso eutanásico.

3.1.3 El alcance de la objeción

La Ley Orgánica 3/2021 reconoce, como hemos expuesto, el derecho a ejercer la objeción de conciencia a los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir. El mencionado *Manual de buenas prácticas* en eutanasia del Ministerio de Sanidad dispone sobre este punto que el alcance de la objeción de conciencia “se ciñe a las acciones y actos referidos tanto en:

- **El artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.**

El contenido de este precepto detalla las actuaciones que forman parte del procedimiento previo, cuando estos actos sean imprescindibles y directamente relacionados con la prestación. Se trata de constatar la voluntad clara, firme y decidida del paciente en solicitar la ayuda para morir, tras varias manifestaciones continuadas en tal sentido o producirse el desistimiento de la antes citada decisión.

- **El artículo 11. Realización de la prestación de ayuda para morir.**

Se trata de aquellas actuaciones que se realizan en el proceso final, de prescripción, administración o suministro, dispensando observación y apoyo hasta el momento del fallecimiento del paciente.

Ambas actuaciones deben entenderse como parte del mismo procedimiento de prestación de ayuda para morir”.

Este reconocimiento plantea, por una parte, si la objeción debe ser a todo el proceso de dicha prestación o, por el contrario, si puede ser a una parte de la misma. Igualmente surge el problema de si es factible la objeción solo en un caso concreto o, para que sea admisible, tiene que extenderse a todos los pacientes que soliciten la prestación de ayuda para morir.

En nuestra opinión, y desde un punto de vista objetivo, es decir, respecto de las actuaciones integrantes del proceso de ayuda para morir, es posible la objeción de conciencia parcial. Se podría objetar a determinadas actuaciones del procedimiento eutanásico. Ello es debido a que la objeción se basa en la conciencia individual. Por ello, no cabe duda de que para algún miembro del equipo sanitario, puede resultar contrario a su conciencia participar, por ejemplo, en la fase final del proceso de eutanásico poniendo fin personalmente a la vida del paciente o suministrándole el fármaco letal.

Desde un criterio subjetivo, esto es, respecto del paciente que solicita la práctica de la eutanasia o el suicidio asistido, la cuestión problemática es, como hemos dicho, si algún integrante del equipo que debe realizar la prestación de ayuda para morir puede ejercer la objeción solo en relación a un concreto paciente.

En este punto, es preciso mencionar el Decreto Ley 13/2001, de 22 de junio, de Cataluña, que prohíbe inscribir en el registro la objeción de un profesional sanitario a no realizar la prestación de la ayuda para morir relativa a un caso concreto. En el artículo 19.5 de esta norma se establece: “No es objeto de inscripción en el registro la decisión de una persona profesional sanitaria de no realizar la prestación de ayuda para morir relativa a un caso concreto. Esta decisión tiene que ser comunicada a la persona responsable del centro sanitario donde se esté llevando a cabo el proceso de ayuda para morir, con la suficiente antelación para no afectar a la prestación solicitada, y a los efectos que se realicen las actuaciones necesarias para poder hacerla efectiva”.

112 Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia, de 21 de julio de 2021, pp. 16-17.

A nuestro juicio, este Decreto no niega la posibilidad de la objeción en un caso concreto, puesto que establece la obligación del objetor de comunicarla al responsable del centro sanitario donde se realice la prestación de ayuda para morir. Lo que prohíbe es la inscripción de este supuesto de objeción en el Registro de objetores.

Creemos que este supuesto de objeción resulta factible. En primer lugar, porque ninguna norma establece que la objeción para ser efectiva tenga que ser general, comprendiendo todos los posibles casos de una determinada actuación. En segundo término, resulta comprensible que un profesional sanitario no objetor rechace participar por razones de conciencia en un concreto supuesto de prestación de ayuda para morir, por ejemplo, por razones de amistad o familiaridad con el paciente, y no objete a su participación respecto de otras personas.

Por ello, no parece razonable la prohibición de la inscripción de esta objeción en el Registro. Esta prohibición implica, injustificadamente, que el registro solo puede aceptar la inscripción de determinadas objeciones, las generales, impidiendo que las parciales (objetivas o subjetivas) puedan tener acceso al mismo.

3.2 La forma de ejercer la objeción de conciencia

El artículo 16. 1. de la Ley Orgánica 32/20021 se limita a manifestar que el rechazo a realizar la prestación de ayuda para morir, por razones de conciencia, deberá manifestarse por escrito. Exigencia que, lógicamente, se extiende a la declaración de la objeción en cuanto requisito necesario para la inscripción en el Registro de profesionales objetores de conciencia.

