



Universidad  
de La Laguna

# Objeción de conciencia en Cuidados Paliativos ante solicitudes de Eutanasia

MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN BIOÉTICA Y BIODERECHO

Curso 2021 - 2022

**ALUMNA:**

INÉS ESTHER GONZÁLEZ BOLAÑOS

**TUTORES:**

- MANUEL CASTILLO PADRÓS
- EMILIO SANZ ÁLVAREZ

## Índice

1. Índice	1
2. Resumen estructurado	4
2.1. Introducción	4
2.2. Objetivo	4
2.3. Métodos	5
2.3.1. Tipo estudio	5
2.3.2. Ámbito	5
2.3.3. Población	5
2.3.4. Variables o mediciones principales de interés	5
2.3.5. Fuente de información principal	5
2.3.6. Criterios de inclusión:	5
2.3.7. Criterios de exclusión:	5
2.3.8. Variables a estudio:	5
2.4. Palabras Clave	7
2.5. Resumen	7
2.6. Conclusiones	8
3. Abstract	9
3.1. Introduction	9
3.2. Aims	9
3.3. Type of study	9
3.4. Field	9

3.5. Population	9
3.6. Main variables or measurements of interest	10
3.7. Main source of information	10
3.8. Inclusion criteria	10
3.9. Exclusion criteria	10
3.10. Study variables	10
3.11. Key words	12
3.12. Summary	12
3.13. Conclusions	13
4. Introducción	13
5. Objetivos	21
5.1. Objetivos Generales	21
5.2. Objetivos Operativos	21
6. Justificación	21
6.1. Posicionamiento de las principales sociedades científicas	21
6.2. Aspectos éticos y legales de la Objeción de Conciencia	28
7. Metodología	36
7.1. Factibilidad, DAFO	36
7.2. Características generales	36
7.2.1. Tipo de estudio	36
7.2.2. Ámbito	36

7.2.3. Población	36
7.2.4. Variables o mediciones principales de interés	36
7.2.5. Fuentes de información principal	38
7.2.6. Criterios de inclusión	38
7.2.7. Criterios de exclusión	38
7.3. Instituciones y personal implicados en la elaboración del estudio	39
8. Cronograma	39
9. Resultados	39
10. Discusión y conclusiones	52
9.1. Discusión	52
9.2. Aplicabilidad de resultados y aportaciones	54
9.3. Propuestas de trabajo futuras	55
9.4. Limitaciones del proyecto	56
9.5. Conclusiones	58
11. Anexo I	59
12. Bibliografía	67

## **1. Resumen estructurado**

### **1.1. Introducción**

La objeción de conciencia (OC) se postula como una garantía para el colectivo sanitario, en especial el médico, involucrado en la aplicación de una determinada práctica clínica a la que se opone por cuestiones éticas o religiosas, con el objetivo de evitar su participación en la misma. Actualmente, cobra especial relevancia ante la legislación de la *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia Decreto 67/2021 (LORE)* que regula la aplicación de la Eutanasia. El presente trabajo pretende examinar las bases éticas y legales de objeción de conciencia en relación con la eutanasia de profesionales sanitarios prestando especial atención a los posibles aspectos que suscitan mayor controversia en el ámbito de Cuidados Paliativos.

### **1.2. Objetivo**

- Objetivo general:
  - Examinar las bases éticas y legales de objeción de conciencia en relación con la eutanasia, así como el conocimiento y posición con respecto a la misma de los profesionales de Cuidados Paliativos.
- Objetivos operativos:
  - Explorar las bases éticas y legales de la objeción de conciencia de profesionales sanitarios en relación con la eutanasia.
  - Explorar la información y posición con respecto a la objeción de conciencia en relación con la Eutanasia en el personal sanitario adscrito a las Unidades de Cuidados Paliativos de las diferentes islas del archipiélago canario.

### 1.3. Métodos

1.3.1. **Tipo estudio:** Descriptivo, observacional, prospectivo, multicéntrico.

1.3.2. **Ámbito:** Unidades de Cuidados Paliativos de las diferentes islas del archipiélago canario.

1.3.3. **Población:** Personal sanitario (médicos y enfermeras).

1.3.4. **Variables o mediciones principales de interés:** Se tomarán como variables datos epidemiológicos y cuestionario cualitativo que recoja información relativa al objetivo de estudio. Por otro lado, se revisará la información disponible relativa a la objeción de conciencia, la Eutanasia y su desarrollo y aplicación relación en el ámbito de Cuidados Paliativos.

1.3.5. **Fuentes de información principal:** (1) Búsqueda en las bases de datos habituales (Pubmed, Medline, Scopus) de las publicaciones relacionadas con eutanasia, objeción de conciencia y cuidados paliativos (MESH). (2) Entrevista a través de cuestionario a personal sanitario (médicos y enfermeras) de las Unidades de Cuidados Paliativos.

#### 1.3.6. Criterios de inclusión:

- Profesionales (Médicos y Enfermeras) de las distintas Unidades de Cuidados Paliativos del archipiélago canario

#### 1.3.7. Criterios de exclusión:

- Personal sanitario que no cumpla los criterios de inclusión (no médico, no enfermera).

#### 1.3.8. Variables a estudio:

- Edad

- Género
- Sentimiento religioso
- Religión
- Profesión
- Antigüedad en Cuidados Paliativos
- Especialidad
- Formación específica en Cuidados Paliativos.
- Tipo de formación en Cuidados Paliativos.
- Disponibilidad de formación posgrado en Bioética.
- Experiencia en Investigación.
- Pertenencia a comité de ética.
- Docencia Cuidados Paliativos.
- Lectura de la LORE.
- Consideración sobre la regulación la eutanasia/ suicidio asistido.
- Posicionamiento con respecto a la LORE.
- Con respecto a la LORE, ¿es usted objetor de conciencia?
- Registro en sede electrónica.
- Motivación en caso de ser objetor.
- Motivación en caso de no ser objetor.
- Elección ante eutanasia +/- suicidio asistido.

- Consideración ante la priorización sobre la LORE frente a la homogeneización y regulación de los Cuidados Paliativos a nivel nacional y entre las diferentes CCAA.
- Opinión sobre la LORE si previo a la creación de la LORE se hubiese legislado y dotado de recursos para la asistencia de pacientes con necesidades paliativas.
- Consideración sobre la influencia de la Ley frente al desarrollo de los Cuidados Paliativos.
- Consideración sobre la necesidad de asumir por parte de los profesionales de Cuidados Paliativos la aplicación de la Eutanasia.
- Valoración sobre la disposición a practicar la Eutanasia ante la solicitud de un paciente que reúne los requisitos de la LORE y se encuentra en seguimiento por el profesional.
- Aplicación de la objeción de conciencia.
- Solicitud de PAM en el último año
- Registro de PAM si se ha recibido una solicitud de PAM
- Aplicación de la PAM
- Declaración de objeción de conciencia en alguno de los puntos de la PAM.

1.4. **Palabras Clave:** Eutanasia. Suicidio Asistido. Cuidados Paliativos. Objeción de conciencia. Derechos fundamentales.

#### 1.5. **Resumen**

Los Cuidados Paliativos, se postulan como un modelo de asistencia sanitaria integral y alternativa para el cuidado de pacientes con una enfermedad avanzada sea esta de origen oncológico o de otro tipo como insuficiencias orgánicas o neurológicas degenerativas.



Recientemente, la regulación de la LORE ha generado un cambio en el modelo de atención al final de la vida al abrir la puerta a la solicitud por parte del paciente para solicitar la petición de ayuda para morir. La atención desde Unidades de Cuidados Paliativos se ha asumido como alternativa a la propia eutanasia o al suicidio asistido y, en el desarrollo de la propia ley de Eutanasia, se contemplan dentro de los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir, el disponer de alternativas al cuidado y acceso a Cuidados Paliativos.

En los profesionales implicados en la atención al final de la vida de este tipo de unidades, se ha generado un gran conflicto de valores que, con la regulación de la LORE ha supuesto, en muchos casos, el registro como objetor de conciencia ante una eventual solicitud de eutanasia. Dadas las discrepancias y conflictos éticos y morales que han surgido en este sentido, en la ley, se ha recogido el derecho a la objeción de conciencia presentándose como una garantía para el colectivo sanitario involucrado en la aplicación de una determinada práctica clínica a la que se opone por cuestiones éticas o religiosas, con el objetivo de evitar su participación en un procedimiento, que se asume previamente legalizado. En este sentido, se llevó a cabo una valoración, mediante un cuestionario, de los conocimientos y opinión sobre este aspecto profesionales, médicos y enfermeras, que trabajan en unidades de cuidados paliativos en el archipiélago canario, cuya opinión se ajustaba de forma general a los comunicados emitidos por las diferentes sociedades relacionadas con los Cuidados Paliativos.

## **1.6. Conclusiones**

En el marco teórico, que constituye la objeción de conciencia a la Eutanasia en el ámbito de cuidados paliativos, han surgido numerosos conflictos éticos que han suscitado la publicación, por parte de las diferentes sociedades científicas implicadas, de comunicados de posicionamiento en este sentido. Así mismo, en el desarrollo de la ley se contempla la objeción de conciencia como garantía para evitar la participación del personal sanitario que se muestre contrario por cuestiones éticas o religiosas a su práctica. A lo largo del presente trabajo, se ha formulado una encuesta de valoración y participación dirigida al personal sanitario (médicos y enfermeras) implicados en este tipo de cuidados en Canarias con el objetivo de revisar la opinión en este sentido, identificando que de forma general, concuerda con la percepción y sentir valorados en los comunicados de las diferentes sociedades

científicas tenidas en cuenta en el presente TFM, así como en la búsqueda bibliográfica realizada previamente.

## **2. Abstract**

### **2.1. Introduction**

Conscientious objection (CO) is postulated as a guarantee for the health collective, especially doctors, involved in the application of a certain clinical practice to which they oppose for ethical or religious reasons, with the aim of avoiding their participation in the same. Currently, it is especially relevant before the legislation of Organic Law 3/2021, of March 24, regulating euthanasia Decree 67/2021 (LORE) that regulates the application of Euthanasia.

### **2.2. Aims**

- General objective:
  - Examine the ethical and legal bases of conscientious objection in relation to euthanasia, as well as the knowledge and position regarding it of Palliative Care professionals.
- Operational objectives:
  - Explore the ethical and legal bases of the conscientious objection of health professionals in relation to euthanasia.
  - Explore the information and position regarding conscientious objection in relation to Euthanasia in the health personnel assigned to the Palliative Care Units of the different islands of the Canary archipelago.

**2.3. Type of study:** Descriptive, observational, prospective, multicenter.

**2.4. Field:** Palliative care units from Canary Islands

**2.5. Population:** Health personnel (doctors and nurses)

**2.6. Main variables or measurements of interest:** Epidemiological data and a qualitative questionnaire that collect information related to the study objective will be taken as variables. On the other hand, the available information regarding conscientious objection, Euthanasia and its development and application relationship in the field of Palliative Care will be reviewed.

**2.7. Main source of information:** (1) Search in the usual databases (Pubmed, Medline, Scopus) of publications related to euthanasia, conscientious objection and palliative care (MESH). (2) Interview through questionnaire to health personnel (doctors and nurses) of the Palliative Care Units.

**2.8. Inclusion criteria:**

- Professionals (Doctors and Nurses) from Palliative Care Units in Canary Islands

**2.9. Exclusion criteria:**

- Health personnel who do not meet the inclusion criteria (not doctor, not nurse).

**2.10. Study variables:**

- Age
- Gender
- Religious feeling
- Religion
- Profession
- Seniority in Palliative Care
- Specialty
- Specific training in Palliative Care.

- Type of training in Palliative Care.
- Availability of postgraduate training in Bioethics.
- Research experience.
- Belonging to the ethics committee.
- Teaching Palliative Care.
- Reading of the LORE
- Consideration on the regulation of euthanasia/assisted suicide.
- Positioning with respect to the LORE.
- Regarding the LORE, are you a conscientious objector?
- Registration in electronic headquarters.
- Motivation in case of being an objector.
- Motivation in case of not being an objector.
- Choice before euthanasia +/- assisted suicide.
- Consideration before the prioritization of the LORE against the homogenization and regulation of Palliative Care at a national level and between the different Autonomous Communities.
- Opinion on the LORE if, prior to the creation of the LORE, it had been legislated and provided with resources for the care of patients with palliative needs.
- Consideration of the influence of the Law against the development of Palliative Care.
- Consideration of the need for Palliative Care professionals to assume the application of Euthanasia.

- Assessment of the willingness to practice Euthanasia at the request of a patient who meets the requirements of the LORE and is being followed up by the professional.
- Application of conscientious objection.
- PAM request in the last year
- PAM log if a PAM request has been received
- Application of the PAM
- Declaration of conscientious objection in any of the points of the PAM

**2.11. Key words:** Euthanasia. Assisted Suicide. Palliative care. Conscientious objection. Fundamental rights.

## **2.12. Summary**

Palliative Care is postulated as a comprehensive and alternative health care model for the care of patients with an advanced disease, whether it is oncological origin or another type such as organic or degenerative neurological insufficiencies. Recently, the regulation of the LORE has generated a change in the model of care at the end of life so now, the patient is allowed to request euthanasia.

Care from Palliative Care Units has been assumed as an alternative to euthanasia itself or assisted suicide and, in the development of the Euthanasia law, the requirements to receive assistance in dying include the availability of alternatives to care and access to Palliative Care.

With the regulation of the LORE, a great conflict of values has been generated in professionals involved in end-of-life care in this type of units. This fact has meant, in many cases, registration as a conscientious objector in the event of a possible euthanasia request. Given the discrepancies and ethical and moral conflicts that have arisen in this regard, the law has included the right to conscientious objection, presenting itself as a guarantee for the health group involved in the application of a certain clinical practice to which opposes for

ethical or religious reasons, with the aim of avoiding their participation in a procedure, which is assumed to have been previously legalized. In this sense, an assessment was carried out, by means of a questionnaire, of the knowledge and opinion on this aspect of professionals, doctors and nurses, who work in palliative care units in the Canary Islands, whose opinion was generally in line with the communications issued by the different societies related to Palliative Care.

### **2.13. Conclusions**

In the theoretical framework, which constitutes conscientious objection to Euthanasia in the field of palliative care, numerous ethical conflicts have arisen that have led to the publication, by the different scientific societies involved, of position statements in this regard. Likewise, in the development of the law, conscientious objection is contemplated as a guarantee to avoid the participation of health personnel who are opposed to its practice for ethical or religious reasons. Throughout this work, an assessment and participation survey has been formulated aimed at health personnel (doctors and nurses) involved in this type of care in the Canary Islands with the aim of reviewing opinion in this regard, identifying that in general, It agrees with the perception and feeling valued in the communications of the different scientific societies taken into account in this TFM, as well as in the bibliographic search previously carried out.

## **3. Introducción**

Recientemente, la promulgación de la LORE ha supuesto una disrupción social, científica y política, generando un cambio en la atención al final de la vida al abrir la puerta a la solicitud por parte del paciente para solicitar la petición de ayuda para morir. Tras su ratificación, España se ha convertido en el sexto país del mundo en reconocer el derecho a la muerte asistida, después de Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Nueva Zelanda.

Suiza permite el suicidio asistido por “motivos desinteresados” y, además varios estados de EE. UU. también permiten la muerte asistida<sup>1,2</sup>.

En lo que respecta a la promoción de los cuidados paliativos en contraposición a la defensa de la legalización de eutanasia voluntaria y suicidio asistido, han surgido numerosas corrientes de opinión y dificultades por parte del personal sanitario, no sólo técnicas sino también conflictos éticos y morales profundos que han supuesto una necesidad también de regulación simultánea con la ley para dar cobertura a aquellos profesionales que se veían incapaces por diferentes cuestiones de llevar a cabo dicha práctica<sup>3,4</sup>. Los Cuidados Paliativos, se postulan como un modelo de asistencia sanitaria integral y alternativa para el cuidado de pacientes con una enfermedad avanzada sea esta de origen oncológico o de otro tipo como insuficiencias orgánicas o neurológicas degenerativas<sup>5</sup>.

