



## **Reflexiones, consideraciones y propuestas de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) en torno a la regulación de la ayuda médica para morir**

*Documento remitido el 9 de marzo de 2021 por el Grupo de Trabajo elevado a la Comisión Científica y a la Junta, con versión final de 13 de marzo.*

*Redacción: Javier Júdez (coord.), José Antonio Seoane  
Miembros (alfabético): Lydia Feito, Koldo Martínez, Abel Novoa,  
F. Javier Rivas, Rafael Ruiz, Iñaki Saralegui.*

La ABFyC viene prestando atención explícita al contexto de atención a la cronicidad avanzada y al final de la vida. Entiende este contexto como relacional, deliberativo, comunicativo, humanizador, de acompañamiento y no-abandono, ofreciendo recursos para la clarificación de preferencias y la adopción de decisiones. En este ámbito se sitúa el **Grupo de Trabajo sobre la Planificación Compartida de la Atención (GdT-PCA)**, creado hace 4 años, que ha colaborado activamente, desde 2017, en la creación de la **Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA)** junto con otras personas de otros ámbitos ajenas a la ABFyC.

Además, de manera complementaria, la ABFyC promueve la deliberación dentro de este **contexto amplio que puede denominarse de “ayuda médica a morir” (AMaM)** sobre unas actuaciones más específicas, para situaciones excepcionales, de “ayuda médica para morir”. Así se creó el **Grupo de Trabajo sobre la Ayuda Médica para Morir (GdT-AMpM)** promovido hace dos años (bajo el nombre inicial de “muerte médicamente asistida”), que partió como un compromiso de la ABFyC, de debate en la plaza pública, desde una “estudiada neutralidad”<sup>1</sup>. En una **Jornada, el 30 de noviembre de 2018**, se debatió sobre el modelo de los Países Bajos (con Agnes van der Heide) y el estadounidense (con Art Caplan), así como las premisas de un abordaje jurídico de cuestiones en el final de la vida (con José Antonio Seoane)<sup>2</sup>. Un año después, en nuestro último **Congreso, el 4 de octubre de 2019** en Madrid continuamos con una ponencia marco (Javier Júdez<sup>3</sup>) junto a un complemento de perspectiva jurídica (José Antonio Seoane<sup>4</sup>) en diálogo con una conferencia de Tim Quill<sup>5</sup>. La ponencia marco y sus reflexiones y propuestas se empezaron a debatir en foros como la *Jornada de Bioética de Puerta de Hierro (21 noviembre 2019)*. Había previsión de otras deliberaciones

---

<sup>1</sup> <http://www.asociacionbioetica.com/blog/sobre-una-nueva-presencia-en-la-plaza-publica-en-el-marco-del-25-aniversario-de-la-abfyc>

<sup>2</sup> <http://www.asociacionbioetica.com/videos/jornada-de-bioetica-abfyc-30-11-18>

<sup>3</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=0Opimepi6p8&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=0Opimepi6p8&feature=emb_logo)

<sup>4</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=5UaQla-a0W0&list=PL42V5VwWph4UiDVVaHH-sFD2Fey6DzQMv&index=30>

<sup>5</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=K3zuLzdLm-4&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=K3zuLzdLm-4&feature=emb_logo)

en los congresos de semFYC; SECPAL, y otros foros autonómicos de bioética en 2020. Entonces llegó la COVID19 y todos los planes cambiaron.

El GdT-AMpM es consciente de que la regulación de la **ayuda médica para morir** (ya sea en formato de **administración** –eutanasia– o de **prescripción** – el denominado “suicidio médicamente asistido”– es objeto de debate, confrontación y polémica desde hace décadas, al menos en las sociedades occidentales. También en España. Tras varias propuestas legislativas, el actual Parlamento está en el umbral de aprobar la denominada “Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia” (aprobada en diciembre en el Congreso; con enmiendas en el Senado<sup>6</sup> aprobadas el 10 de marzo de 2021, remitidas al Congreso para su ratificación) despenalizando las conductas tipificadas en el artículo 143 del Código Penal (causar o cooperar activamente a la muerte de otra persona) con aspiración garantista.

En esta materia, la legislación rara vez es el final de la controversia social. Tan importante como una **buena norma** (sin entrar aquí a analizar los méritos y riesgos de despenalizar o no) es una **implementación cabal** de la misma. Por ello, ante la aprobación por el Congreso de la citada Proposición de Ley, el GdT-AMpM de la ABFyC quiere elevar a la Junta y, en su caso, trasladar al legislador nacional una serie de consideraciones y propuestas.