Sobre el formato en el que debe presentarse la objeción de conciencia, habrá que atenerse a la reglamentación de las comunidades Autónomas que, probablemente, establecerán un modelo *ad hoc*.

En este sentido cabe citar la Orden SAN/22/2021, de 21 de junio, de la Comunidad Autónoma de Cantabria, la cual establece, en su artículo 11.2, que: “La declaración de objeción de conciencia se presentará con arreglo al modelo normalizado que figure en la web institucional de la Consejería de Sanidad. Recibida la declaración de objeción de conciencia se comprobará por la Dirección General competente en materia de ordenación sanitaria el cumplimiento de los requisitos legales exigibles a la misma¹¹³”.

113 El modelo normalizado aprobado en esta Comunidad

3.3 El registro de objetores de conciencia

El artículo 16.2 de la Ley Orgánica 3/2021 establece la obligación de las administraciones sanitarias de crear un registro de profesionales sanitarios que objetan a realizar la prestación de ayuda para morir. Se trata, por tanto, de una competencia de las Comunidades Autónomas.

En estos registros autonómicos los profesionales sanitarios podrán inscribir, mediante escrito, sus declaraciones de objeción de conciencia y revocar estas en cualquier momento¹¹⁴.

Alguna Comunidad Autónoma menciona los datos inscribibles. Así, por ejemplo, la Orden SAN/22/2021 de la Comunidad Autónoma de Cantabria dispone que en el registro se inscribirán los siguientes datos:

- a) Datos identificativos:
 - Apellidos y nombre.
 - Documento Nacional de Identidad.
- b) Datos profesionales:
 - Titulación.
 - Especialidad.
 - Centro en el que presta servicios.
 - Servicio al que se encuentra adscrito.
- c) Fecha de presentación de la objeción de conciencia y, en su caso, de la revocación.
- d) Consideraciones especiales que, en su caso, tenga la declaración de objeción¹¹⁵.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 16.2 de la Ley Orgánica 3/2021, el registro de objetores de conciencia a la prestación de ayuda para morir se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

Esta confidencialidad y la protección de dichos datos se adecuará a lo previsto en el Reglamento (UE) del Parlamento Europeo y del Consejo, de

puede consultarse en:

<https://sede.cantabria.es/sede/catalogo-de-tramites/tramite/Declaraciones-y-comunicaciones-de-los-interesados/5427>

114 Decreto 41/2021, de 29 de junio, por el que se crean y regulan el Registro de profesionales objetores de conciencia del Servicio de salud del Principado de Asturias y la Comisión de Garantía y Evaluación del Principado de Asturias.

115 Artículo 10 de la Orden SAN/22/2021, de 21 de junio, por la que se crean y regulan la Comisión de Garantía y Evaluación del Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir y el Registro de Profesionales Sanitarios Objetores de Conciencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria (Boletín Oficial de Cantabria, de 21-06-2021).

27 de abril de 2017, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, así como a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y demás normativa aplicable¹¹⁶.

El artículo 3.4 del Decreto 41/2021 del Principado de Asturias dispone que: “Los responsables de los centros sanitarios deberán conocer con que objetores cuentan en su centro para poder organizar la prestación, bajo el requisito de estricta confidencialidad. Esta información no podrá utilizarse para otro fin que no sea el de garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir”.

Resulta evidente que los responsables de los centros sanitarios necesitan conocer los objetores existentes en los mismos para poder organizar adecuadamente la prestación de ayuda para morir. Este conocimiento no puede referirse únicamente al número de objetores sino a la identificación de los mismos por sus datos personales. No obstante, en virtud del deber de confidencialidad, es evidente que los responsables citados no podrán dar a conocer la identificación de los objetores a ninguna persona del centro sanitario ni de fuera de él.

Una cuestión importante es si la objeción de conciencia ejercitada por los profesionales sanitarios puede ser objeto de control para verificar su razón de ser. Es decir, si las razones alegadas por el objetor son suficientes para entender que se está en presencia de una auténtica objeción de conciencia. El artículo 16.2 de la Ley Orgánica 3/2021 no menciona nada sobre esta cuestión manifestando solamente que la inscripción en el Registro de los profesionales sanitarios objetores tiene como finalidad facilitar la información necesaria a la administración sanitaria “para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de la ayuda para morir”.