De acuerdo con los datos del último Atlas de Cuidados Paliativos en Europa, los cuidados paliativos son una prestación que necesitan el 50% de las personas<sup>6</sup>. Aún así, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), por cada 80.000 habitantes, únicamente hay una persona correctamente formada en este sentido<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Rada A. G. (2021). Spain will become the sixth country worldwide to allow euthanasia and assisted suicide. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n147. <https://doi.org/10.1136/bmj.n147>

<sup>2</sup> Dyer, O., White, C., & García Rada, A. (2015). Assisted dying: law and practice around the world. *BMJ (Clinical research ed.)*, 351, h4481. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4481>

<sup>3</sup> Congreso de los Diputados. (2021). Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. 2022, agosto 16, de Agencia Estatal Bolatín Oficial del Estado. Sitio web: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

<sup>4</sup> SECPAL. (2018). Comunicado Sobre la Proposición de Ley para la despenalización de la eutanasia. 2022, agosto 16, de infocuidadospaliativos. Sitio web: [http://infocuidadospaliativos.com/wp-content/uploads/2018/05/comunicado\\_SECPAL\\_despenalizacion\\_eutanasia.pdf](http://infocuidadospaliativos.com/wp-content/uploads/2018/05/comunicado_SECPAL_despenalizacion_eutanasia.pdf)

<sup>5</sup> Navarro Sanz, R., & López Almazán, C. (2008). Aproximación a los cuidados paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas. *Anales de medicina interna (Madrid, Spain)*, 25(4), 187–191. <https://doi.org/10.4321/s0212-71992008000400009>

<sup>6</sup> Atlas de Cuidados Paliativos en Europa 2019. España se sitúa a la cola de Europa en cuidados paliativos. Médicos y Pacientes. <http://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-se-situa-la-cola-de-europa-en-cuidados-paliativos>

<sup>7</sup> El 90% de las personas que necesita cuidados paliativos no recibe atención. (2021). iSanidad. <https://isanidad.com/198942/el-90-de-las-personas-que-necesita-cuidados-paliativos-no-recibe-atencion/>

En España, su desarrollo ha sido heterogéneo entre las distintas comunidades autónomas<sup>8</sup>. Esta inequidad generada por las irregularidades de la cobertura a los pacientes se acompaña del hecho de no disponer de una ley nacional de cuidados paliativos y de la velocidad sin precedentes a la que se ha desarrollado la LORE, no habiendo consultado con las sociedades científicas que aglutinan a los profesionales que hasta ahora atendían a estos pacientes. Estas condiciones sumadas a la posible confusión generada en una buena parte de la sociedad sobre a quién va dirigida esta ley, ha generado una gran controversia en los profesionales de cuidados paliativos. Sería pues uno de los motivos principales de tomar la decisión de realizar este trabajo el abordar de forma amplia las condiciones de la libertad de estos profesionales sanitarios, para aceptar o rechazar el participar en procedimientos o intervenciones médicas que por razones particulares pudieran no considerar como adecuadas.

Tradicionalmente, los Cuidados Paliativos (CP) se han asumido como alternativa a la propia eutanasia (E) o al suicidio asistido (SA) por muchas razones. En primer lugar, se considera que debe garantizarse el manejo por parte de personal específicamente capacitado en unidades orientadas a pacientes en fase final de vida con necesidades paliativas. Esto es así porque se considera prioritario que el manejo por parte de este tipo de unidades, garantice una atención adecuada del doliente que sufre y, garantice de este modo que aquellas solicitudes que se formalicen no estén condicionadas por la falta de asistencia y cuidados del paciente y su familia, no sólo desde el punto de vista de síntomas físicos sino considerando al paciente como un todo indivisible y desde el punto de vista bio-psicosocial<sup>9,10</sup>. Así, la asistencia desde unidades de Cuidados Paliativos puede, además, verse como una respuesta al problema del sufrimiento al final de la vida en general permitiendo la adaptación del paciente y su familia al progreso de enfermedades que con frecuencia generan disconfort psíquico y emocional a pacientes y familias a lo largo del tiempo<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Centeno-Cortés, C., de la Calle, S. H., Flores, L. A., Rubiales, Á. S., & Martín, F. L. L. (2001). Programas de cuidados paliativos en España, año 2000. *Medicina paliativa*, 8(2), 85-99.

<sup>9</sup> Gordijn, B., & Janssens, R. (2000). The prevention of euthanasia through palliative care: new developments in The Netherlands. *Patient education and counseling*, 41(1), 35–46. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00113-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00113-0)

<sup>10</sup> Hurst, S. A., & Mauron, A. (2006). The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values. *Palliative medicine*, 20(2), 107–112. <https://doi.org/10.1191/0269216306pm1109oa>

<sup>11</sup> Hermsen, M. A., & ten Have, H. A. (2002). Euthanasia in palliative care journals. *Journal of pain and symptom management*, 23(6), 517–525. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00401-3](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00401-3)



Como es bien conocido, la definición de cuidados paliativos de la OMS remarca y acentúa que “los cuidados paliativos no pretenden ni acelerar ni posponer muerte”<sup>12, 13</sup>, lo que parece contraponerse al propio objetivo de la Eutanasia y el Suicidio asistido, generando entre los profesionales un gran conflicto de valores que, en el caso de la regulación de la LORE ha supuesto, en muchos casos, la objeción de conciencia como alternativa en caso de precisarse. Es por esto por lo que, en muchas ocasiones se ve a los Cuidados Paliativos y la Eutanasia como una dualidad divergente sin relación entre sí con respecto al abordaje del proceso de morir<sup>2,14</sup> consecuencia probablemente por las diferencias fundamentales entre los valores sobre los que se fundamenta cada uno.

Sin embargo, es interesante ahondar en los posibles puntos en común de ambas alternativas. En primer lugar, tanto los CP como la eutanasia/suicidio asistido (E/SA) convergen en el objetivo de reducir el sufrimiento humano<sup>3, 15, 16</sup>. Además, en ambos casos se tiende a limitar el uso de técnicas y tratamientos invasivos al final de la vida, así como contemplan el cuidado no sólo centrado en el aspecto físico, sino también teniendo en cuenta la voluntad y autonomía del paciente<sup>8,17,18</sup>. Así, ambas refuerzan la importancia del control por parte del paciente al final de la vida<sup>7,13,19</sup>.

---

<sup>12</sup> World Health Organization. (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. World Health Organization

<sup>13</sup> World Health Organization. (1990). Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]. World Health Organization

<sup>14</sup> Saunders C. From the UK. *Palliat Med* 2003; 17: 102 /103.

<sup>15</sup> WHO. (2002). WHO definition of palliative care. 2022, agosto 16, de WHO. Sitio web: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

<sup>16</sup> Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Gravgaard, A. M., Müller-Busch, H. C., Porta i Sales, J., Rapin, C. H., & EAPC Ethics Task Force (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative medicine*, 17(2), 97–179. <https://doi.org/10.1191/0269216303pm673oa>

<sup>17</sup> ten Have H. A. (2001). Euthanasia: moral paradoxes. *Palliative medicine*, 15(6), 505–511. <https://doi.org/10.1191/026921601682554003>

<sup>18</sup> Saunders C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient education and counseling*, 41(1), 7–13. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00110-5)

<sup>19</sup> Sjöstrand, M., Helgesson, G., Eriksson, S., & Juth, N. (2013). Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique. *Medicine, health care, and philosophy*, 16(2), 225–230. <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9365-5>

Se considera desde ambas posturas que, la muerte no siempre es lo peor que puede pasar y, que el objetivo principal es el alivio del sufrimiento al final de la vida, de modo que tienden a evitar el proceso de muerte en un ambiente altamente tecnológico<sup>3, 20</sup>.

Los equipos de cuidados paliativos profundizan más allá, e incluyen profesionales que conforman un equipo multidisciplinar centrado en el “sufrimiento total”<sup>21</sup> de los pacientes que contempla dimensiones como el sufrimiento físico, emocional, social y espiritual. En el caso de la E/SA, existe controversia en este punto, dado que en algunas líneas de investigación se ha aducido a este enfoque por su parte. Por ejemplo, en un estudio estadounidense, los profesionales se mostraron más abiertos a realizar el suicidio asistido cuando el solicitante alegaba sufrimiento asistencial y, en Holanda, se recibió una solicitud de eutanasia alegando que estaba “cansado de vivir”<sup>22, 23</sup>.

Uno de los argumentos más defendidos en el área de Cuidados Paliativos es el hecho de que gran parte del sufrimiento puede aliviarse y, de este modo disminuir el número de solicitudes persistentes de E/SA a través del abordaje multidimensional y multidisciplinar que se ofrece en este tipo de unidades. Cuánto puede hacerlo, sin embargo, es un punto de desacuerdo incluso dentro del movimiento de cuidados paliativos. El hecho de que, se haya regulado la E, sin homogeneizar el acceso de los CP en nuestro país y dado que actualmente se estima que mueren al año más de 75.000 personas sin acceso a esta forma de atención, hace que haya generado una corriente de gran preocupación y escepticismo en torno a la regulación de la E, ya que se considera podría conducir a un aumento del registro de solicitudes ante el sufrimiento que genera la falta de acceso e inequidad a los CP.<sup>4,6,7</sup>

---

<sup>20</sup> Goligher, E. C., Ely, E. W., Sulmasy, D. P., Bakker, J., Raphael, J., Volandes, A. E., Patel, B. M., Payne, K., Hosie, A., Churchill, L., White, D. B., & Downar, J. (2017). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the ICU: A Dialogue on Core Ethical Issues. *Critical care medicine*, 45(2), 149–155. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001818>

<sup>21</sup> Saunders C. The philosophy of terminal care. In Saunders C ed. *The management of terminal disease*. Edward Arnold, (1978)

<sup>22</sup> Kohlwe, R. J., Koepsell, T. D., Rhodes, L. A., & Pearlman, R. A. (2001). Physicians' responses to patients' requests for physician-assisted suicide. *Archives of internal medicine*, 161(5), 657–663. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.5.657>

<sup>23</sup> Sheldon T. (2003). Being "tired of life" is not grounds for euthanasia. *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7380), 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7380.71/b>

Algunos autores defienden que los cuidados paliativos eliminarían las solicitudes de muerte asistida<sup>24, 25</sup>. Sin embargo, otros sostienen que los CP aún realizando un abordaje exquisito sería imposible que no se produjeran registros de solicitudes dado que algunas intervenciones paliativas pueden causar molestias o pueden ser percibidas aun así con una alta percepción de sufrimiento, lo que refleja la gran variabilidad interpersonal que existe<sup>26</sup>.

La motivación que con más frecuencia suele recogerse en las solicitudes de eutanasia parece relacionarse con el sufrimiento psicológico, social o existencial, que generan depresión, pérdida de integridad, autonomía o significado. En este sentido, el abordaje desde el punto de vista de cuidados paliativos mejora y alivia esta relación con lo que reafirma el argumentario establecido y que promueve una asistencia en cuidados paliativos homogénea y de calidad previo a la regulación de la E. Este hecho a pesar de las numerosas peticiones que se han elaborado desde las sociedades científicas implicadas, sigue sin ser una realidad, manteniendo la inequidad en el acceso a lo largo del territorio español, aun cuando se reconoce en la propia ley de regulación de la Eutanasia, ofreciéndose como alternativa necesaria<sup>27</sup>.

Llegados a este punto, la regulación de la LORE ha puesto de manifiesto el gran conflicto ético que supone no sólo decidir si se trata de un acto médico en sí, sino que remarca la precariedad en el acceso, ya señalada por la OMS y las diferentes sociedades nacionales e internacionales de Cuidados Paliativos, que puede condicionar a un número no determinado de pacientes a solicitar la prestación de ayuda para morir. Además, la promulgación de la ley, se ha realizado de forma acelerada en el tiempo y con escaso margen para la discusión y argumentación social y con las sociedades científicas, que se quejan en muchos casos, de no haber sido tenidos en cuenta a la hora de redactar dicha ley<sup>3</sup>.

---

<sup>24</sup> Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Gravgaard, A. M. B., Müller-Busch, H. C., ... & Rapin, C. H. (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative medicine*, 17(2), 97-101.

<sup>25</sup> Roy, D. J., & Rapin, C. H. (1994). Regarding euthanasia. *Eur J Palliat Care*, 1(1), 1-4.

<sup>26</sup> Ganzini, L., & Back, A. (2003). From the USA: understanding requests for physician-assisted death. *Palliative Medicine*, 17(2), 113.

<sup>27</sup> Wilson, K. G., Scott, J. F., Graham, I. D., Kozak, J. F., Chater, S., Viola, R. A., de Faye, B. J., Weaver, L. A., & Curran, D. (2000). Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Archives of internal medicine*, 160(16), 2454–2460. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.16.2454>

Dadas las discrepancias y conflictos éticos y morales que han surgido en este sentido, la *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia Decreto 67/2021 (LORE)*<sup>28</sup> recoge el derecho a la objeción de conciencia (OC) presentándose como una garantía para el colectivo sanitario involucrado en la aplicación de una determinada práctica clínica a la que se opone por cuestiones éticas o religiosas, con el objetivo de evitar su participación en un procedimiento, que se asume previamente legalizado.

En este sentido es importante tener en cuenta que, *“la relación médico-paciente, como toda relación ética, es una relación recíproca. En la preocupación justificada por la autonomía del paciente, debemos recordar que el médico es un agente moral al igual que el paciente. Cuando los dos están en conflicto, el deseo del paciente no prevalece automáticamente sobre el del médico”*<sup>29</sup>. Así, aún cuando se regule y desarrolle progresivamente en el ámbito científico y sanitario en torno a los diferentes avances técnicos, es necesario tener en cuenta que este desarrollo lleva implícito la aparición de dilemas éticos para el propio profesional y, que su puesta en marcha, no deben condicionar en ningún caso su conducta moral y ética.

Por un lado, los pacientes deben respetar que la aplicación de la E/SA es un tema éticamente controvertido. Así, es natural que, en no pocos casos, ante una solicitud de este tipo se reciba una respuesta negativa. Sin embargo, este hecho no exime de la obligación de que al paciente se le asegure el derecho de una alternativa dirigida bien a reconducir el caso a algún profesional que sí facilite el proceso y/o hacia unidades específicas de atención en Cuidados Paliativos, con un objetivo de control sintomático y confort de la enfermedad que subyace. En este sentido, los participantes del pacto médico-paciente deben reconocer que la objeción de conciencia es un medio instrumental para promover la integridad y la calidad de la atención médica<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> BOE. (2021). Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. 2022, agosto 16, de Agencia Estatal Bolatín Oficial del Estado. Sitio web: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

<sup>29</sup> Pellegrino E. D. (1994). Patient autonomy and the physician's ethics. *Annals (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)*, 27(3), 171–173.

<sup>30</sup> White, D. B., & Brody, B. (2011). Would accommodating some conscientious objections by physicians promote quality in medical care?. *JAMA*, 305(17), 1804–1805. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.575>.

Por otro lado, desde el ámbito médico, las solicitudes de E/SA suponen un reto de mejora en la relación médico-paciente y se debe contemplar tanto como una oportunidad para explorar el sufrimiento y los temores del paciente, como para discutir las diferentes opciones disponibles. Así, una solicitud no implica ni una concesión ni una necesidad de registro inmediata<sup>31</sup>.