### Consideraciones generales

1. Los **miembros de la ABFyC sostienen posturas plurales** sobre la conveniencia o no de una despenalización de la ayuda médica para morir, tanto en su modalidad de prescripción (suicidio médicamente asistido) como en la de administración (eutanasia).
2. Debería continuar la deliberación sobre cómo contribuir mejor, de manera explícita, a la **mejora de la atención en los contextos de cronicidad avanzada y de final de la vida para todas las personas, en un marco relacional, deliberativo, comunicativo, humanizador, de acompañamiento y no-abandono, ofreciendo recursos para la clarificación de preferencias y la adopción de decisiones**. Este es el marco en el que deberían imbricarse todas las decisiones en situaciones excepcionales de AMpM.  
Nos comprometemos, a seguir siendo foro de deliberación y promoción de herramientas para profesionales, instituciones y ciudadanos. Volveremos a rendir cuentas en este sentido en una actividad conjunta con el GdT-PCA para el próximo Congreso de la ABFyC del 4-6 de noviembre de 2021, en Vitoria-Gasteiz.
3. **Afrontar la atención al final de la vida es una prioridad, y aún más en un contexto de sufrimiento no aliviado que requiere medidas para**

---

<sup>6</sup> Boletín Oficial de las Cortes Generales. Senado. N° 150, págs. 12-23 (4 de marzo de 2021). Disponible en: [https://www.senado.es/legis14/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG\\_D\\_14\\_150\\_1546.PDF](https://www.senado.es/legis14/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_14_150_1546.PDF)



**aliviarlo.** Exige lo mejor de los profesionales sanitarios, adecuadamente formados, y del sistema de salud, con protocolos y coordinación asistencial coherente, que cuide a sus ciudadanos, desde el **compromiso de acompañamiento y no-abandono.**

Asimismo, debería establecerse un **compromiso entre la atención a cada individuo y la protección de aquellos más vulnerables, articulando una regulación que pondere ambas necesidades.** Este equilibrio, resultado de la deliberación social y profesional, puede implicar que haya un proceso con garantías reforzadas para ciertas situaciones que exijan **condiciones adicionales** o más tiempo para la verificación de los requisitos, precisamente para proteger de posibles abusos a otros más vulnerables. Este tiempo o estas condiciones no pueden ser burocráticos ni estériles.

4. Deberían ofrecerse **recursos de formación, capacitación y toma de decisiones** para aquellos que afronten **situaciones amenazantes, generadoras de un sufrimiento no aliviado, y contemplen la posibilidad de opciones en situaciones excepcionales, para la deliberación tanto de profesionales** (objetores de conciencia o eventuales participantes en procesos de AMpM) **como de pacientes y familiares.**
5. Son decisivos el **seguimiento y la evaluación** de la “ayuda médica a morir”, incluyendo la “ayuda médica para morir”, buscando colaboraciones y promoviendo la investigación en este ámbito, por ejemplo, con un “**Observatorio de la atención en el final de la vida en España**”.
6. Sería deseable mejorar **algunos aspectos de la actual propuesta legislativa antes de su publicación en el BOE.**  
Estas propuestas reflejan exclusivamente la preocupación y el ponderado parecer de los miembros, y **no representan los de la Junta o de todos los asociados;** no obstante, las elevamos como elementos para la deliberación social.

### **Propuestas de mejora de la legislación**

#### **1.ª) Distinción entre prescripción (suicidio médicamente asistido) y administración (eutanasia).**

Resulta **confusa e incorrecta la caracterización de la ayuda médica para morir (AMpM) mediante prescripción** (suicidio médicamente asistido), que se presenta subsumida en la eutanasia, como una modalidad de la misma. Si bien sí es una modalidad de AMpM, no lo es de eutanasia (término que se utiliza en el título de la Ley).

Sin menoscabo de que ambas modalidades de AMpM –expresión descriptiva y comprensible– puedan aceptarse y regularse (o rechazarse por motivos de conciencia o cuestionarse la conveniencia de su despenalización), no resulta adecuado hacerlo con confusión del **ámbito diferencial entre ambas, especialmente a la hora de regular sus salvaguardas.** La AMpM mediante

prescripción es una opción exclusiva (EE.UU.) o preferencial (Estado de Victoria en Australia) en algunas legislaciones despenalizadoras relevantes. En la ponderación de considerarla o no una opción preferencial, el legislador debe valorar un dato incontestable y consistente (patrón mantenido desde hace más de 20 años en el Estado de Oregón, EE.UU.): cuando se cuenta con la prescripción, tras haber completado un proceso de garantías semejante al recogido en la Ley (con matices), se produce un fenómeno significativo de “válvula de escape”, en el que una de cada tres personas que han recibido la prescripción no recurren a ella, circunstancia plenamente acorde con el sentido de la promoción de la autonomía de las personas en trance de sufrimiento significativo. En coherencia con este hecho, la legislación del Estado de Victoria (Australia) permite a un profesional ser prescriptor, pero rechazar ser administrador.