Por su parte, entre las funciones de las Comisiones de Garantía y Evaluación figura la de resolver las reclamaciones de las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud de ayuda para morir¹¹⁷. Sin embargo, la causa de esta denegación no debe entenderse debida a que el médico sea objetor, sino a que en el caso concreto de una determinada solicitud no se cumplen los requisitos exigidos por el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 3/2021 (mayoría de edad, capacidad y consciencia).

En nuestra opinión, por tanto, bastará la manifestación por escrito de la objeción por los profesionales sanitarios para que ésta sea inscrita en el Registro correspondiente, sin que la administración sanitaria pueda entrar a valorar las concretas razones por las cuales el objetor considera que la prestación de ayuda para morir es contraria a su conciencia.

4. LAS COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

4.1 Creación y composición

El artículo 17.1 de la Ley Orgánica 3/2021 se refiere a las Comisiones de Garantía y Evaluación, manifestando que deberán existir en cada una de las comunidades autónomas, así como en las ciudades de Ceuta y Melilla. Estas comisiones tendrán un carácter multidisciplinar y estarán compuestas por un número mínimo de 7 miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas.

El artículo 17.2 de dicha Ley Orgánica califica a estas comisiones de órgano administrativo, precisando en el artículo 18.d) que, entre sus funciones, está la de resolver dudas o cuestiones surgidas durante la aplicación de esta ley sirviendo de “órgano consultivo” en su ámbito territorial concreto (el entrecomillado es nuestro). Sin embargo, como ha sido señalado, no parece que la naturaleza jurídica de estas comisiones sea la de un órgano administrativo meramente consultivo sin capacidad enjuiciadora. La razón es que las comisiones no solo tienen funciones consultivas sino también decisorias, como es la de resolver -como dispone el artículo 18.b)- si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley. Por ello, estas comisiones no son órganos consultivos sino de control, semejantes a los Comités de Ética de investigación regulados por la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación Biomédica¹¹⁸.

Las Comisiones de Garantía y Evaluación, creadas por los pertinentes organismos de salud de las comunidades autónomas, deberán estar integradas — como señala el artículo 17.1 de la Ley Orgánica — por un número mínimo de 7 miembros de distintas especialidades. Evidentemente, este es un límite que las comunidades autónomas deben respetar, pero ello no significa que no puedan nombrar un número mayor de miembros. De hecho existe una variedad

¹¹⁶ Artículo 13 de la Orden SAN/22/2021 de Cantabria y artículo 2 del Decreto 41/2021 de Asturias.

¹¹⁷ Artículo 18.a) de la Ley Orgánica 3/2021.

¹¹⁸ Como señala BELTRÁN AGUIRRE, J.L., “El procedimiento y los controles necesarios con el fin de garantizar la observancia de los requisitos objetivos y subjetivos”, cit., pp. 190-191.

numérica de miembros en las Comisiones de Garantía y Evaluación autonómicas creadas.

Así, la Comisión de Garantía y Evaluación de Cantabria está integrada por 11 miembros¹¹⁹; la de Castilla y León por 15¹²⁰; la de Castilla-La Mancha¹²¹ por un número mínimo de 7 y un máximo de 10; la de Canarias por 12¹²²; la de Baleares por 9¹²³; la de Galicia por 12¹²⁴ y la de Cataluña por entre 9 y 18 miembros¹²⁵.

La composición de las Comisiones de Garantía y Evaluación y la duración del nombramiento de sus miembros varía de unas comunidades autónomas a otras. Así, por ejemplo, la Comisión de Garantía y Evaluación de Cantabria está integrada por 5 médicos, 3 enfermeros, un miembro del Comité de Bioética de Cantabria; 12 juristas y un secretario con voz pero sin voto. La duración del nombramiento es por un período de tres años prorrogables¹²⁶. La composición de la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León es de 5 profesionales médicos con al menos cinco años de experiencia; 5 expertos en derecho con al menos 5 años de experiencia; 3 profesionales sanitarios con al menos cinco años de experiencia seleccionados entre profesionales de enfermería; una persona especializada en psicología clínica y una persona profesional del Trabajo Social. Su nombramiento será por un periodo de tres años, prorrogable hasta 2 años más¹²⁷. En la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla-La Mancha figurarán una o dos personas que posean la licenciatura o el grado en medicina o en medicina y cirugía; una o dos personas licenciadas en derecho, especializadas en Derecho Sanitario y con formación en bioética; una persona especializada en psicología clínica, que desarrolle su trabajo en el ámbito de las

personas con enfermedades o padecimientos incurables; una o dos personas graduadas en enfermería; una persona licenciada o graduada en Filosofía, con experiencia docente y una persona procedente de organizaciones de la sociedad civil implicadas en la atención de personas con enfermedades o padecimientos incurables. La duración del nombramiento de estas personas es de cuatro años¹²⁸. Finalmente y sin ánimo de ser exhaustivo, la Comisión de Garantía y evaluación de Galicia está compuesta por 7 médicos especialistas entre los que habrá al menos un internista, uno de atención primaria y un psiquiatra, 2 miembros del personal de enfermería y 3 juristas con conocimientos de derecho sanitario o bioética¹²⁹.