Un aspecto positivo en cuanto a la regulación de la LORE con respecto a la OC en España, es que existe un reconocimiento implícito para los profesionales. Es decir, la OC no es responsabilidad exclusiva del médico asignado (como ocurre en Países Bajos y Luxemburgo), sino de cualquier profesional directamente implicado en el procedimiento, como los equipos de enfermería. La ley belga presenta mayores similitudes en este sentido, dado que los médicos pueden oponerse y se especifica que ningún profesional estará obligado a realizar la Servicio<sup>32</sup>.

El presente trabajo pretende examinar las bases éticas y legales de objeción de conciencia en relación con la eutanasia de profesionales sanitarios prestando especial atención a los posibles aspectos controvertidos en el ámbito de Cuidados Paliativos. Tras tomar como base una revisión de lo referido en la literatura se llevará a cabo una valoración, mediante un cuestionario preparado a tal efecto, de los conocimientos y opinión que tienen sobre este aspecto profesionales, médicos y enfermeras, que trabajan en unidades de cuidados paliativos en las diferentes islas del archipiélago canario.

Dado que la aprobación de la LORE ya es un hecho, no se pretende en este trabajo posicionarse a favor en contra de esta norma, sino más bien valorar la información de que disponen y cual es la posición al respecto de este punto específico (la objeción de conciencia) de la ley por parte los profesionales de cuidados paliativos. Estos, por las características de los pacientes a los que atienden (personas al final de su vida y con problemas físicos, emocionales, espirituales y sociales que podrían motivar un gran sufrimiento), se encuentran

---

<sup>31</sup> Goligher, E. C., Ely, E. W., Sulmasy, D. P., Bakker, J., Raphael, J., Volandes, A. E., Patel, B. M., Payne, K., Hosie, A., Churchill, L., White, D. B., & Downar, J. (2017). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the ICU: A Dialogue on Core Ethical Issues. *Critical care medicine*, 45(2), 149–155. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001818>.

<sup>32</sup> Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Mower Hanlon, L. F., & Herreros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of medical ethics*, medethics-2021-107523. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107523>

en una posición que a priori podría suponer el enfrentarse con frecuencia a solicitudes de eutanasia.

#### **4. Objetivos**

- Objetivo general:
  - Examinar las bases éticas y legales de objeción de conciencia en relación con la eutanasia, así como el conocimiento y posición con respecto a la misma de los profesionales de Cuidados Paliativos.
- Objetivos operativos:
  - Explorar las bases éticas y legales de la objeción de conciencia de profesionales sanitarios en relación con la eutanasia.
  - Explorar la información y posición con respecto a la objeción de conciencia en relación con la Eutanasia en el personal sanitario adscrito a las Unidades de Cuidados Paliativos de las diferentes islas del archipiélago canario.

#### **5. Justificación**

A continuación, se detallará el pensamiento de las principales sociedades científicas relacionadas con los Cuidados Paliativos y, por otro lado, los aspectos éticos y legales implícitos en la propia objeción de conciencia en relación con la aplicación de la Eutanasia disponible actualmente.

##### **5.1. Posicionamiento de las principales sociedades científicas**

o En primer lugar, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) con el inicio del debate de la proposición de ley de la Eutanasia, emite un primer comunicado en *mayo de 2018* <sup>4</sup> en el que reiteran los Cuidados Paliativos como la forma de atención más adecuada para tratar a personas con enfermedad avanzada y sus familiares, dado que esta forma de atención ha demostrado que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares,

disminuyendo la percepción de sufrimiento y evitando procedimientos y actuaciones innecesarias y, además tomando como base los valores y preferencias del doliente.

Por otro lado, tal y como reflejan, se estima que la instauración de programas de Cuidados Paliativos específicos, podría reducir entre un 10%-20% el gasto social y sanitario, lo que podría emplearse para mejorar la calidad de vida de personas susceptibles.

En este sentido, se destaca el ámbito de atención de los cuidados en Cuidados Paliativos (domicilio, hospitalización, centros residenciales...), así como la competencia de los profesionales implicados en el cuidado, de modo que la asistencia por parte de recursos específicos en CP queda enmarcada en aquellos casos de complejidad media y elevada.

Uno de los aspectos a destacar del comunicado, es el reconocimiento de que en España, el desarrollo de los Cuidados Paliativos es escaso y heterogéneo, generando una enorme disparidad en la calidad de la atención (se estima que mueren al año más de 75.000 personas sin acceso a una forma de atención). Todo ello, tiene como consecuencia además de poder evitar el sufrimiento de los pacientes, mejorar el impacto que tiene este tipo de situaciones sobre sus cuidadores.

Por otro lado, ante la inequidad existente en España, en el comunicado se defiende además de *la necesidad de la constituir recursos específicos con personal específicamente capacitado y multidisciplinar, la regulación del área de capacitación específica y de mecanismos de acreditación para todos estos profesionales, así como la implantación en los programas académicos pregrado de formación en Cuidados Paliativos.*

Con respecto al debate sobre la despenalización de la eutanasia, se remarca que la realidad española no permite garantizar una adecuada atención paliativa a sus ciudadanos, generando un sufrimiento evitable que denuncian en el comunicado e instan a establecer las medidas necesarias para solventarlo y ofreciendo su ayuda dada su experiencia y conocimiento.

Por otro lado, se reiteran en su empeño en que los Cuidados Paliativos se desarrollen en la totalidad del territorio, ofreciendo su ayuda a las personas y familiares que lo precisen. Así, destacan que *“sin pretender variar la “longitud” del proceso, pretendemos “ensanchar la vida”, apartando todo lo que dificulte que la persona y su familia sigan su camino con serenidad”*.

De este modo, desde SECPAL se entiende que el debate social de la eutanasia compete a una comunidad y a sus políticos y legisladores. Como sociedad científica, se mantienen en “*la voluntad de aportar su esfuerzo para que la final de la vida se contemple como un momento importante, donde la forma en la que cuidamos a estas personas hable de nuestra sensibilidad hacia lo débil y lo frágil*”. Y, finalmente, señalan como prioridad continuar trabajando para que los pacientes con necesidades paliativas y sus familias, *tengan la mejor y más precoz atención posible, y que esta sea de calidad y con calidez, favoreciendo que vivan dignamente hasta el final.*

o Las **sociedades AECPAL/ SECPAL** emitieron en **diciembre de 2020** tras la aprobación en el Congreso de los Diputados un **comunicado sobre la eutanasia y la dignidad** al final de la vida<sup>33</sup>. En el documento, se postulan a favor del respeto absoluto a todas las opiniones y sensibilidades individuales que existen en relación con este debate, considerando que es simplista reducir el derecho a morir con dignidad exclusivamente a la legislación de la presente ley.

Desde SECPAL y AECPAL se considera, como sociedades científicas, que el concepto de «dignidad» en los procesos de enfermedad avanzada o final de vida es mucho más amplio y complejo, y exige la garantía de muchos otros derechos, más allá del cuando. Así, para considerar la muerte como digna creen en primer lugar que **la persona debe poder decidir dónde desea morir** y, no únicamente el día y la hora. Si desea que sea en su domicilio, es imprescindible que estén disponibles los recursos para que se lleve a cabo, lo que dada la heterogeneidad en cuanto a cobertura se refiere existente en España no es posible. Por otro lado, si precisa asistencia hospitalaria se explicita que deben darse las condiciones para recibir una asistencia digna. Así pues, es preciso que se dispongan de centros orientados a proporcionar una atención centrada en la persona, que ya existen en otros países, disponiendo de habitaciones individuales para cada paciente que preserven la intimidad necesaria en estos momentos. Sería necesario del mismo modo disponer de otros recursos que garanticen una respuesta adecuada a todas sus necesidades físicas, psicológicas, sociales, emocionales y espirituales.

---

<sup>33</sup> SECPAL. (2020). Sobre la eutanasia y la dignidad al final de la vida. 2022, agosto 10, de SECPAL. Sitio web: <https://aecpal.secpal.com/Sobre-la-eutanasia-y-la-dignidad-al-final-de-la-vida>



Por otro lado, como se explica en el texto, **dignidad también es decidir con quién se quiere morir**, sin excepciones. Sin embargo, se trata de un derecho que actualmente tampoco está garantizado, lo que se ha visibilizado durante la pandemia, aislando a los pacientes y evitando el acompañamiento de pacientes en situación final de vida, vulnerando el derecho a la autonomía del paciente.

Diferentes estudios, han reflejado que a pesar de la existencia de protocolos de acompañamiento y del esfuerzo de los sanitarios para humanizar la asistencia, la soledad ha estado muy presente en los pacientes en situación de últimos días durante la pandemia por SARS-COV2, lo que implica un alto coste emocional para las familias en duelo, además de para los propios profesionales. No podemos considerar, tal y como se extrae del texto, que a esta realidad se la llame **morir con dignidad**<sup>34</sup> y, así, reducir este derecho a que ésta pueda decidir cuándo hacerlo, dejamos de lado el cómo morimos. En este sentido, existe una amplia evidencia de que los cuidados paliativos generan un alivio eficaz del sufrimiento en el caso de enfermedades en situación avanzada y/o situación final de vida basándose en el cuidado y la atención integral, multidisciplinar y centrada en la persona y su entorno socio-familiar. No obstante, sigue siendo un derecho fuera del alcance para una gran parte de la población española dada la cobertura heterogénea existente<sup>35</sup>.

El hecho, como se discute en el comunicado, de que la respuesta que se ofrezca por parte de las autoridades pertinentes a la necesidad de cuidados paliativos que no se encuentra garantizada por una ley nacional sea una legislación en torno a la eutanasia, puede dar a entender que la alternativa para aliviar el sufrimiento en este tipo de enfermedades es dejar de vivir. Lo que no deja de traducir un fracaso estrepitoso del cuidado social y la protección de las instituciones que en teoría favorece el estado de bienestar.

---

<sup>34</sup> SECPAL. (2020). Expertos defienden la necesidad de buscar «un equilibrio entre la seguridad y el bienestar emocional» para humanizar los cuidados en tiempos de pandemia. 2022, agosto 10, de Infopaliativos. Sitio web: <http://infocuidadospaliativos.com/expertos-defienden-la-necesidad-de-buscar-un-equilibrio-entre-la-seguridad-y-el-bienestar-emocional-para-humanizar-los-cuidados-en-tiempos-de-pandemia/>

<sup>35</sup> SECPAL. (2019). SECPAL pide a los nuevos Gobiernos central y autonómicos que reaccionen ante la realidad del Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa, que sitúa a España a la cola del continente. 2022, agosto 10, de Infopaliativos. Sitio web: <http://infocuidadospaliativos.com/secpal-pide-a-los-nuevos-gobiernos-central-y-autonomicos-que-reaccionen-ante-la-realidad-del-atlas-de-los-cuidados-paliativos-en-europa-que-situa-a-espana-a-la-cola-del-continente/>

Tal y como se detalla, se trata de una reducción del debate simplista y no objetivo, en el que la argumentación equipara conceptualmente eutanasia y cuidados paliativos, de modo que se plantea una dicotomía en cuanto a la elección y la falsa percepción de que la elección de una implica la exclusión de la otra.

Continuando con el comunicado, ambas sociedades se preguntan qué hacer con las personas con necesidades paliativas que una vez legalizada la Eutanasia, precisan un soporte actualmente mal legalizado e inexistente. Así, se insiste en que asegurar la existencia de esta asistencia es además garantizar un final de vida digno, entendiéndose por tanto desde ambas sociedades que ***“no es posible hablar de atención digna ni de muerte digna cuando no está garantizado que las personas puedan decidir dónde, cómo y con quién morir. Sólo cuándo”***.

Uno de los puntos más interesantes, radica en el hecho de que se considera que *sólo existirá una verdadera libertad y derecho a decidir cuando todas las opciones estén disponibles y sean factibles asegurando la dignidad de todas las personas que se encuentren situación final de vida*. Este punto, es el objetivo principal por tanto de todo el personal implicado en cuidados paliativos y, por tanto, que conforman ambas sociedades que emiten el comunicado. Tal y como refieren, **es hora de hablar del “buen morir” y de “TODO lo que puede garantizar un «buen morir”**.

Finalizan el documento con la disposición y ofrecimiento a los representantes políticos y de los organismos públicos para colaborar y aunar esfuerzos para lograr que se atienda dignamente y con calidad de vida a toda la población. Sin embargo, tal y como se han desencadenado los acontecimientos a lo largo del tiempo, impresiona que hasta el momento no se ha objetivado un compromiso ni voluntad firmes.

o La *Sociedad Española de Cuidados Paliativos y la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos* emitieron en *Marzo de 2021* un *comunicado* ante la ley orgánica de regulación de la eutanasia (LORE). Partiendo de la base del deseo de las personas de un final dignamente humanizado, remarcan que la eutanasia como opción de final de vida no debería enfrentarse a los cuidados paliativos, considerando como error la reflexión que se establece sobre la eutanasia cuando se plantea el debate polarizado de «vida» vs. «libertad».

En el manifiesto, se apela a la responsabilidad del sistema y de los profesionales para dar una respuesta en el acompañamiento frente a la experiencia de sufrimiento en pacientes con enfermedades refractarias e irreversibles<sup>36</sup>.

En este sentido, consideran que la propuesta de la LORE, en nuestro país, carece de una adecuada deliberación previa y calidad conceptual, de modo que no creen encontrarse frente a una ley «garantista», dado que existen errores de base y concepto y, donde se precisa un amplio consenso social. Además, se remarca la necesidad por parte de la comunidad y las diferentes sociedades científicas de comprender la importancia y necesidad de los Cuidados Paliativos en los procesos de cronicidad avanzada y final de vida. En este sentido la creación de la LORE, se señala, genera aún más confusión dada la celeridad y el escaso asesoramiento ético y técnico que se ha recibido, surgiendo así numerosas preguntas que en su opinión no tienen respuestas.

Por otro lado, se señala que a el proceso deliberativo que acontece durante la gestión de la prestación de ayuda para morir es muy complejo y, es necesario acompañar adecuadamente, así como ver qué agentes asumen la responsabilidad de hacerlo. Del mismo modo, que en el inicio del proceso de deliberación y toma de decisiones que se lleva a cabo previo al inicio de una sedación paliativa, en el caso de la eutanasia, existe una toma de decisiones compleja que precisa una adecuada identificación y formación del personal interviniente. Los autores se cuestionan por parte de quien se establece la garantía al ciudadano dado que en la LORE no se detalla ni, además la formación pregrado y posgrado actual no lo asegura.

Por otro lado, en el comunicado, se propone como buena práctica en Cuidados Paliativos, una derivación oportuna de la persona que padece una enfermedad progresiva, activa, avanzada y sin oportunidades de tratamiento curativo para una planificación anticipada de la atención, de modo que se garantice la autonomía y control sobre la vivencia de la enfermedad, permitiendo el adiestramiento y adaptación al proceso y favoreciendo, además, el apoyo a la red socio-familiar.

---

<sup>36</sup> SECPAL/AECPAL. (2021). Comunicado de SECPAL y AECPAL ante la ley orgánica de regulación de la eutanasia. 2022, agosto 10, de SECPAL. Sitio web: <https://aecpal.secpal.com/Comunicado-de-SECPAL-y-AECPAL-ante-la-ley-organica-de-regulacion-de-la-eutanasia>

En el documento reseñado, se define por otro lado, la adecuación o limitación de esfuerzo terapéutico como *“al no inicio o retirada de un tratamiento fútil (que no aporta beneficio, que carece de utilidad) y promueve la no prolongación de la vida bajo circunstancias de sufrimiento”*. Además, definen *“la terapia de sedación paliativa cómo el recurso destinado a la disminución de conciencia con medios farmacológicos cuando existe un síntoma refractario que produce un sufrimiento inevitable por otro medio”*. De este modo, se señala a los profesionales implicados en la atención a profesionales en cuidados paliativos como expertos en el abordaje de peticiones anticipadas de muerte, así como el alivio del sufrimiento físico, psicosocial y espiritual. En este tipo de atención, se remarca la necesidad de personal experto en este ámbito para hacer una evaluación impecable y una intervención integral de calidad, lo que suscita una necesidad y aumento de demanda de formación de los profesionales sanitarios implicados en la atención.