***Propuesta 1: modificar el título de la Ley por el de “ayuda médica para morir”, término que se utiliza constantemente en la ley.***

***Propuesta 2: diferenciar entre administración y prescripción, tanto para la realización como para la objeción de conciencia.***

## **2.ª) Revisión de la definición y el requisito del carácter “imposibilitante” del padecimiento.**

Estimamos necesario revisar el concepto de “imposibilitante” en la definición de “padecimiento grave, crónico e imposibilitante” (art. 3.b y art. 5.d) y la modificación de la expresión recogida en el artículo 143 del Código penal vigente, porque no parece mejorarla (“enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar”). Para ello se debe atender a lo expresado en la *Opinión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU en respuesta a solicitud del CERMI bajo el artículo 37.2 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (suscrita por España). En la definición del artículo 3.b) se afirma “[...] existiendo la seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.”, confundiendo lo persistente de la discapacidad (irrelevante si no genera sufrimiento y donde hay que centrar esfuerzos y apoyos para aliviar), con lo persistente del “sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para la misma”, que es, en todo caso, el factor relevante.

***Propuesta 3: mantener la redacción actual del Código penal o elegir una redacción que no confunda los escenarios de la AMpM, no lesione los derechos de las personas con discapacidad y no vulnere los compromisos adquiridos por España tras la firma y ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.***



**3.ª) Revisión de la inclusión de la ayuda médica para morir expresada en un documento de instrucciones previas.**

Postulamos **revisar la inclusión de la ayuda médica para morir, en el caso de pacientes incapaces que hayan expresado su voluntad en un documento de instrucciones previas**, que se articula, de manera confusa y simplificada, en los artículos 5.2 y 6.4. La solicitud expresada en un documento sin mayor cualificación contradice los requisitos del procedimiento previsto en la ley (art. 8), concebido como un proceso deliberativo entre el médico responsable y un paciente autónomo que incluye plazos y ratificaciones, con posibilidad de revocación o desistimiento, hasta la realización de la ayuda.

Muy pocas legislaciones (Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo) han regulado esta posibilidad, y solo lo han hecho tras más de 20 años de experiencia con los procesos de ayuda médica para morir (eutanasia) y con rendición de cuentas de estos. La aplicación a personas incapaces con deseos expresados previamente es un ámbito de enorme complejidad y controversia, con posiciones diversas en el seno de nuestra Asociación, cuya deliberación nos comprometemos a promover a corto plazo. Un documento de instrucciones previas no garantiza por sí mismo completar el proceso deliberativo y las decisiones y solicitudes del paciente previstas en el procedimiento para la realización de ayuda para morir regulado en la Proposición de Ley. (El paciente solo podría expresar de forma genuinamente autónoma la primera solicitud –incluida en el documento de instrucciones previas–; las restantes decisiones, ratificando la anterior, solo podrían ser expresadas por su representante).

***Propuesta 4: revisar la inclusión en la ley de la ayuda médica para morir expresada en un documento de instrucciones previas en personas incapaces de hecho en el momento presente***

**4.ª) Inclusión de la formación en bioética de los profesionales y miembros de los órganos participantes en el procedimiento y revisión del papel de los comités de ética asistencial.**

Vemos **llamativa la ausencia de la necesidad de formación en bioética y rol de los Comités de ética asistencial (CEAs)** u otros organismos asesores en este ámbito, frente a una visión burocrática-administrativa del proceso.

***Propuesta 5: incluir una mención explícita de los CEA como recurso para el paciente, el médico responsable o el consultor, para la cualificación de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación, y para los elementos de formación para llevar a cabo el proceso deliberativo descrito en la proposición.***

5.<sup>a</sup>) **Establecer un procedimiento de supervisión *a posteriori***

Cuestionamos el intento de establecer garantías de **control mediante una Comisión que verifique *a priori*** y pueda convertir en un proceso burocrático lo que es una actuación en un contexto clínico, aunque “cualificado” y sujeto, como cualquier otro, al cumplimiento de ciertos requisitos. **La fiscalización burocrática-administrativa del resultado de un proceso predominantemente clínico y relacional, con requisitos, plazos y segunda opinión**, es de dudosa oportunidad y puede resultar una garantía adicional disruptiva a la naturaleza de los procesos clínicos.