Respecto de los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación, el artículo 19 establece un deber de secreto. Así dispone que los mismos “estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión”.

Una de las cuestiones que plantea la creación de las Comisiones de Garantía y Evaluación es la de la pasividad de las comunidades autónomas para constituir las, dejando pasar el plazo de tres meses establecido por el artículo 17.3 de la Ley Orgánica 3/2021. Esta Ley Orgánica no establece ninguna medida para que el Estado pueda obligar a las comunidades autónomas a crear dichos órganos administrativos. El artículo 155.1 de la Constitución establece que: “Si una Comunidad Autónoma no cumpliere las obligaciones que la Constitución u otras leyes le impongan, o actuare de forma que atente gravemente al interés general de España, el Gobierno, previo requerimiento al Presidente de la Comunidad Autónoma y, en el caso de no ser atendido, con la aprobación por mayoría absoluta del Senado, podrá adoptar las medidas necesarias para obligar a aquélla al cumplimiento forzoso de dichas obligaciones o para la protección del mencionado interés general”.

Sin embargo, el artículo 155 no especifica en qué consisten dichas medidas necesarias.

El Tribunal Constitucional ha manifestado que el concepto constitucional de “medidas necesarias”, de acuerdo con el artículo 155 de la Constitución, “puede llevar a amparar la asunción íntegra por el Gobierno, si el Senado así lo considerara, de todas

119 Orden SAN/22/2021, de 21 de junio ya citada.

120 Artículo 3 del Decreto 15/2021, de 24 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia, en la Comunidad de Castilla y León.

121 Artículo 3.1 del Decreto 75/2021, de 22 de junio, por el que se crea y regula la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla-La Mancha prevista en el artículo 17 de la Ley Orgánica 3/2021.

122 Decreto 67/2021, de 23 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación de la prestación de ayuda para morir de Canarias y se aprueba su reglamento.

123 Artículo 3.1 del Decreto 24/2021, de 3 de mayo, de creación de la Comisión de Garantía y Evaluación del Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir de las Illes Balears.

124 Artículo 6 del Decreto 101/2021, de 8 de julio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de la Comunidad Autónoma de Galicia.

125 Artículo 4.1 del Decreto Ley 13/2001, de 22 de junio, cit.

126 Artículo 3.1, 2 y 3 de la Orden SAN/22/2021, de 21 de junio.

127 Artículos 3.2 y 33 del Decreto 15/2021, de 24 de junio.

128 Artículo 3.4 del Decreto 75/2021, de 22 de junio.

129 Artículo 6.2 del Decreto 101/2021, de 8 de julio.

las funciones que corresponden a determinados órganos de la comunidad autónoma, sustituidos por el Gobierno o por quien él designe” [sentencia 89/2019, de 2 de julio, F.J. 10 c)].

Por su parte, en opinión de algún autor¹³⁰, una posible solución a este incumplimiento podría consistir en la creación de una comisión que actúe sustitutoriamente en las comunidades autónomas que no constituyeron la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo establecido en el artículo 17.3 de la Ley Orgánica 3/ 2021.

4.2 Funciones

El artículo 18 de la Ley Orgánica 3/2021 establece las funciones de las Comisiones de Garantía y Evaluación.

Entre ellas figura, en primer lugar, la resolución de diversas reclamaciones de acuerdo con lo dispuesto en el apartado a) de dicha norma.

Así, tienen que resolver, en el plazo de veinte días naturales, las reclamaciones formuladas por las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud de ayuda para morir¹³¹ y los conflictos de intereses que puedan suscitarse según lo dispuesto en el artículo 14¹³².

También deben resolver, en el plazo de veinte días naturales, las reclamaciones mencionadas en el artículo 10.3, sin que puedan participar en su resolución los dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud. Es decir, el informe elaborado por los dos miembros de la Comisión de Garantía y evaluación, designados por el Presidente de ésta, cuando sea desfavorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir¹³³.

