

# EUTANASIA EN ESPAÑA: UN ANÁLISIS INTERPRETATIVO A LA ACTUAL NORMATIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

## EUTHANASIA IN SPAIN: AN INTERPRETIVE ANALYSIS OF THE CURRENT REGULATIONS FROM THE HEALTH SOCIAL WORK

**José Manuel Jiménez Rodríguez**

*Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Trabajo Social*

**Resumen:** En España el derecho a la eutanasia se ha convertido en un acto legislado incluido en su ordenamiento jurídico. Se han debido presentar diversos anteproyectos de ley hasta que hace varios meses la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia ve la luz. Aun con buenas intenciones, esta normativa obvia la dimensión social de la enfermedad y no contempla aspectos como la emancipación, la minoría de edad, etc. Deja al margen la figura del Trabajo Social Sanitario en las Comisión de Garantía y Evaluación que la misma establece en su articulado, asunto que recae exclusivamente sobre las comunidades autónomas. Este hecho genera disparidades en la composición de esta Comisión, pues no siempre se cuenta con dicha figura. Tal situación, unida a otros aspectos relacionados con la situación de dependencia del solicitante de la ayuda para morir, exige una revisión de conjunto de su contenido por parte de los legisladores. Situación que permite garantizar algunos de los vacíos legales que se han podido producir.

**Palabras clave:** Eutanasia, Legislación sanitaria, Derecho sanitario, Autonomía personal, Trabajo Social.

**Abstract:** In Spain, the right to euthanasia has become a legislated act included in its legal system. Various draft laws had to be presented until several months ago the Organic Law 3/2021, of March 24, on the regulation of euthanasia saw the light. Even with good intentions, this regulation ignores the social dimension of the disease and does not contemplate aspects such as emancipation, minors, etc. It leaves aside the figure of Social Health Work in the Guarantee and Evaluation Commission that it establishes in its articles, a matter that falls exclusively on the autonomous communities. This fact generates disparities in the composition of this commission, since said figure is not always available. Such a situation, together with other aspects related to the situation of dependency of the applicant for aid in dying, requires an overall review of its content by legislators. Situation that allows guaranteeing some of the legal gaps that have been produced.

**Keyword:** Euthanasia, Health legislation, Health law, Personal autonomy, Social Work.

| Recibido: 24/11/2021 | Revisado: 19/12/2021 | Aceptado: 02/01/2021 | Publicado: 31/01/2022 |

Referencia normalizada: Jiménez, J. M. (2022). Eutanasia en España: Un análisis interpretativo a la actual normativa desde el Trabajo Social Sanitario. Trabajo Social Hoy 95 (77-92). doi: 10.12960/TSH.2022.0005

Correspondencia: Jose Manuel Jiménez Rodríguez. Email: josemj04@ucm.es

## **DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN CLÍNICA EN ESPAÑA: ESTADO DE LA CUESTIÓN**

En España, el derecho a la autodeterminación clínica descansa en el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina; convenio suscrito en Oviedo en el año 1997, ratificado en el año 1999 y entrado en vigor con fecha 1 de enero del año 2000. Este instrumento describe en su Capítulo II (sobre el *Consentimiento*), artículos 5 al 9, el contenido y forma del consentimiento informado, garantizando el derecho del/de la individuo/a a poner de manifiesto los deseos expresados con anterioridad. Tácitamente, su Artículo 9 establece que, “*serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad*” (INSTRUMENTO de ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, 1999). De este modo, queda amparado el derecho a la toma de decisiones.

En el año 2002 el ordenamiento jurídico español aprueba una normativa reguladora de la autonomía del paciente, es decir, 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. Esta normativa garantiza al individuo el derecho a la información clínica y al consentimiento informado. Pero, además, indica las medidas formales para el uso del derecho a la autodeterminación. Con esto se hace referencia a la instrucción previa, testamento o voluntad vital anticipada (en adelante VVA), aunque en su contenido no desarrolla el proceso, límites, etc., de este último precepto legal. Tal situación obliga al conjunto de comunidades autónomas de España a crear, dentro de su ámbito competencial, normativas específicas reguladoras de la VVA. Tras el florecimiento de las distintas normativas autonómicas, queda avalado el derecho del/de la individuo/a a poner de manifiesto sus intereses y preferencias sanitarias, hecho que se materializa a través del documento para la declaración de la VVA. Asimismo, cabe señalar que el contenido de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (exiguo respecto de este asunto concreto) y el de las normativas autonómicas se contradice en ciertos aspectos; circunstancia que provoca colisiones en los intereses de los/as otorgantes del derecho a la autodeterminación. Así, en su Capítulo V (sobre *la historia clínica*) Artículo 8 (respecto de *las voluntades anticipadas*), apartado 1, establece que:

El documento de voluntades anticipadas es el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, la persona puede también designar un representante, que es el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que la sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma (Ley 41/2002).