Por una parte, si se clarifica la modalidad para la prescripción -e incluso se prioriza, por menos susceptible de abusos, al recaer la última ratio en el paciente- podría incluso ser innecesaria. Por otra, resulta de dudosa utilidad para la modalidad de administración, si se modifica según lo comentado en la propuesta 1.<sup>a</sup>.

***Propuesta 6: establecer un mecanismo de supervisión y revisión a posteriori bien articulado como en las legislaciones existentes en el mundo que han regulado este ámbito, y no a priori.***

6.<sup>a</sup>) **Ampliación del plazo de entrada en vigor de la Ley y de desarrollo de un plan de implementación de la Ley.**

Consideramos **insuficiente el plazo de entrada en vigor e implementación** de la Ley desde su publicación en el BOE (3 meses). La puesta en marcha de una norma de semejante calado en este plazo parece irrealizable y poco deseable (ver anexo sobre ejemplo de actuaciones a poner en marcha tras la aprobación de la Ley), tanto en sí mismo como por coincidir con un contexto de pandemia en el que se ha dificultado el acompañamiento de los seres queridos al final de la vida y en el que el sistema de salud ha sido sometido a un nivel sin precedentes de retos de atención y polémicas sobre el no-abandono de colectivos vulnerables, con especial impacto en muchas personas mayores que han afrontado, a menudo en condiciones de fragilidad y soledad impuesta, situaciones de final de la vida.

Sin tener en cuenta la excepcionalidad de la pandemia, la experiencia comparada muestra que, en los últimos tres procesos internacionales semejantes en países occidentales, a saber, los de los Estados de Victoria, Australia Occidental (en Australia) y el de Nueva Zelanda, los plazos de implementación tras la aprobación han oscilado entre 12 y 18 meses.

***Propuesta 7: ampliar el plazo de entrada en vigor y aplicación de la ley al menos hasta los 12 meses (¡el plazo que se da para tener coordinada la oferta formativa!), para implementar con unas mínimas garantías el proceso de buenas prácticas, social, divulgador, formativo, logístico que requiere la Ley.***



## Consideraciones finales

El GdT-AMpM cree que la regulación jurídica de materias con una relevante presencia y diversidad de valores como la de los confines de la vida, donde la experiencia de cada individuo es intransferible, debe ser especialmente cuidadosa, tanto con el proceso previo a la legislación como con el legislativo y el post-legislativo.

Respecto al proceso **previo a la legislación**, el GdT-AMpM ha echado de menos procesos de deliberación social más robustos y clarificadores, alejados de los lugares comunes y las posiciones maximalistas.

En cuanto al **proceso legislativo**, desde un punto de vista deliberativo, al GdT-AMpM le sorprende el voto cautivo “por partidos” en esta materia, a diferencia de lo acaecido en otros muchos países que han regulado en este ámbito, donde se vota en conciencia (se pueden ver los resultados de las votaciones parlamentarias de las legislaciones mencionadas, con especial significación para aquellas que, al ser recientes, dialogan teniendo sobre la mesa la experiencia previa de otras legislaciones implementadas). También propone avanzar de manera complementaria como sociedad para mejorar la atención global a la cronicidad avanzada y al final de la vida.

Tener una norma no impide seguir deliberando como comunidad. Por ello, tanto o más crucial que la aprobación legítima y democrática de una norma es su **implementación** y el desarrollo de **buenas prácticas** al servicio de los objetivos que la norma pretende promover. En materias de conciencia y de valores de gran implicación para las personas hay que ser prudentes y articular **cursos de acción intermedios** que ponderen los valores en juego.

Con este fin, mientras seguimos comprometidos con los objetivos señalados de **mejora continua de la atención humanizada al final de la vida, y con la deliberación sobre las opciones para situaciones excepcionales en ese marco relacional, comunicativo y deliberativo**, queremos elevar estas consideraciones a la valoración de los miembros de la Junta y la Comisión Científica de la ABFyC y, al debate en la **plaza pública** y a la **atención de los legisladores**. Nosotros seguimos comprometidos con esta línea de trabajo.

## **Anexo sobre actuaciones a realizar tras la aprobación de la Ley<sup>7</sup>**

Sin ánimo de ser exhaustivos, una mera recapitulación de las actuaciones que deben realizarse tras la aprobación de la Ley, para su implementación, permite enfatizar la **necesidad de un plazo más realista y adecuado, en el horizonte de los 12 meses**, donde además es previsible que se haya superado la pandemia. Esto permitiría una **complementaria y deseable revisión y mejora general de la atención al final de la vida**, si atendemos a las experiencias internacionales precedentes, sea cual sea la trayectoria de enfermedad que se sufra. Coincidiría además con la **necesidad de formación** subrayada en la propia ley (disposición adicional séptima), para la que sí se da el plazo de un año “desde la entrada en vigor” para coordinar la oferta de formación continua específica.