En cuanto al posicionamiento de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), se explicita que es una sociedad científica con posturas plurales sobre la conveniencia o no de la regulación de la comentada ley, tanto en lo que respecta a la prescripción (suicidio médicamente asistido) como a la de administración (eutanasia). Sin embargo, se subraya que dicha sociedad *“tiene como misión promover la universalización de los cuidados paliativos, pero no desarrollar la ley de eutanasia, entendiendo que un curso de acción puede ser la eutanasia, pero, desde luego, desde una condición de excepcionalidad”*.

Se pretende, de este modo por parte de ambas sociedades, que la reflexión conceptual sea conciliadora y con un espíritu de dialogo, pero, sin embargo, no es algo que identifiquen en la ley aprobada. Así, explican, *esta falta de diálogo, y el que en algunos ámbitos se hable de esta ley como ley de muerte digna, puede suponer un sesgo en la toma de decisiones*. Por tanto, dada la escasa conciliación y reflexión previa a la ley, *no se considera que se proteja a los más vulnerables, dado el escaso diálogo previo*.

Dentro de las preocupaciones que surgen, se destaca que sea una ley confusa en su aplicación práctica y sin tiempo para la reflexión. Además, no hay una ley paralela de final de vida que acompañe a esta y garantice la asistencia por parte de cuidados paliativos. Tal y como se explica en el comunicado, España se encuentra a la cola de Europa en cuanto a ayudas sociales y desarrollo de los cuidados paliativos, con respecto a otros países en los que

la LORE se ha desarrollado Canadá, lo que influye negativamente en la autonomía de las personas y la vivencia de enfermedad.

A pesar de la necesidad de realizar un adecuado cuidado de los pacientes con necesidades paliativas, para los legisladores en nuestro país no parece ser una prioridad, hecho que se objetiva en el abandono de la estrategia en Cuidados Paliativos, además de la falta de regulación de la especialidad y la desidia en cuanto a la actividad legislativa en Cuidados Paliativos, que son competencias del Gobierno y Comunidades Autónomas. Además, destacan que se han obviado las recomendaciones del Consejo de Europa de 2018<sup>37</sup>, que destacó como se ha dicho previamente, el escaso desarrollo de los Cuidados Paliativos en el país.

## **5.2. Aspectos éticos y legales de la Objeción de Conciencia**

El desarrollo científico y, más concretamente, el de la ciencia biomédica y la medicina, han favorecido los últimos años el desarrollo de cuestiones éticas que se plantean en la práctica diaria, destacando entre ellas a la objeción de conciencia (OC). Progresivamente, y dados conflictos éticos que se plantean ante la aplicación y desarrollo de diferentes técnicas o procedimientos, se ha hecho necesario un mejor estudio y desarrollo de la OC de modo que diferentes áreas del conocimiento como la doctrina jurídica o la filosofía. En este sentido, la OC se ha estudiado desde diferentes prismas como puede ser la filosofía del derecho, el derecho constitucional, administrativo, penal o eclesiástico ante situaciones en las que se presentaban dilemas éticos o morales como puede ser el servicio militar, juicios y, centrándonos en el tema que nos concierne, en el ámbito sanitario y la biotecnología. Por ejemplo, en el caso de transfusiones de sangre, huelgas de hambre, el aborto y los métodos de anticoncepción... Más recientemente, tras el inicio del debate sobre la ley de la Eutanasia y su regulación a través de la LORE, surge una nueva rama de estudio y valoración de la OC que genera dudas y controversias y que precisa de un análisis para establecer bases comunes en el desarrollo y aplicación de esta nueva ley.

---

<sup>37</sup> Arias-Casais, N., López-Fidalgo, J., Garralda, E., Pons, J. J., Rhee, J. Y., Lukas, R., de Lima, L., & Centeno, C. (2020). Trends analysis of specialized palliative care services in 51 countries of the WHO European region in the last 14 years. *Palliative medicine*, 34(8), 1044–1056. <https://doi.org/10.1177/0269216320931341>

El concepto de objeción de conciencia es un término relativamente reciente y que suscita controversia en su concepción y aplicación. En la década de los 70, Beauchamp y Childress desarrollan el concepto de objeción de conciencia en el capítulo “Virtudes e ideales en la vida profesional” de su obra “Principios de Ética Biomédica”<sup>38</sup>. Tal y como se recoge, «Si el médico desea retirarse porque las peticiones o los rechazos del paciente le parecen moralmente inaceptables, las convicciones de conciencia del médico deben ser respetadas, y debe ser libre para retirarse». Así, sostienen que, sin perjuicio de menoscabar reglas sociales importantes, no hay duda para poder aceptar la existencia de la objeción médica. Por lo tanto, si se identificara un conflicto grave, aunque no profundizan en la solución al conflicto, sí que afirman que “el derecho de un paciente a la autonomía no debe comprarse al precio del derecho paralelo del médico”.

La objeción de conciencia se puede definir, por un lado, como la “*manifestación de desobediencia al derecho por motivos ideológicos, como comportamiento guiado por una decisión de conciencia*” o, por otro lado, como “*manifestación exteriorizada de la colisión absoluta entre un deber de conciencia y un deber jurídico. Cada una de estas definiciones nos permitirán delimitar esta figura de otras afines*”<sup>39</sup>.

En lo que respecta a la regulación y reconocimiento legal de la Objeción de Conciencia, el derecho a acogerse a la misma, se encuentra ampliamente reconocido internacionalmente, a través de la creación de tratados o convenios y, además, a nivel nacional como es el caso del art. 10.2 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea<sup>40</sup>.

#### *Artículo 10*

### **Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión**

2. Se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con las leyes nacionales que regulen su ejercicio.

<sup>38</sup> Beauchamp TL, Childress JF. 2013 Principios de Ética Biomédica. 7ª Edición, Oxford University Press, Nueva York

<sup>39</sup> Flores F. (2022). Manual de Bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas), ROMEO CASABONA, Carlos María (Director); NICOLÁS JIMÉNEZ, Pilar/ROMEO MALANDA, Sergio (Coordinadores), Editorial Dykinson, Madrid, España, 2022.

<sup>40</sup> Parlamento Europeo. (2010). CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA. 2022, agosto 10, de Diario Oficial de la Unión Europea. Sitio web: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>

Por otro lado, el art. 18 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)<sup>41</sup> y el art. 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU (1966)<sup>42</sup> reconocen, por su parte, la libertad de conciencia, junto a la religiosa y de pensamiento. De este modo se garantiza el derecho a tener las creencias personales que considere y elija, así como a manifestarlas y actuar de acuerdo con ellas, y por tanto, recogen de forma no expresa, el derecho a la objeción de conciencia.

En nuestro país, **no queda recogido en el ordenamiento jurídico expresamente un derecho general a la objeción**. Sin embargo, en base a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, *la objeción de conciencia en el ámbito sanitario tendría cabida y amparo en el derecho general a la objeción de conciencia o, en el derecho general a adecuar el comportamiento a la propia conciencia, que encontraría apoyo constitucional en la libertad ideológica y religiosa* (art. 16 CE)<sup>43</sup>.

En lo que referente al ámbito del Código de Ética y Deontología Médica en nuestro país<sup>44</sup>, la objeción de conciencia se recoge en los siguientes artículos:

- a) Art. 9.3: “Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar.”
- b) Art. 26.1: “El médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informar sin demora de su abstención y ofrecer, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó.

---

<sup>41</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). La Declaración Universal de Derechos Humanos. 2022, agosto 10, de Naciones Unidas. Sitio web: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

<sup>42</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. (1976). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. 2022, agosto 10, de Naciones Unidas. Sitio web: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

<sup>43</sup> Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

<sup>44</sup> Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2011). Código De Deontología Médica Guía De Ética Médica. 2022, agosto 10, de Organización Médica Colegial. Sitio web: [https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf)

Respetar siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con el colabora tiene sus propios derechos y deberes”.

Por otro lado, en la Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la objeción de conciencia promulgado en el año 1997 por la Organización Médica Colegial, se delimita conceptualmente y se justifica el marco teórico que rodea la aplicación de la objeción de conciencia <sup>45</sup>. Progresivamente, con el desarrollo de la bioética, ésta ha sido objeto de estudio y desarrollo dada la interrelación existente con el campo de estudio de esta disciplina y los cambios de paradigma que conlleva. Sin embargo, aún quedan por esclarecerse muchos matices.

En el ámbito sanitario, se reconoce expresamente el derecho de objeción de conciencia del personal sanitario en dos aspectos fundamentales: la práctica del aborto (art. 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, con base en la libertad ideológica y religiosa del art. 16 CE.) y, más recientemente, en el art. 16 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, que procederemos a desarrollar.

Es importante tener en cuenta que esta regulación se pone de manifiesto que *la objeción no siempre constituye una expresión de desobediencia ética al derecho, y en el ámbito que nos compete se muestra como una objeción no sólo de carácter ético o moral sino también constituir una objeción legalizada y regulada*. En este sentido, la objeción de conciencia como conflicto entre dos deberes sobre los que se superpone el deber de conciencia puede presentarse no sólo en los casos de objeción de conciencia expresamente reconocida, sino también en otros no reconocidos como por ejemplo la prescripción o administración de anticonceptivos. Sólo en este último caso esta objeción supone una desobediencia al derecho. Aún así, existen diferentes corrientes en el ámbito de la legislación española, existiendo sectores que sólo reconocen la objeción de conciencia en los casos específicamente reconocidos.

---

<sup>45</sup> Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española. (1997). Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre la objeción de conciencia del médico. 2022, agosto 10, de Organización Médica Colegial. Sitio web: <https://www.cgcom.es>



Con la entrada en vigor de la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia**<sup>46</sup> (LORE), la objeción de conciencia ante su práctica ha supuesto un tema a debate en cuanto a su modo de proceder y de regulación. Además, ha incorporado al ordenamiento jurídico, tal y como se ha comentado, una nueva posibilidad para la objeción de conciencia que se encuentra, además, recogida expresamente en la ley.

Así, por un lado, la ley garantiza el derecho de las personas en situaciones de enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico y limitante a solicitar y recibir ayuda para morir, constituyendo, por tanto, un deber jurídico para el personal sanitario que recibe dicha solicitud<sup>47</sup>.

Es por este motivo, que, en el desarrollo de la ley, y más concretamente en el art. 16, se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios implicados en la prestación de ayuda para morir.

Tal y como se contempla en la misma, *“mediante la posibilidad de objeción de conciencia, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda médica para morir, entendiendo el término médica implícito en la Ley cuando se habla de ayuda para morir, y entendido en un sentido genérico que comprende el conjunto de prestaciones y auxilios asistenciales que el personal sanitario debe prestar, en el ámbito de su competencia, a los pacientes que soliciten la ayuda necesaria para morir”*.

Como se ha nombrado, en dicha ley Orgánica de la Eutanasia, define **objeción de conciencia** sanitaria como aquel *“derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones”*.

En este sentido, el personal sanitario podría acogerse a los supuestos de objeción de conciencia si atendiendo a una decisión de conciencia, se negase a prestar tal auxilio al

---

<sup>46</sup> Congreso de los Diputados. (2021). Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. 2022, agosto 16, de Agencia Estatal Bolatín Oficial del Estado. Sitio web: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

<sup>47</sup> Manual de buenas prácticas en eutanasia. (2021). Ministerio de Sanidad. Recuperado 10 de junio de 2022, de [https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)

paciente, o bien, cuando fuera del ámbito sanitario, un tercero, siguiendo un mandato de conciencia, cumplierse tal petición de ayuda a morir, al margen de lo establecido en la LORE.

En el primer punto, se constituiría una manifestación de objeción de conciencia reconocida o legalizada, al garantizar en el art. 16 el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario directamente implicado en la prestación de ayuda para morir, que deberá ser manifestada de forma anticipada y por escrito. En este sentido se ha creado un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a fin de gestionar adecuadamente la prestación de la ayuda a morir de los solicitantes.

En el segundo punto, en cambio, al no estar reconocida la objeción de conciencia, constituirá una manifestación de desobediencia al Derecho constitutiva del delito previsto en el art. 143.4 CP.

*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia 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*

*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*

En el **Artículo 16, Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios**, se explicita que:

- 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.
- Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se recogerán las solicitudes para la realización de la misma con el objetivo de facilitar la información

que precise la administración sanitaria para 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.

La LORE, por otro lado, incluye en su aplicación a profesionales de la medicina y de la enfermería, pero otorgando un papel central a la figura del “médico responsable” ó “médico consultor”, que a su vez se coordina con los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación. Además, de este personal, incluye la participación de otros profesionales de la salud como pueden ser trabajadores sociales, psicólogos clínicos, farmacéuticos, etc<sup>48</sup>.

En este sentido, la ley explicita que la eutanasia no debe sustituir y mucho menos impedir, en ningún caso, el correcto y adecuado acceso a cuidados paliativos, cuya asistencia debe garantizarse<sup>49</sup> en personas que padezcan una enfermedad grave, irreversible y con pronóstico vital limitado junto a otras medidas de apoyo como el abordaje psicosocial y las prestaciones relacionadas con la dependencia que puede generarse en este tipo de situaciones, favoreciendo de este modo la atención integral del paciente y su familia, desde un punto de vista multidimensional y desde un enfoque biopsicosocial.

Este hecho queda recogido y desarrollado en diferentes leyes estatales y autonómicas como la Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida de la Comunidad Autónoma de Canarias<sup>50</sup> que, a su vez, se regula y desarrolla a partir de leyes como: la Ley 14/1986, de 24 de abril, General de Sanidad, y la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, que previamente han reconocido y regulado el derecho de la autonomía individual de los pacientes con respecto a su estado de salud. Dada su importancia, esta última se ha regulado de forma más específica

---

<sup>48</sup> Programas asistenciales. (2021). Guía breve para la aplicación de la prestación de ayuda para morir en Canarias. 2022, junio 15, de Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Sitio web: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=9bf1fa6a-eae1-11eb-8866-57e4c3942bc5&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>

<sup>49</sup> Programas Asistenciales. (2021). Consentimiento informado . 2022, junio 15, de Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Sitio web: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=9bf1fa6a-eae1-11eb-8866-57e4c3942bc5&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>

<sup>50</sup> Parlamento de Canarias. (2015). Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. 2022, junio 15, de BOE-A-2015-2295. Sitio web: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-2295-consolidado.pdf>

dentro de 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.

De este modo, la asistencia en Cuidados Paliativos se establece de forma paralela a la aplicación de la LORE, constituyendo una forma de asistencia alternativa en situaciones de irreversibilidad en pacientes con enfermedades en situación avanzada y sin posibilidad de curación, en los que se prioriza un manejo con objetivo control sintomático y de confort, sin interferir en el curso de temporal y evolución natural de la enfermedad.

Así pues, debe remarcarse la no voluntariedad, en el ámbito de los Cuidados Paliativos, de finalización de la vida que lo diferencia de la propia eutanasia y, como se ha comentado previamente, la priorización de las medidas de control sintomático sin interferir en el pronóstico vital.

Progresivamente, en la medida que se crea y organiza la aplicación de la LORE a nivel asistencial, se crea y regula el Registro de profesionales sanitarios de Canarias objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir mediante Orden de 6 de julio de 2021. En este sentido, la persona interesada mediante procedimiento electrónico disponible en la sede electrónica de Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias podrá realizar la inscripción y registro de la declaración de objeción de conciencia y, si fuera necesario, de su modificación o revocación posterior<sup>51</sup>.