Igualmente, las Comisiones de Garantía y Evaluación han de resolver, en el mismo plazo de veinte días, las solicitudes pendientes de verificación y elevadas al Pleno por existir disparidad de criterios entre los miembros designados que impida la formulación favorable o desfavorable. Si la resolución

es favorable a la solicitud de la prestación de ayuda para morir, la Comisión de Garantía y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios¹³⁴.

Por último, el artículo 18.a) dispone que: “El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa”.

Los recursos mencionados en los artículos 10.5 -es decir, las resoluciones de la Comisión de Garantía y Evaluación que informan desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir- y 18.a) de la Ley Orgánica 3/2021 se tramitarán por el procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales de la persona en la Ley 29/1998, de 18 de julio, reguladora de la Jurisdicción contencioso-administrativa¹³⁵.

Además de resolver las reclamaciones mencionadas en el artículo 18.a) las Comisiones de Garantía y Evaluación tienen las siguientes funciones:

b) *Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley.*

Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo al que se refiere el artículo 12.b) de la Ley Orgánica 3/2021¹³⁶. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento

134 Artículo 18.a) de la Ley Orgánica 3/2021.

135 Disposición adicional quinta de la Ley Orgánica 3/2021.

136 Según el artículo 12.b):

“El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:

1.º) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.

2.º) Fecha y lugar de la muerte.

3.º) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.

4.º) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).

5.º) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.

6.º) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia

130 Como señala BELTRÁN AGUIRRE, J.L., “El procedimiento y los controles necesarios con el fin de garantizar la observancia de los requisitos objetivos y subjetivos”, cit., p. 193.

131 Artículo 18.a) en relación con el artículo 7.

132 El artículo 14 dispone: “[...] No podrán intervenir (en la prestación de ayuda para morir) en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

133 Artículo 18.a) en relación con el artículo 10.3.

primero¹³⁷. Si, tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación se considerara afectada, este podrá retirarse voluntariamente o ser recusado.

Asimismo, para realizar la citada verificación, la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico responsable la información recogida en la historia clínica del paciente que esté relacionada con la realización de la prestación de ayuda para morir.

Finalmente, el artículo 18 establece estas otras funciones para las citadas Comisiones:

- c) Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos.
- d) Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto.
- e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley en su ámbito territorial concreto. Dicho informe deberá remitirse al órgano competente en materia de salud.
- f) Aquellas otras que puedan atribuirles los gobiernos autonómicos, así como, en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.

de presión externa.

7.º) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.

8.º) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.

9.º) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas”.

137 El artículo 12.a) dispone:

“a) El primer documento, sellado por el médico responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:

1.º) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.

2.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.

3.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.

4.º) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho”.

5. CONCLUSIONES

La Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, regula por primera vez en España la eutanasia y el suicidio asistido, sumándose así a los países de Europa y de otros continentes que admiten la prestación de ayuda para morir mediante estas prácticas médicas.

Una de las principales críticas a esta Ley Orgánica, aparte de su poco convincente fundamentación en la “demanda social” contenida en su Preámbulo, es la de haber prescindido para su redacción de la consulta a los profesionales sanitarios implicados en la misma y a las organizaciones médicas y bioéticas.

La mencionada ley exige, para poder recibir la prestación de ayuda para morir mediante la eutanasia y el suicidio asistido, que el paciente solicitante sea mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud y que haya manifestado su consentimiento informado con carácter previo a la recepción de dicha prestación. Los menores de edad, aunque posean un grado de madurez suficiente, quedan por tanto excluidos del ejercicio del derecho a poner fin a sus vidas mediante la eutanasia o el suicidio asistido. Esta exclusión ha sido objeto de críticas formuladas desde ámbitos jurídicos y médicos.

Otro de los aspectos criticables de la Ley Orgánica es que, en el caso de la incapacidad de hecho del paciente, corresponde únicamente a los profesionales sanitarios -el médico responsable y el médico consultor- certificar que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades mentales, ni puede prestar su consentimiento libre, voluntario y consciente para solicitar la prestación de ayuda para morir. La Ley Orgánica excluye, por tanto, a los jueces y al Ministerio Fiscal de la valoración de esta incapacidad de hecho, lo cual no resulta acertado. Ello es debido a que la incapacidad sólo es posible declararla judicialmente con la intervención del juez, del Ministerio Fiscal y del Médico Forense.