En efecto, será preciso implementar, al menos, actuaciones como las siguientes, solapándose algunas entre sí y haciendo difícilmente realizables los plazos (enumeradas por orden de su aparición en la proposición, no por su importancia):

1. Articulación de todo el proceso en la historia clínica (arts. 4-6, 8, 10.2, 15.2, 18.b) de todo el Sistema Nacional de Salud.
2. Aseguramiento de los medios y recursos de apoyo materiales y humanos, incluidas medidas de accesibilidad y diseño universales, incluida la adopción de las medidas pertinentes para proporcionar acceso al apoyo que puedan precisar las personas con discapacidad (art. 4.3)
3. Procedimiento para la entrega por escrito de la información sobre proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales y a las prestaciones que tuviera derecho de atención a la dependencia, para cada solicitante.
4. Modelo de certificación de la condición del solicitante por el médico responsable (art. 5.1.d) que le cualifica para la solicitud.
5. Protocolos de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable, emanados por el Consejo Interterritorial del SNS necesarios para excepcionar el art. 5.1, b), c) y e), conforme al art. 5.2 y a la disposición adicional sexta, recurriendo a documentos de instrucciones previas, en su caso, y/o al representante nombrado en las mismas.
6. Modelos de documentos de instrucciones previas para solicitud conforme a requisitos de esta ley (art. 5.2 y art. 9).
7. Modelos de documentos de firma de dos solicitudes voluntarias por escrito (art. 5.1.) o documento en representación (art. 6.1), rubricados presencialmente por un profesional sanitario, que deben incorporarse a la historia clínica (art. 6.2), separadas por al menos 15 días naturales.
8. Modelos de documento de revocación de solicitud o aplazamiento de administración, incorporado a la historia clínica (art. 6.3).
9. Modelo de documento de reclamación ante solicitud denegada (art. 7.2).
10. Modelos de documento de consentimiento informado o desistimiento a firmar 24 horas después de terminado el proceso deliberativo tras la solicitud ratificado dos veces por escrito con al menos 15 días entre ambas (art. 8.2).
11. Modelo de informe favorable o desfavorable del médico consultor (art. 8.3).

---

<sup>7</sup> Según la redacción existente en la “Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia”. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Senado. N° 150, págs. 12-23 (4 de marzo de 2021). Disponible en: [https://www.senado.es/legisl4/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG\\_D\\_14\\_150\\_1546.PDF](https://www.senado.es/legisl4/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_14_150_1546.PDF)





12. Modelo de notificación del médico responsable a la Comisión de Garantía y Evaluación (art. 8.5 y art. 10).
13. Modelo de informe de verificación de dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación (art. 10.3), equivalente a resolución si es favorable.
14. Modelo de reclamación a la decisión de los verificadores o evaluadores de la solicitud (art. 10.3 y 18.a)
15. Modelos de “documento primero” y “documento segundo” de comunicación de realización de la prestación de ayuda para morir (art. 12), con custodia bajo anonimato del primero.
16. Modelo de documento de declaración de objeción de conciencia (art. 16.1)
17. Creación de registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia (art. 16.2) sometido al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.
18. Establecimiento del órgano competente de la administración autonómica (art. 17.1)
19. Determinación del régimen jurídico de la Comisión de Garantía y Evaluación (art. 17.2)
20. Creación y constitución de la Comisión de Garantía y Evaluación (art. 17.3) antes de los tres meses siguientes a la entrada en vigor de la Ley.
21. Desarrollo del reglamento de orden interno de la Comisión de Garantía y Evaluación (art. 17.4), ajustándose de manera transitoria las comisiones, hasta tener dichos reglamentos, a las reglas establecidas en la sección 3ª del capítulo II del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (disposición transitoria única).
22. Modelo de informe anual de evaluación (art. 18.e y Disposición adicional tercera).
23. Manual de Buenas Prácticas elaborado por el Consejo Interterritorial del SNS para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley (para el que se da 3 meses, los mismos que para que entre en vigor) (Disposición adicional sexta).
24. Máxima difusión de información a profesionales sanitarios y a la ciudadanía sobre la ley, sus supuestos y la promoción de la realización de documentos de instrucciones previas (disposición adicional séptima).
25. Oferta de formación continuada sobre la ayuda para morir, que deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional (Disposición adicional séptima).