*Orden de 6 de julio de 2021, por la que se crea y regula el Registro de profesionales sanitarios de Canarias objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir*

*CORRECCIÓN de errores de la Orden de 6 de julio de 2021, por la que se crea y regula el Registro de profesionales sanitarios de Canarias objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir (BOC nº 143, de 13.7.2021) [28/10/2021].*

---

<sup>51</sup> Programas Asistenciales. (2021). Instrucciones de la Secretaría General del SCS para el acceso al Registro de profesionales sanitarios de Canarias objetores de conciencia a realizar la PAM. 2022, junio 15, de Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Sitio web: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=9bflfa6a-eae1-11eb-8866-57e4c3942bc5&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>

## 6. Metodología

### 6.1. Factibilidad, DAFO



### 6.2. Características generales

6.2.1. **Tipo estudio:** Descriptivo, observacional, prospectivo, multicéntrico.

6.2.2. **Ámbito:** Unidades de Cuidados Paliativos de las diferentes islas del archipiélago canario.

6.2.3. **Población:** Personal sanitario (médicos y enfermeras).

6.2.4. **Variables o mediciones principales de interés:** Se tomarán como variables datos epidemiológicos y cuestionario cualitativo que recoja información relativa al objetivo de estudio. Por otro lado, se revisará la información disponible relativa a la objeción de conciencia, la Eutanasia y su desarrollo y aplicación relación en el ámbito de Cuidados Paliativos.

- Edad
- Género
- Sentimiento religioso
- Religión

- Profesión
- Antigüedad en Cuidados Paliativos
- Especialidad
- Formación específica en Cuidados Paliativos.
- Tipo de formación en Cuidados Paliativos.
- Disponibilidad de formación posgrado en Bioética.
- Experiencia en Investigación.
- Pertenencia a comité de ética.
- Docencia Cuidados Paliativos.
- Lectura de la LORE..
- Consideración sobre la regulación la eutanasia/ suicidio asistido.
- Posicionamiento con respecto a la LORE.
- Con respecto a la LORE, ¿es usted objetor de conciencia?
- Registro en sede electrónica.
- Motivación en caso de ser objetor.
- Motivación en caso de no ser objetor.
- Elección ante eutanasia +/- suicidio asistido.
- Consideración ante la priorización sobre la LORE frente a la homogeneización y regulación de los Cuidados Paliativos a nivel nacional y entre las diferentes CCAA.

- Opinión sobre la LORE si previo a la creación de la LORE se hubiese legislado y dotado de recursos para la asistencia de pacientes con necesidades paliativas.
- Consideración sobre la influencia de la Ley frente al desarrollo de los Cuidados Paliativos.
- Consideración sobre la necesidad de asumir por parte de los profesionales de Cuidados Paliativos la aplicación de la Eutanasia.
- Valoración sobre la disposición a practicar la Eutanasia ante la solicitud de un paciente que reúne los requisitos de la LORE y se encuentra en seguimiento por el profesional.
- Aplicación de la objeción de conciencia.
- Solicitud de PAM en el último año
- Registro de PAM si se ha recibido una solicitud de PAM
- Aplicación de la PAM
- Declaración de objeción de conciencia en alguno de los puntos de la PAM.

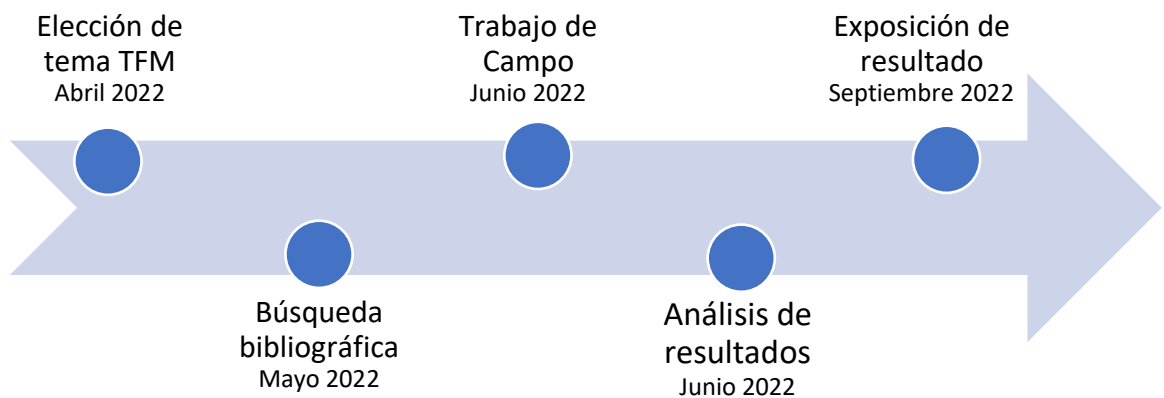
**6.2.5.Fuentes de información principal:** (1) Búsqueda en las bases de datos habituales (Pubmed, Medline, Scopus) de las publicaciones relacionadas con eutanasia, objeción de conciencia y cuidados paliativos (MESH). (2) Entrevista a través de cuestionario a personal sanitario (médicos y enfermeras) de las Unidades de Cuidados Paliativos.

**6.2.6.Criterios de inclusión:** Profesionales (Médicos y Enfermeras) de las distintas Unidades de Cuidados Paliativos del archipiélago canario

**6.2.7.Criterios de exclusión:** Personal sanitario que no cumpla los criterios de inclusión (no médico, no enfermera).

**6.3. Instituciones y personal implicados en la elaboración del estudio:** Dentro de la elaboración del presente estudio, se incluye la participación de personal sanitario (médicos y enfermeras) de las diferentes Unidades de Cuidados Paliativos adscritos al Servicio Canario de la Salud de la Comunidad Autónoma de Canarias.

## 7. Cronograma



## 8. Resultados

Con el objetivo de valorar y examinar las bases éticas y legales de objeción de conciencia en relación con la eutanasia de profesionales sanitarios que desempeñan su labor asistencial en Cuidados Paliativos se revisó en primer lugar, la bibliografía existente en las principales bases de datos bibliográficas.

A partir de las bibliotecas del Servicio Canario de Salud y ULL, se redirigió la búsqueda hacia plataformas de búsqueda bibliográfica como PubMed, Medline y Scopus, desde donde se extrajo mayoritariamente la información y, otros recursos de interés como pueden ser Uptodate, Clíncal Key, OVID o Embase entre otros. Para ello, se tomaron en cuenta palabras clave como: Eutanasia, Suicidio Asistido, Cuidados Paliativos, objeción de conciencia, legislación o Derechos fundamentales.

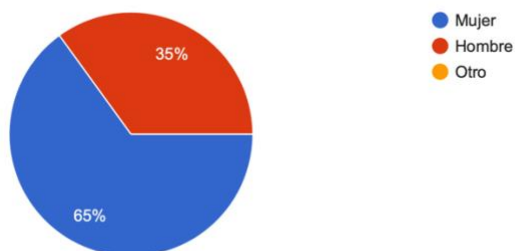


Posteriormente, se llevó a cabo una valoración, mediante un cuestionario preparado a partir de la herramienta Google Forms, de los conocimientos y opinión de los profesionales, tanto médicos como enfermeras que trabajan en unidades de cuidados paliativos en las diferentes islas del archipiélago canario.

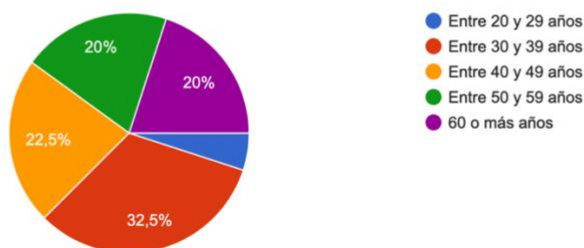
En este sentido, se difundió a través de aplicaciones de mensajería (Whatsapp, Telegram) un cuestionario (Ver Anexo I) al personal adherido a las diferentes unidades de Cuidados Paliativos existentes en la Comunidad Autónoma de Canarias. Se obtuvo respuesta de 40 profesionales durante la intervención que arrojó los resultados que se presentan a continuación.

En primer lugar, desglosado a partir del género, el 65% de los encuestados eran mujeres frente al 35% que eran hombres. En cuanto a la edad, los resultados arrojados eran heterogéneos. El rango de edad objetivado con mayor frecuencia era el que oscila entre los 30 y 39 años y, el resto de edades se identificó en cada caso en torno a un 20% de la muestra en cada caso.

Género  
40 respuestas



Edad  
40 respuestas



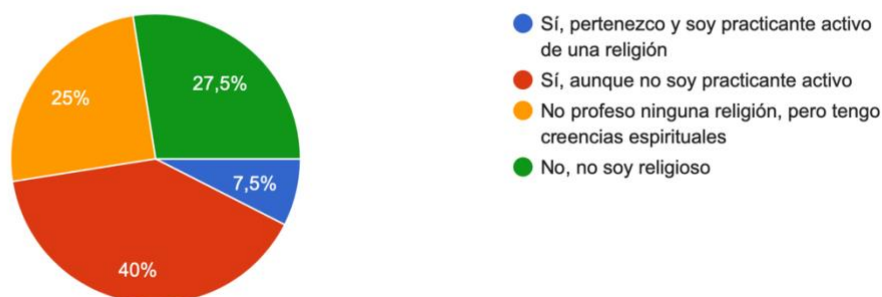
En cuanto a la percepción del sentimiento religioso, hasta en un 40% de los encuestados se consideran personas religiosas, aunque no son practicantes activos frente a un 7,5% que sí

son practicantes activos. Una cuarta parte de los encuestados, no profesan ninguna religión, pero sí tienen creencias espirituales.

Con respecto a la religión que profesan, del 55% que se consideran creyentes un 45% son católicos. El 45% de la muestra, por otro lado, se consideran no creyentes.

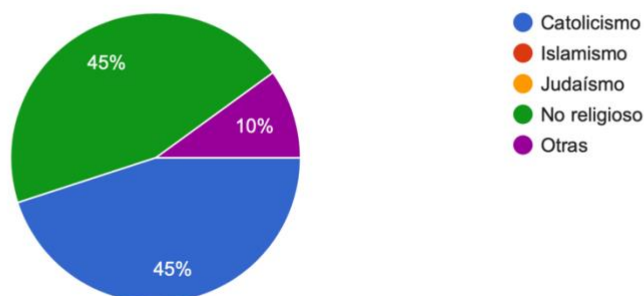
#### ¿Es una persona religiosa?

40 respuestas



#### ¿Qué religión profesa?

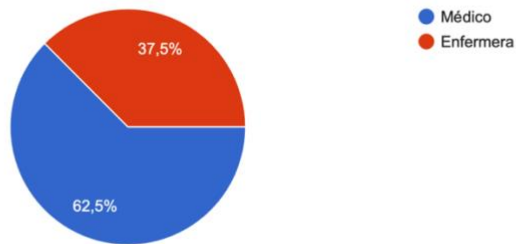
40 respuestas



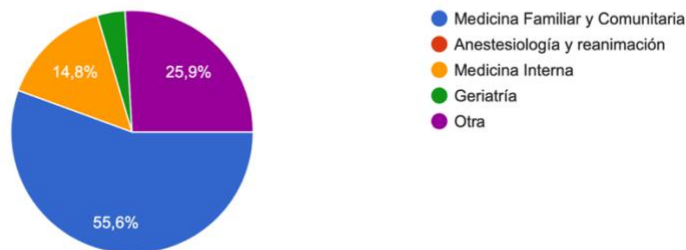
Además, un 62,5% de la muestra son médicos, frente a un 37,5 que son enfermeras. Y, del total de médicos, más de la mitad de la población tienen como especialidad Medicina Familiar y Comunitaria.

Por otro lado, la población a estudio pertenece en un 62,5% a la provincia de Las Palmas y el 37,5% a la de Santa Cruz de Tenerife.

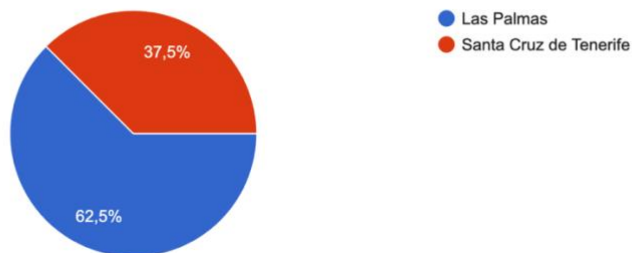
Profesión  
40 respuestas



En caso de ser médico, ¿cuál es su especialidad?  
27 respuestas



Provincia en la que trabaja  
40 respuestas

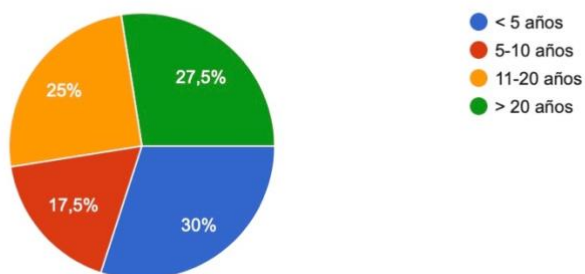


Si se tiene en cuenta la antigüedad como profesional en Cuidados Paliativos, se objetiva que un 30% de la muestra tiene menos de 5 años de antigüedad, un 17,5% entre 5-10 años, un 25% entre 11-20 años y un 27,5% más de 20 años. Se puede observar, por tanto, que el personal se distribuye de forma más o menos equitativa en todos los rangos de edad.

Además, como se observa en la gráfica, en su mayoríaa (82,5%) se dispone de formación específica en Cuidados Paliativos y, más de la mitad de la muestra de tipo Máster, donde destaca que un 7,9% además es Doctor.

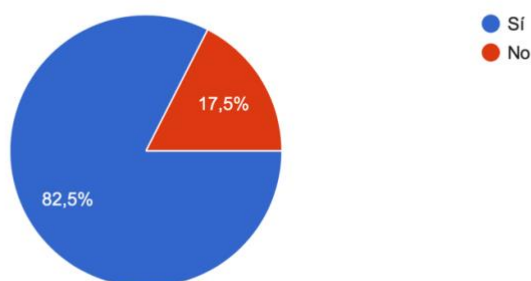
## Antigüedad en Cuidados Paliativos

40 respuestas



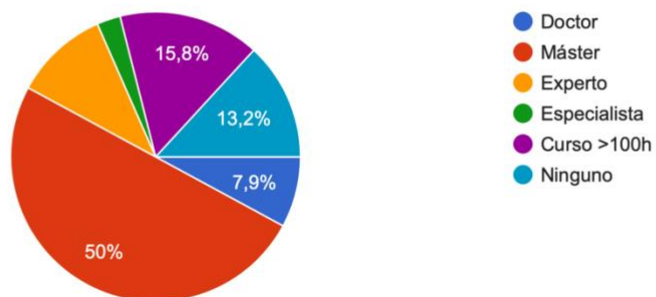
## ¿Tiene formación específica en Cuidados Paliativos?

40 respuestas



## Señale de que tipo:

38 respuestas



Con respecto a la formación en Bioética, se obtienen resultados variables, destacando un 37,5% con formación basada en cursos y sólo un 22,5% disponen Máster o Experto en este sentido. Un dato importante que destacar podría ser que en un 40% de la población

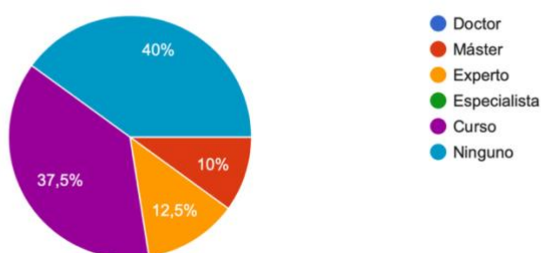
encuestada la formación en Bioética es nula. Sin embargo, únicamente un 10% de la muestra pertenece a un comité de ética.