Si el paciente tiene una incapacidad de hecho en el momento de la realización de la prestación de ayuda para morir, y ha suscrito cuando era capaz un documento de instrucciones previas solicitando esta prestación, habrá que estar a lo dispuesto en el mismo no pudiendo el representante -si ha sido nombrado- modificar el contenido de este documento. En el caso de incapacidad de hecho, si el paciente no ha suscrito un documento de instrucciones previas, no se le podrá aplicar la prestación de ayuda para morir.

Un acierto de la Ley Orgánica 3/ 2021 es el de admitir el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir. Este derecho debe

ser reconocido únicamente a aquellos profesionales sanitarios cuya participación es directa y absolutamente necesaria para la realización del proceso eutánico.

Asimismo, en nuestra opinión, es factible la objeción de conciencia parcial. Es decir, solo a determinadas actuaciones del procedimiento de eutanasia o en relación a un concreto paciente.

Igualmente, en relación con este punto, creemos que para la inscripción de la objeción en el Registro de objetores de conciencia bastará su manifestación por escrito, sin que la Administración sanitaria pueda entrar a valorar las razones por las cuales el profesional objetor considere que la prestación ayuda para morir es contraria a su conciencia.

En cuanto a las Comisiones de Garantía y Evaluación, su creación por las comunidades autónomas puede dar lugar a problemas debido a la multiplicidad de disposiciones, no siempre coincidentes. Por ello, sería conveniente una Ley general sobre este tipo de comisiones.

Finalmente, a nuestro juicio, la alternativa a la eutanasia y el suicidio asistido sería una Ley general sobre cuidados paliativos integrales.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ ÁLVAREZ, H., “Las voluntades anticipadas (el testamento vital) en el ordenamiento jurídico español”, *Revista de Derecho Privado*, núm. 3, 2020.
- BELTRÁN AGUIRRE, J.L., “El procedimiento y los controles necesarios con el fin de garantizar la observancia de los requisitos objetivos y subjetivos”, Tomás-Valiente Lanuza (ed.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Madrid, 2021.
- DOMÍNGUEZ LUELMO, A., “Voluntades anticipadas y prestación de ayuda para morir”, Tomás-Valiente Lanuza (ed.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Madrid, 2021.
- DUFFAR, J., “La liberté religieuse dans les Textes Internationaux”, *Anuario de Derecho eclesiástico del Estado*, XI, 1996.
- GARCÍA RUBIO, M. P., “La necesaria y urgente adaptación del Código Civil español al artículo 12 de la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad”, *Anales de la Academia Matritense del Notariado*, vol. 57.
- GASCÓN ABELLÁN, M., *Obediencia al Derecho y objeción de conciencia*, Madrid, 1990.
- GUERRA VAQUERO, A.Y., “La eutanasia en Bélgica y Luxemburgo”, en Marcos del Cano y De la Torre (editores), *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, Madrid, 2019.
- HERNÁNDEZ GARCÍA, J. “Derecho individual a la eutanasia y la (discutible) exclusión de las personas menores de edad” Tomás-Valiente Lanuza, C. (ed.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*.
- *Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia*, de 21 de julio de 2021.
- *Manifiesto de instituciones religiosas de salud contra la Ley de eutanasia ante su entrada en vigor*, Madrid, 23 de junio de 2021.
- Ministerio de Sanidad, *Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho*, de 24 de junio de 2021.
- MARCOS DEL CANO, A. M^a. “La Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia: obligación de decir no”, Marcos del Cano, A. M^a. y de la Torre Díaz, J., *Así no; no así. La Ley de la eutanasia en España*, Madrid, 2021.
- MARTÍN SÁNCHEZ I., “La objeción de conciencia”, *La libertad religiosa en España y Argentina*, Madrid, 2006.
- MARTÍN SÁNCHEZ, I., “La fundamentación de la eutanasia y el suicidio asistido en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo”, *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 57, 2021.
- MARTÍNEZ TORRÓN, J., “La giurisprudenza degli organi di Strasburgo sulla libertà religiosa”, *Rivista internazionale dei diritti dell'uomo*, 2, 1993.

- PRIETO SANCHÍS, L., “El derecho fundamental de libertad religiosa”, Ibán C., Prieto Sanchís, L., Motilla, A., *Manual de Derecho eclesiástico*, 2004.
- RUIZ MIGUEL, A., “Objeción de conciencia y eutanasia”, Tomás-Valiente Lanuza (ed.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Madrid, 2021.
- SIMÓN LORDA, J., “La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 102 (28), 2008.