Además, teniendo en cuenta la experiencia en investigación, más de un 60% de la muestra dispone de algún tipo de experiencia.

Por otro lado, la mitad de la muestra estudiada es docente en el área de Cuidados Paliativos.

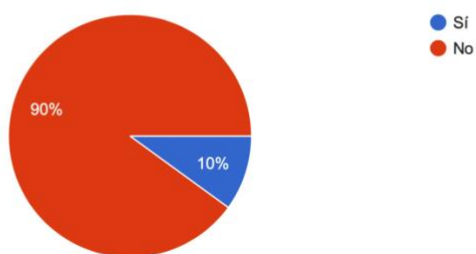
¿Qué tipo de formación en Bioética tiene?

40 respuestas



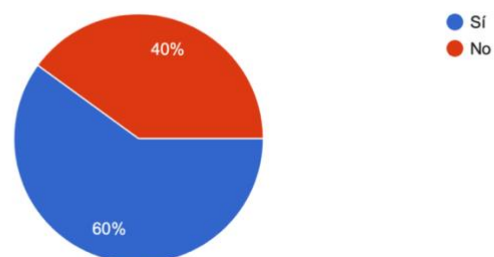
¿Pertenece a algún comité de ética?

40 respuestas

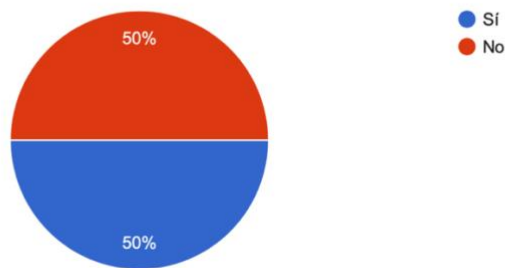


¿Tiene algún tipo de experiencia en investigación?

40 respuestas

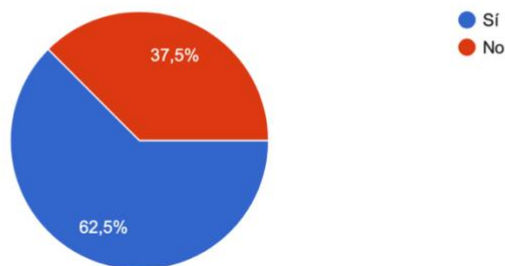


¿Es usted docente en Cuidados Paliativos?  
40 respuestas

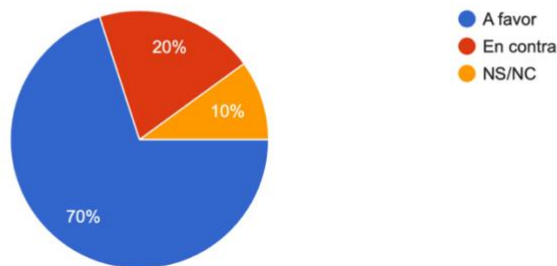


Dentro del análisis correspondiente a los resultados con respecto a la LORE, el 62,5% de la muestra estudiada ha leído la ley y un 70% se considera partidario a la misma. Un 37,5% considera adecuado que se haya regulado la eutanasia/suicidio asistido, sin embargo, un 42,5% considera, aun así, que el debate social y sanitario ha sido insuficiente. Un 20% se muestran, por otro lado, en desacuerdo con el desarrollo de la ley.

Con respecto a la LORE, ¿ha tenido oportunidad de leerla?  
40 respuestas



Con respecto a la LORE, ¿se postula a favor o contrario a la misma?  
40 respuestas



¿Considera adecuado que se haya regulado legalmente la eutanasia/el suicidio asistido?

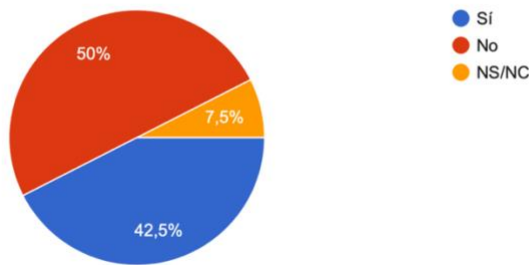
40 respuestas



Dentro de la muestra estudiada, un 50% no es objetor de conciencia, frente a un 42,5% que sí lo son. De la población que se declara objetora, un 61,9% han realizado el registro en sede electrónica.

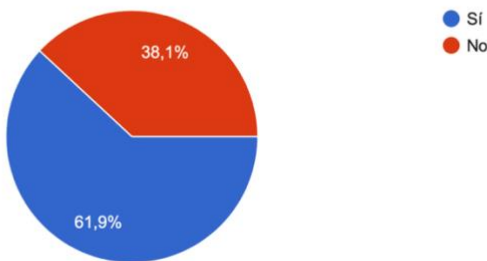
Con respecto a la LORE, ¿es usted objetor de conciencia?

40 respuestas



En caso afirmativo, ¿ha realizado el registro en sede electrónica?

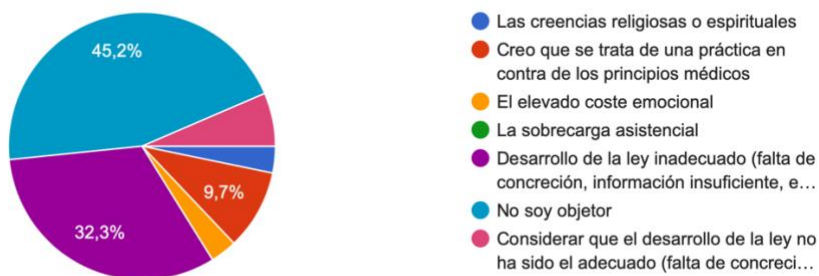
21 respuestas



Dentro de las principales motivaciones a la hora de declararse objetor, un 38,8% de la muestra considera que el desarrollo de la ley ha sido inadecuado, bien por falta de concreción, información insuficiente..., un 45,2% las creencias religiosas o espirituales y, casi un 10% de los encuestados considera que se trata de una práctica en contra de los principios médicos.

Si Usted es objetor, ¿Cuál de las siguientes opciones es su motivo principal?

31 respuestas



De la población que no se considera objetora de conciencia, el 34,6% considera que una de las motivaciones principales que podría tener un objetor, podría ser un desarrollo de la ley inadecuado, lo que concuerda con el pensamiento de aquellos que si se declaran objetores. Además, consideran que las creencias religiosas y espirituales (34,6%) y el considerar que se trata de una práctica en contra de los principios médicos (26,9%) pueden influir en el pensamiento de un objetor de conciencia.

En caso de no ser objetor, ¿Cuál considera que puede ser la motivación principal para un objetor de conciencia?

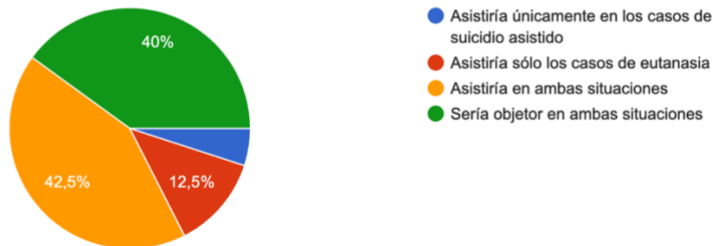
26 respuestas



Dentro de la regulación de la ley se contemplan de forma conjunta la aplicación de la eutanasia y del suicidio asistido. Al cuestionar, si existieran diferencias en cuanto a la elección cual sería la elección, el 42,5% asistiría en ambas situaciones y el 40% seríaa objetor.

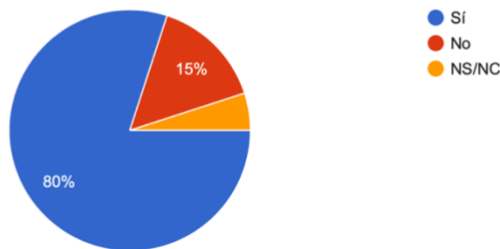


La Ley contempla de forma conjunta la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido. Si fuera posible elegir:  
40 respuestas

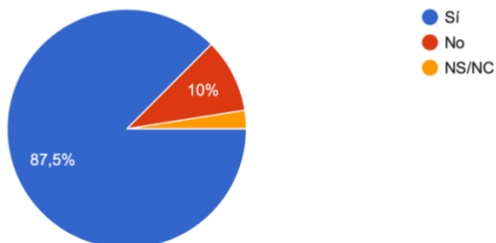


Por otro lado, al cuestionar si debió priorizarse la homogeneización y regulación de los Cuidados Paliativos a nivel nacional y entre las diferentes CCAA previo a la creación de la LORE, una amplia mayoríaa (80%) responde afirmativamente. Además, en la siguiente cuestión en la que se consulta si estaría a favor de la LORE si previo a su creación se hubiese legislado y dotado de recursos para la asistencia de pacientes con necesidades paliativas, un 87,5 responde que sí.

¿Considera qué se debió priorizar la homogeneización y regulación de los Cuidados Paliativos a nivel nacional y entre las diferentes CCAA previa a la creación de la LORE?  
40 respuestas



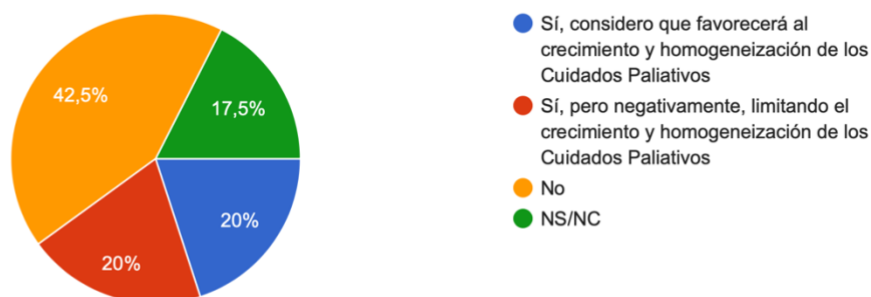
Si previo a la creación de la LORE se hubiese legislado y dotado de recursos para la asistencia de pacientes con necesidades paliativas, ¿estaría a favor de la LORE?  
40 respuestas



Un 42,5% de los encuestados considera que la creación y desarrollo de la LORE no ha influido en el desarrollo de los Cuidados Paliativos. Sin embargo, un 20% considera que sí pero negativamente y un 20% considera que sí favoreciendo su crecimiento y homogeneización.

¿Considera que la creación y desarrollo de la LORE ha influido en el desarrollo de los Cuidados Paliativos?

40 respuestas

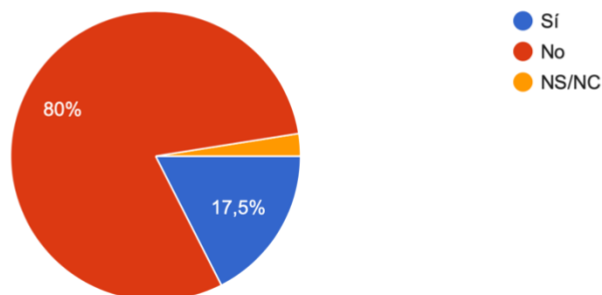


En cuanto a si se considera que los profesionales implicados en el área de Cuidados Paliativos deben asumir, además, la aplicación de la Eutanasia, el 80 % de la muestra se muestra contrario.

Por otro lado, un 50% de los profesionales encuestados estaría dispuesto a practicar la Eutanasia ante la solicitud de un paciente que reúne los requisitos de la LORE y se encuentra en seguimiento por ellos, frente al 35% que se muestran contrarios y a un 15% que no se pronuncia al respecto.

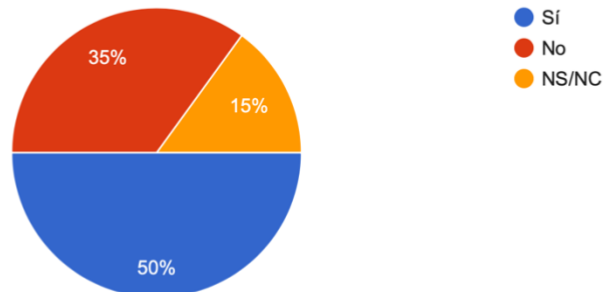
¿Considera que los profesionales de Cuidados Paliativos deben asumir, además, la aplicación de la Eutanasia?

40 respuestas



¿Estaría dispuesto a practicar la Eutanasia ante la solicitud de un paciente que reúne los requisitos de la LORE y se encuentra en seguimiento por usted?

40 respuestas

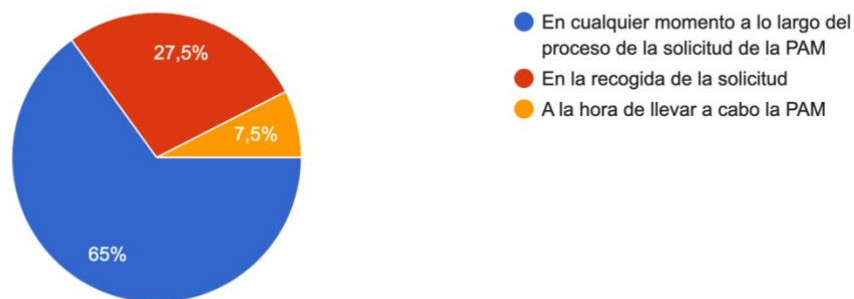


Progresando en la encuesta y con respecto a la objeción de conciencia, el 65% responde que considera que ésta es aplicable en cualquier momento a lo largo de la PAM, un 7,5% a la hora de llevar a cabo la PAM y un 27,5% sólo en la recogida de la solicitud.

De los profesionales que participaron, un 37,5% responden que en el último año se les ha solicitado en algún momento una PAM, frente a un 62,5 % que responden negativamente. Por otro lado, de aquellos que respondieron afirmativamente, un 52,4% no realizó el registro de la petición frente a un 38,1% que sí lo hizo y un 9,5% que no contesta y, además de ésta subpoblación un 94,1% no llevo a cabo la PAM.

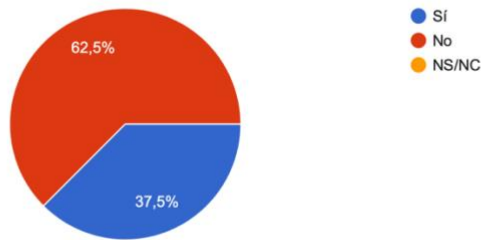
Con respecto a la objeción de conciencia, ¿en qué casos es aplicable?:

40 respuestas



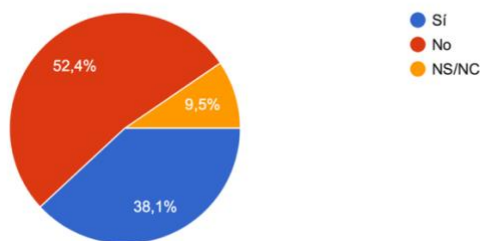
En los últimos 12 meses, ¿le ha solicitado algún paciente la PAM?

40 respuestas



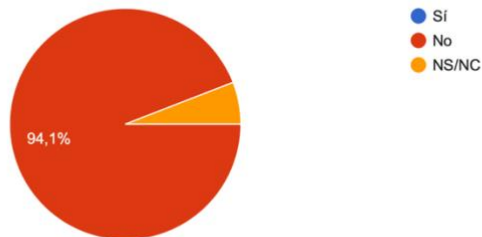
En caso afirmativo, ¿realizó el registro de la petición?

21 respuestas



En caso afirmativo, ¿llevo a cabo a PAM?

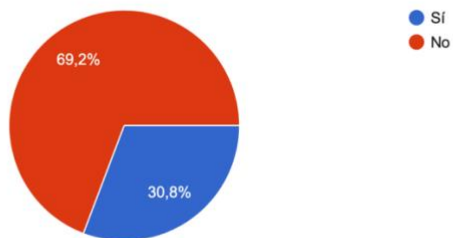
17 respuestas



Finalmente, de la población que realizó el registro de la PAM, el 69,2% de declaró objetor de conciencia en alguno de los puntos de la PAM frente a un 30,8 % que no lo ha hecho.

¿Se declaró objetor de conciencia en alguno de los puntos de la PAM?

39 respuestas



## 9. Discusión y conclusiones

### 9.1. Discusión

Con respecto a la valoración y participación del cuestionario, es importante destacar que los resultados arrojados concuerdan con la percepción y sentir valorados en los comunicados de las diferentes sociedades científicas tenidas en cuenta en el presente TFM, así como en cartas al director y diferentes estudios analizados durante la búsqueda bibliográfica.

En cuanto a la percepción religiosa, el catolicismo se mantiene como la religión más frecuentemente profesada lo que concuerda con los diferentes estudios a nivel nacional y del propio Instituto Nacional de Estadística. Sin embargo, progresivamente, y tal como se observa en la propia sociedad española, cada vez con mayor frecuencia el sentir religioso pierde adeptos en todas las religiones.

Por otro lado, en cuanto a la antigüedad en Cuidados Paliativos, la muestra se dividía de forma homogénea en los diferentes rangos de edad, lo que permite obtener datos homogéneos del sentir de todas las franjas de edad. Es de destacar que la amplia mayoría de los encuestados dispone de formación específica en cuidados paliativos en más de un 50% de tipo máster o doctor, lo que habla de la gran carga de conocimiento presente en este tipo de unidades implicadas en el cuidado de pacientes con necesidades complejas, lo que previsiblemente genera una inquietud en el autodesarrollo y ampliación de conocimiento.

Sin embargo, la formación en Bioética no arroja los mismos resultados. En un porcentaje bastante elevado (40%) no se dispone de formación lo que establece un punto de mejoras en unidades en las que los conflictos éticos y morales se prevén frecuentes y la atención al paciente con necesidades paliativas se basa en el respeto a los principios éticos básicos y, sobretudo a la Autonomía del paciente. Aún así, es reflejo del resto de profesionales sanitarios, en los que no existe formación específica pregrado en este aspecto y la administración no potencia la formación en este sentido.

Por otro lado, la participación en Comités de Bioética no es frecuente (el 90% no pertenecen). Aunque no están ampliamente difundidos, en el caso de las islas menores, el acceso a comités de este tipo es complejo y da cuenta de la dificultad en la homogeneización en la orografía canaria. Por esto, podría ser beneficioso que se creara algún mecanismo

consultivo que favoreciera la resolución de conflictos en áreas donde su acceso se encuentra limitado y, que dadas las limitaciones que existen en cuanto accesibilidad de recursos técnicos o personales pueden generar conflictos de resolución complejo que se verían favorecidos en este sentido.

En lo que respecta a la LORE, un 37,5% de la muestra reconoce no haber tenido oportunidad de leerla lo que merece especial atención dado que se trata de un personal implicado al menos de forma indirecta y, que previsiblemente, tendrán la oportunidad de enfrentarse a algún tipo de solicitud en este sentido. Además, más de las tres cuartas partes de la población encuestada se muestra partidario de su regulación, aunque más del 40% opina que su debate ha sido insuficiente, lo que concuerda con los comunicados de las sociedades científicas principales del país.

Continuando con la objeción de conciencia, un 42,5% se consideran objetores, sin embargo, de este porcentaje sólo lo han registrado un 61,9%. Podría ser interesante, plantearse el porqué no lo ha hecho el resto de la muestra que se considera objetora (falta de tiempo, desconocimiento del procedimiento...).

En cuanto a la motivación para considerarse OC, un 38,8% de la muestra considera que el desarrollo de la ley ha sido inadecuado, bien por falta de concreción, información insuficiente..., un 45,2% las creencias religiosas o espirituales y, casi un 10% de los encuestados considera que se trata de una práctica en contra de los principios médicos. A priori, podría haberse esperado que en su mayoría se debiera a creencias religiosas o espirituales, sin embargo, vuelve a mostrarse el sentir reflejado por las sociedades científicas que consideraban que el tiempo de desarrollo de la ley fue muy corto y sin capacidad consultiva y de debate. Este hecho queda reafirmado en la siguiente cuestión dirigida a la población que no se considera objetora, en la que un 30,8% de los consultados considera que podría deberse a creencias religiosas o espirituales y un 26,9% a que se considere una práctica en contra de los principios médicos.

Además, en la cuestión sobre si debió priorizarse la homogeneización y regulación de los Cuidados Paliativos a nivel nacional y entre las diferentes CCAA previo a la creación de la LORE, una amplia mayoría (80%) responde afirmativamente que constituye a lo largo de la bibliografía encontrada una de las principales objeciones del personal implicado en la asistencia en cuidados paliativos, reafirmando el planteamiento en los resultados de la

siguiente cuestión sobre si estaría a favor de la LORE si previo a su creación se hubiese legislado y dotado de recursos para la asistencia de pacientes con necesidades paliativas, donde un 87,5 responde que sí.

No existe acuerdo claro en si la creación de la LORE influirá en el desarrollo de los CP, aunque el 40% cree que no y un 20% afirman que sí pero negativamente. Lamentablemente, tras más de un año tras su aprobación, la impresión general es que el desarrollo en CP continúa siendo tan heterogéneo como hasta el momento, máxime habiendo coincidido con la pandemia COVID que aún poniendo sobre la mesa las carencias en la atención al final de la vida y la deshumanización de las instituciones, no ha repercutido en la mejora asistencial en este aspecto.

En cuanto a la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido, no existen claras distinciones al respecto, un 40 % objetaría en ambos casos y un 42,5% lo llevaría a cabo en ambas situaciones. Sin embargo, si que existe consenso (80%) en que los profesionales de Cuidados Paliativos no deben asumir este tipo de asistencia. La mitad de la población encuestada asumiría practicar la Eutanasia en el caso de pacientes incluidos y en seguimiento por el encuestado.

Con respecto a la objeción de conciencia, el 65% de la muestra conoce que se puede aplicar en cualquier punto a lo largo de la solicitud de la PAM. Un 35% responde erróneamente, lo que puede relacionarse con la escasa formación que se ha recibido al respecto.

De los profesionales que participaron, un 37,5% responden que en el último año se les ha solicitado en algún momento una PAM, frente a un 62,5 % que responden negativamente. Además, de aquellos que respondieron afirmativamente, un 52,4% no realizó el registro de la petición frente a un 38,1% que sí lo hizo y un 9,5% que no contesta y, además de ésta subpoblación un 94,1% no llevo a cabo la PAM. Este hecho, podría reafirmar lo observado en la literatura, que afirma que una atención temprana y eficaz en CP reduce de forma drástica la solicitud y puesta en práctica de la PAM.

## **9.2. Aplicabilidad de resultados y aportaciones**

El presente trabajo, pretende ser una propuesta piloto sobre la que valorar el sentir y el conocimiento sobre la objeción de conciencia en una población que, tras la promulgación

de la LORE, se ha mostrado muy sensible y por momentos, ha mostrado su oposición y desacuerdo durante su discusión en el parlamento, más que por el procedimiento en sí, por la celeridad y la escasa consulta social y científica previa a su regulación.

Se trata de una propuesta que puede ser interesante como base de estudio y profundización en este aspecto, que puede facilitar el desarrollo de protocolos de actuación en las propias unidades en lo que respecta a las solicitudes de PAM que puedan necesitar los pacientes que se encuentren incluidos y en seguimiento por Cuidados Paliativos. Es posible, que sus resultados constituyan una oportunidad para autoobservarse como profesionales implicados en la fase final de vida de muchas personas que adolecen y que sufren y que, en muchas ocasiones, pueden consultar con el personal sanitario en el que confía cuestiones a este respecto que pueden ser más o menos elaboradas y que merecen por parte del personal sanitario de una respuesta madurada que puede ofrecer y ser ayuda a los pacientes y sus familias.

### **9.3. Propuestas de trabajo futuras**

En primer lugar, es necesario que la investigación y desarrollo en Cuidados Paliativos se convierta en pilar fundamental a la hora de gestionar Unidades implicadas en el abordaje y seguimiento de pacientes con necesidades paliativas. Se trata de pacientes inmersos en situaciones y conflictos internos, en ocasiones con mal control sintomático, pero con mucha frecuencia con un escaso abordaje biopsicosocial al comienzo del seguimiento. De este modo, se identifican en muchas ocasiones peticiones poco elaboradas y meditadas, que precisan por nuestra parte de un conocimiento amplio y profundo que sirva, en el caso de las solicitudes de PAM, para asegurarse de que las solicitudes se realizan por convencimiento y no por un abordaje limitado (por falta de acceso) o poco específico (por la falta de formación en este punto de la asistencia).

Asimismo, este tipo de estudios pueden favorecer el desarrollo de protocolos de actuación intrahospitalarios que faciliten la integración los diferentes estamentos y jerarquías en la estructura hospitalaria (entre los diferentes servicio y gerencias) para visibilizar la necesidad de garantizar una adecuada prestación y cuidados a este tipo de pacientes y su círculo sociofamiliar.



Además, es importante que este tipo de estudios exploratorios faciliten el desarrollo de investigaciones más profundas que generen no solo la visibilización desde el estamento sanitario sino también comunitario a través de la difusión pública que permita normalizar la atención al final de la vida.

Por otro lado, es necesario favorecer la mejora en cuanto a formación del sector sanitario, con lo que pequeños estudios de posgrado de este tipo, pueden generar un incremento en el interés tanto desde atención primaria como desde el ámbito hospitalario para formarse en el ámbito de la Bioética y, más concretamente en la Atención al final de la vida, a través de la oferta periódica de cursos, charlas y sesiones formativas que regulen y homogeneicen el conocimiento en esta materia.

Finalmente, es posible que la investigación en el ámbito de la objeción de conciencia y sus convergencias y divergencias en el ámbito de Cuidados Paliativos y la propia regulación de la LORE, generen un sustrato que favorezca el estudio en esta materia de forma progresiva del personal implicado en el cuidado de estos enfermos y que, en esencia, se hace indispensable dado que repercute claramente en una mejor asistencia y cobertura de este tipo de pacientes.

#### **9.4. Limitaciones del proyecto**

En primer lugar, con respecto a la búsqueda bibliográfica, se trata de un aspecto específico dentro de la legislación española y marco teórico bioético que no se encuentra desarrollado de forma completa y que aún es objeto de investigación y desarrollo. Desde el punto de vista bioético, el avance en las últimas décadas de la biotecnología y sus implicaciones en la conducta ética y moral, condicionan que paralelamente surjan conflictos en la aplicación de las diferentes técnicas y procedimientos y, por tanto, que se generen dificultades en la toma de decisiones, lo que suscita cada vez con mayor frecuencia investigación en torno a la objeción de conciencia y su aplicabilidad. Así, la regulación jurídica discurre de forma habitual de la mano con respecto a este hecho, de modo que se hace preciso una regulación, a través de la creación de nuevas leyes, tratados internacionales... así como la corrección de leyes previamente existentes

En segundo lugar, con respecto a la creación y difusión del cuestionario, las principales limitaciones surgen a la hora de elaborar el mismo, dada la inexistencia de entrevistas previas validadas y, además, a la escasa información con respecto al tema a estudio. Por otro lado, una de las dificultades más frecuentes en este tipo de estudio radica en la voluntariedad del personal a estudio al hacer la difusión de la encuesta, por lo que la tasa de respuestas no suele lograr cubrir a toda la población a estudio, aun cuando en el presente estudio y dado que se trata en muchos aspectos de unidades reducidas por la orografía de la Comunidad la participación en la misma fue aceptable. Se enviaron en torno a 80 encuestas, de las que se obtuvo respuesta de la mitad de la población a estudio.

En tercer lugar, dado que se trata de un aspecto que recientemente ha sufrido una regulación a través de la LORE y, además genera controversia no sólo desde el punto de vista social sino también a través del propio ámbito científico-sanitario, la búsqueda bibliográfica en muchas ocasiones se encuentra limitada y no es objetiva, viéndose influida, en ocasiones, por aspectos religiosos y/o espirituales que pueden condicionar la neutralidad del abordaje y estudio del tema en cuestión. Además, el volumen de bibliografía encontrada a este respecto, era bastante reducida, dado que no sólo atañe a la propia regulación de la Eutanasia, sino además incluye a la misma en el personal adscrito a unidades de Cuidados Paliativos que, como alternativa a los cuidados ofrecida en la regulación de la LORE, suele manifestarse en contra o al menos se trata de una población sensible a este respecto. Así, es posible que pueda identificarse un sesgo de selección con respecto a una valoración en otro tipo de Unidades de atención a pacientes, como pudiera ser Medicina Interna o Geriátrica, por ejemplo.

Finalmente, la objeción de conciencia y su regulación, no es un tema desarrollado de forma habitual en los estudios tanto de pregrado como posgrado, con lo que el conocimiento del personal sobre la legislación e implicaciones no suele ser profundo. Su aplicación jurídica, no está regulada exhaustivamente por lo que con el desarrollo de la bioética y biotecnología han ido apareciendo dificultades en cuanto a la legislación y puesta en práctica. Dadas estas condicionantes lo observado en la bibliografía relativa a este tema en ocasiones es confusa y poco clara, lo que genera dificultades a la hora de desarrollar trabajos sobre esta materia.

## 9.5. Conclusiones

Aunque probablemente, la legislación de la LORE se habría beneficiado de un mayor tiempo de debate y de la participación de las diferentes sociedades científicas implicadas en la atención de pacientes al final de la vida, una de las posibles fortalezas encontradas es la inclusión de la OC en el propio desarrollo de la ley española, lo que difiere sustancialmente con respecto a otros países que sí han regulado sobre la misma previamente. Por otro lado, se reconoce, además, la necesidad de garantizar la asistencia por parte de unidades de cuidados paliativos especializadas, en búsqueda de un abordaje integral que incluya la dependencia del cuidado. Aún así, este último punto probablemente genera controversia, dado que en el territorio nacional la cobertura no es homogénea y la dotación de recursos sociales es limitada e incapaz de absorber la demanda que progresivamente surgirá dado que la población española tiende a una alta tasa de envejecimiento y el abordaje de la cronicidad tampoco se ha regulado ni dotado de los recursos que se necesitan.

Con respecto al resto de la ley, existen además deficiencias en la redacción y puesta en marcha. Por un lado, no se le da protagonismo al equipo de salud, ni se detallan las funciones de los diferentes profesionales implicados, así como la composición específica y la duración de la comisión de evaluación, lo que ha generado inseguridad y limitaciones a la hora de poner en práctica la ley cuyo periodo de implementación ha sido muy corto.

A medida que progresivamente, se crean y establecen los protocolos y las guías de actuación en cada Comunidad Autónoma, surgirán nuevos dilemas éticos y morales que precisarán ser revisados en base a las disposiciones legales vigentes en cada momento. La creación y participación en cada comunidad de Comités de Ética que favorezcan el diálogo y la participación será un aspecto facilitador para que las dificultades que se presenten sirvan de impulso a la comunidad científica y sanitaria para mejorar y crear bases de actuación sólidas regidas por principios éticos comunes y válidos para los profesionales implicados en la atención de los pacientes al final de la vida.

Finalmente, con el presente documento se pretende iniciar una corriente de reflexión y visión crítica sobre la propia posición frente a las solicitudes de eutanasia y el suicidio asistido en el ámbito de cuidados paliativos. De este modo, además, se favorece la atención de los pacientes inmersos en el proceso final de vida y sus familias, desde un enfoque compasivo y empático que facilitará la percepción por su parte de confianza y seguridad.

## Anexo I

Buenas tardes, dentro del Trabajo de Fin de Máster del Máster Universitario en Bioética y Bioderecho de la ULL 2021-22, estoy realizando una encuesta para valorar el conocimiento y opinión sobre la objeción de conciencia a la Ley de Eutanasia en el ámbito de Cuidados Paliativos.

Se trata de una encuesta anónima en la que los datos que se extraigan tendrán como único objeto la investigación relacionada con el TFM y ésta dirigida a médicos y enfermeras con actividad asistencial en Cuidados Paliativos de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Agradezco tu colaboración y difusión de antemano.

¡Muchas gracias!

### Género

- Mujer
- Varón
- Otro

### Edad

- Entre 20 y 29 años
- Entre 30 y 39 años
- Entre 40 y 49 años
- Entre 50 y 59 años
- 60 o más años

¿Es una persona religiosa?

- Sí, pertenezco y soy practicante activo de una religión
- Sí, aunque no soy practicante activo
- No profeso ninguna religión, pero tengo creencias espirituales
- No, no soy religioso

¿Qué religión profesa?:

- Catolicismo
- Islamismo
- Judaísmo
- No religioso
- Otras

Profesión

- Médico
- Enfermera

En caso de ser médico, ¿cuál es su especialidad?

- Medicina Familiar y Comunitaria
- Anestesiología y Reanimación
- Medicina Interna
- Geriátrica
- Otra

Provincia en la que trabaja:

- Las Palmas
- Santa Cruz de Tenerife

Antigüedad en Cuidados Paliativos

- < 5 años
- 5-10 años
- 11-20 años
- > 20 años

¿Tiene formación específica en Cuidados Paliativos?

- Sí
- No

En caso afirmativo, señale de que tipo:

- Doctor
- Máster
- Experto
- Especialista
- Curso >100h
- Ninguno

¿Qué tipo de formación en Bioética tiene?

- Doctor
- Máster
- Experto

- Especialista
- Curso
- Ninguno

¿Tiene algún tipo de experiencia en investigación?

- Sí
- No

¿Pertenece a algún comité de ética?

- Sí
- No

¿Es usted docente en Cuidados Paliativos?

- Sí
- No

Con respecto a la LORE, ¿ha tenido oportunidad de leerla?

- Sí
- No

¿Considera adecuado que se haya regulado legalmente la eutanasia/el suicidio asistido?

- Sí, considero que es un derecho que tenía que garantizarse
- Sí, aunque considero que el debate social y sanitario ha sido insuficiente
- No, considero que el debate social y sanitario ha sido insuficiente
- No, no considero que deba ser legal ni/o que sea un acto médico

Con respecto a la LORE, ¿se postula a favor o contrario a la misma?

- A favor
- En contra
- NS/NC

Con respecto a la LORE, ¿es usted objetor de conciencia?

- Sí
- No
- NS/NC

En caso afirmativo, ¿ha realizado el registro en sede electrónica?

- Sí
- No

Si Usted es objetor, ¿Cuál de las siguientes opciones es su motivo principal?

- Las creencias religiosas o espirituales
- Creo que se trata de una práctica en contra de los principios médicos
- El elevado coste emocional
- La sobrecarga asistencial
- Desarrollo de la ley inadecuado (falta de concreción, información insuficiente, etc).
- No soy objetor



En caso de no es objetor, ¿Cuál considera que puede ser la motivación principal para un objetor de conciencia?

- Las creencias religiosas o espirituales
- Creo que se trata de una práctica en contra de los principios médicos
- El elevado coste emocional
- La sobrecarga asistencial
- Desarrollo de la ley inadecuado (falta de concreción, información insuficiente, etc).

La Ley unifica la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido. Si fuera posible elegir:

- Asistiría únicamente en los casos de suicidio asistido
- Asistiría sólo en los casos de eutanasia
- Asistiría en ambas situaciones
- Sería objetor en ambas situaciones

¿Considera qué se debió priorizar la homogeneización y regulación de los Cuidados Paliativos a nivel nacional y entre las diferentes CCAA previa a la creación de la LORE?

- Sí
- No
- NS/NC

Si previo a la creación de la LORE se hubiese legislado y dotado de recursos para la asistencia de pacientes con necesidades paliativas, ¿estaría a favor de la LORE?

- Sí

- No
- NS/NC

¿Considera que esta Ley ha influido el desarrollo de los Cuidados Paliativos?

- Sí, considero que favorecerá al crecimiento y la homogeneización de los Cuidados Paliativos
- Sí, pero negativamente, limitando el crecimiento y homogeneización de los Cuidados Paliativos
- No
- NS/NC

¿Considera que los profesionales de Cuidados Paliativos deben asumir, además, la aplicación de la Eutanasia?

- Sí
- No
- NS/NC

¿Estaría dispuesto a practicar la Eutanasia ante la solicitud de un paciente que reúne los requisitos de la LORE y se encuentra en seguimiento por usted?

- Sí
- No
- NS/NC

Con respecto a la objeción de conciencia, ¿en que casos es aplicable?:

- En cualquier momento a lo largo del proceso de la solicitud de la PAM
- En la recogida de la solicitud

- A la hora de llevar a cabo la PAM

En los últimos 12 meses, ¿le ha solicitado algún paciente la PAM?

- Sí
- No
- NS/NC

En caso afirmativo, ¿realizó el registro de la petición?

- Sí
- No
- NS/NC

En caso afirmativo, ¿llevo a cabo a PAM?

- Sí
- No
- NS/NC

¿Se declaró objetor de conciencia en alguno de los puntos de la PAM?

- Sí
- No

## 11. Bibliografía

1. Rada A. G. (2021). Spain will become the sixth country worldwide to allow euthanasia and assisted suicide. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n147. <https://doi.org/10.1136/bmj.n147>
2. Dyer, O., White, C., & García Rada, A. (2015). Assisted dying: law and practice around the world. *BMJ. (Clinical research ed.)*, 351, h4481. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4481>
3. Congreso de los Diputados. (2021). Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. 2022, agosto 16, de Agencia Estatal Bolatín Oficial del Estado. Sitio web: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
4. SECPAL. (2018). Comunicado Sobre la Proposición de Ley para la despenalización de la eutanasia. 2022, agosto 16, de infocuidadospaliativos. Sitio web: [http://infocuidadospaliativos.com/wp-content/uploads/2018/05/comunicado\\_SECPAL\\_despenalizacion\\_eutanasia.pdf](http://infocuidadospaliativos.com/wp-content/uploads/2018/05/comunicado_SECPAL_despenalizacion_eutanasia.pdf)
5. Navarro Sanz, R., & López Almazán, C. (2008). Aproximación a los cuidados paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas [Approximation to palliative care in the advanced non-malignant diseases]. *Anales de medicina interna (Madrid, Spain : 1984)*, 25(4), 187–191. <https://doi.org/10.4321/s0212-71992008000400009>
6. Atlas de Cuidados Paliativos en Europa 2019. España se sitúa a la cola de Europa en cuidados paliativos. Médicos y Pacientes. <http://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-se-situa-la-cola-de-europa-en-cuidados-paliativos>
7. El 90% de las personas que necesita cuidados paliativos no recibe atención. (2021). *iSanidad*. <https://isanidad.com/198942/el-90-de-las-personas-que-necesita-cuidados-paliativos-no-recibe-atencion/>
8. Centeno-Cortés, C., de la Calle, S. H., Flores, L. A., Rubiales, Á. S., & Martín, F. L. L. (2001). Programas de cuidados paliativos en España, año 2000. *Medicina paliativa*, 8(2), 85-99.
9. Gordijn, B., & Janssens, R. (2000). The prevention of euthanasia through palliative care: new developments in The Netherlands. *Patient education and counseling*, 41(1), 35–46. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00113-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00113-0)
10. Hurst, S. A., & Mauron, A. (2006). The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values. *Palliative medicine*, 20(2), 107–112. <https://doi.org/10.1191/0269216306pm1109oa>
11. Hermsen, M. A., & ten Have, H. A. (2002). Euthanasia in palliative care journals. *Journal of pain and symptom management*, 23(6), 517–525. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00401-3](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00401-3)
12. World Health Organization. (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. World Health Organization
13. World Health Organization. (1990). Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]. World Health Organization
14. Saunders C. From the UK. *Palliat Med* 2003; 17: 102 /103.
15. WHO. (2002). WHO definition of palliative care. 2022, agosto 16, de WHO. Sitio web: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

16. Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Gravgaard, A. M., Müller-Busch, H. C., Porta i Sales, J., Rapin, C. H., & EAPC Ethics Task Force (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative medicine*, 17(2), 97–179. <https://doi.org/10.1191/0269216303pm673oa>.
17. ten Have H. A. (2001). Euthanasia: moral paradoxes. *Palliative medicine*, 15(6), 505–511. <https://doi.org/10.1191/026921601682554003>.
18. Saunders C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient education and counseling*, 41(1), 7–13. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00110-5).
19. Sjöstrand, M., Helgesson, G., Eriksson, S., & Juth, N. (2013). Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique. *Medicine, health care, and philosophy*, 16(2), 225–230. <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9365-5>
20. Goligher, E. C., Ely, E. W., Sulmasy, D. P., Bakker, J., Raphael, J., Volandes, A. E., Patel, B. M., Payne, K., Hosie, A., Churchill, L., White, D. B., & Downar, J. (2017). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the ICU: A Dialogue on Core Ethical Issues. *Critical care medicine*, 45(2), 149–155. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001818>
21. Saunders C. The philosophy of terminal care. In Saunders C ed. *The management of terminal disease*. Edward Arnold, (1978)
22. Kohlwes, R. J., Koepsell, T. D., Rhodes, L. A., & Pearlman, R. A. (2001). Physicians' responses to patients' requests for physician-assisted suicide. *Archives of internal medicine*, 161(5), 657–663. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.5.657>
23. Sheldon T. (2003). Being "tired of life" is not grounds for euthanasia. *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7380), 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7380.71/b>
24. Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Gravgaard, A. M. B., Müller-Busch, H. C., ... & Rapin, C. H. (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative medicine*, 17(2), 97-101.
25. Roy, D. J., & Rapin, C. H. (1994). Regarding euthanasia. *Eur J Palliat Care*, 1(1), 1-4.
26. Ganzini, L., & Back, A. (2003). From the USA: understanding requests for physician-assisted death. *Palliative Medicine*, 17(2), 113.
27. Wilson, K. G., Scott, J. F., Graham, I. D., Kozak, J. F., Chater, S., Viola, R. A., de Faye, B. J., Weaver, L. A., & Curran, D. (2000). Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Archives of internal medicine*, 160(16), 2454–2460. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.16.2454>
28. BOE. (2021). Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. 2022, agosto 16, de Agencia Estatal Bolatín Oficial del Estado. Sitio web: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
29. Pellegrino E. D. (1994). Patient autonomy and the physician's ethics. *Annals (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)*, 27(3), 171–173.
30. White, D. B., & Brody, B. (2011). Would accommodating some conscientious objections by physicians promote quality in medical care?. *JAMA*, 305(17), 1804–1805. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.575>
31. Goligher, E. C., Ely, E. W., Sulmasy, D. P., Bakker, J., Raphael, J., Volandes, A. E., Patel, B. M., Payne, K., Hosie, A., Churchill, L., White, D. B., & Downar, J. (2017). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the ICU: A Dialogue on Core Ethical

Issues. Critical care medicine, 45(2), 149–155.  
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001818>.

32. Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Mower Hanlon, L. F., & Herreros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of medical ethics*, medethics-2021-107523. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107523>
33. SECPAL. (2020). Sobre la eutanasia y la dignidad al final de la vida. 2022, agosto 10, de SECPAL. Sitio web: <https://aecpal.secpal.com/Sobre-la-eutanasia-y-la-dignidad-al-final-de-la-vida>
34. SECPAL. (2020). Expertos defienden la necesidad de buscar «un equilibrio entre la seguridad y el bienestar emocional» para humanizar los cuidados en tiempos de pandemia. 2022, agosto 10, de Infopaliativos. Sitio web: <http://infocuidadospaliativos.com/expertos-defienden-la-necesidad-de-buscar-un-equilibrio-entre-la-seguridad-y-el-bienestar-emocional-para-humanizar-los-cuidados-en-tiempos-de-pandemia/>
35. SECPAL. (2019). SECPAL pide a los nuevos Gobiernos central y autonómicos que reaccionen ante la realidad del Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa, que sitúa a España a la cola del continente. 2022, agosto 10, de Infopaliativos. Sitio web: <http://infocuidadospaliativos.com/secpal-pide-a-los-nuevos-gobiernos-central-y-autonomicos-que-reaccionen-ante-la-realidad-del-atlas-de-los-cuidados-paliativos-en-europa-que-situa-a-espana-a-la-cola-del-continente/>
36. SECPAL/AECPAL. (2021). Comunicado de SECPAL y AECPAL ante la ley orgánica de regulación de la eutanasia. 2022, agosto 10, de SECPAL. Sitio web: <https://aecpal.secpal.com/Comunicado-de-SECPAL-y-AECPAL-ante-la-ley-organica-de-regulacion-de-la-eutanasia>
37. Arias-Casais, N., López-Fidalgo, J., Garralda, E., Pons, J. J., Rhee, J. Y., Lukas, R., de Lima, L., & Centeno, C. (2020). Trends analysis of specialized palliative care services in 51 countries of the WHO European region in the last 14 years. *Palliative medicine*, 34(8), 1044–1056. <https://doi.org/10.1177/0269216320931341>
38. Beauchamp TL, Childress JF. 2013 Principios de Ética Biomédica. 7ª Edición, Oxford University Press, Nueva York
39. Flores F. (2022). Manual de Bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas), ROMEO CASABONA, Carlos María (Director); NICOLÁS JIMÉNEZ, Pilar/ROMEO MALANDA, Sergio (Coordinadores), Editorial Dykinson, Madrid, España, 2022.
40. Parlamento Europeo. (2010). CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA. 2022, agosto 10, de Diario Oficial de la Unión Europea. Sitio web: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>
41. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). La Declaración Universal de Derechos Humanos. 2022, agosto 10, de Naciones Unidas. Sitio web: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
42. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1976). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. 2022, agosto 10, de Naciones Unidas. Sitio web: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
43. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

44. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2011). Código De Deontología Médica Guía De Ética Médica. 2022, agosto 10, de Organización Médica Colegial. Sitio web: [https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf)
45. Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española. (1997). Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre la objeción de conciencia del médico. 2022, agosto 10, de Organización Médica Colegial. Sitio web: <https://www.cgcom.es>
46. Congreso de los Diputados. (2021). Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. 2022, agosto 16, de Agencia Estatal Bolatín Oficial del Estado. Sitio web: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
47. Manual de buenas prácticas en eutanasia. (2021). Ministerio de Sanidad. Recuperado 10 de junio de 2022, de [https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)
48. Programas asistenciales. (2021). Guía breve para la aplicación de la prestación de ayuda para morir en Canarias. 2022, junio 15, de Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Sitio web: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=9bf1fa6a-eae1-11eb-8866-57e4c3942bc5&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>
49. Programas Asistenciales. (2021). Consentimiento informado . 2022, junio 15, de Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Sitio web: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=9bf1fa6a-eae1-11eb-8866-57e4c3942bc5&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>
50. Parlamento de Canarias. (2015). Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. 2022, junio 15, de BOE-A-2015-2295. Sitio web: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-2295-consolidado.pdf>
51. Programas Asistenciales. (2021). Instrucciones de la Secretaría General del SCS para el acceso al Registro de profesionales sanitarios de Canarias objetores de conciencia a realizar la PAM. 2022, junio 15, de Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Sitio web: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=9bf1fa6a-eae1-11eb-8866-57e4c3942bc5&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>