Tomando como referencia la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, aprobada en la Comunidad Autónoma de Andalucía, establece en su Artículo 4 (sobre la *capacidad para otorgar la declaración de VVA*) lo siguiente:

La declaración de voluntad vital anticipada podrá ser emitida por un mayor de edad o un menor emancipado. Los incapacitados judicialmente podrán emitir declaración de voluntad vital anticipada, salvo que otra cosa determine la resolución judicial de incapacitación. No obstante, si el personal facultativo responsable de su asistencia sanitaria cuestionara su capacidad para otorgarla, pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal para que, en su caso, inste ante la autoridad judicial un nuevo proceso, que tenga por objeto modificar el alcance de la incapacitación ya establecida (Ley 5/2003).

Como se puede comprobar, está última normativa recoge la emancipación como posible figura otorgante del derecho a la VVA y su autodeterminación, hecho no contemplado en la normativa nacional. Este reconocimiento también lo recogen en su Ley de Voluntades Anticipadas la Comunidad Autónoma de Baleares y la Comunidad Valenciana.

Al igual que las Comunidades Autónomas establecen su normativa relativa a la VVA y el registro que la incorpora, algunas de ellas también crean normativas concierne al derecho a la muerte digna. Considerando el mapa normativo español relativo a la Ley de Muerte Digna, actualmente solo diez comunidades autónomas cuentan con la suya propia, dato equivalente al 58,8 %. La figura que se presenta a continuación muestra el recorrido normativo autonómico propio de la muerte digna (ver figura 1). En esta se puede observar la fecha de aparición de las distintas normativas, así como la semejanza en su nomenclatura. Como se pueda apreciar, Andalucía se convierte en la primera Comunidad Autónoma en contemplar esta medida.

José Manuel Jiménez Rodríguez

Rango	Comunidad Autónoma	Denominación
Ley	Andalucía	Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
Ley	Aragón	Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
Ley	Navarra	Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
Ley	Canarias	Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
Ley	Baleares	Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.
Ley	Galicia	Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.
Ley	País Vasco	Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida.
Ley	Madrid	Ley 4/2017, de 9 de marzo, de derechos y garantías de las personas en el proceso de morir.
Ley	Asturias	Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
Ley	Comunidad Valenciana	Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

Figura 1. Mapa normativo sobre muerte digna en España.

Fuente: (Jiménez, 2020a).

Han debido transcurrir diecinueve años hasta que, después de diversos intentos de anteproyecto de ley, se apruebe en territorio español una normativa reguladora de la eutanasia. Durante varios lustros, el Sistema Nacional de Salud se ha servido de una única normativa para regular el derecho a la muerte digna y aquellos aspectos clínico-sanitarios que lo rodean. Tal circunstancia ha originado limitaciones y dificultades clínicas en los/as profesionales de la salud y el/la paciente, entre las que encuentran situaciones en las que este último, en estado paliativo, se ha visto sometido a cierta

iatrogenia. La nueva Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia parece regular estos déficits. Pero su escaso recorrido y carente pericia pueden ser obstáculos a los que hacer frente; sin tener en cuenta que, el aparato normativo español transita de una ley garante de la autonomía del paciente a otra reguladora del derecho a la eutanasia, sin contar con experiencia previa, a nivel nacional, sobre normativas específicas relativas a la VVA y a la muerte digna. Cosa que sí contemplan las autonomías. Este hecho puede convertirse en un generador de discrepancias entre comunidades autónomas quienes tienen la potestad de poner en marcha tal derecho. Al igual que hiciese la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente [...], la Ley Reguladora de la Eutanasia no considera tácitamente el aspecto social de la enfermedad; condición que dificulta el enfoque global de este precepto, así como el sentido de su motivación y parte de las causas que lo originan (Jiménez, 2020b).

## **ANÁLISIS SOCIOSANITARIO A LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA**

### **Sobre la exposición de motivos**

La eutanasia ha sido un acto penado objeto de múltiples debates, sobre todo entre los movimientos sociales más conservadores. Acto sumamente controvertido, su aprobación ha sido rechazada por el Congreso de los Diputados en sucesivas ocasiones; hecho que ha favorecido el sometimiento del/de la paciente paliativo/a a la instigación terapéutica. En su última enmienda, y con 202 votos a favor, 141 en contra y dos abstenciones, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia se convierte en la primera normativa del ordenamiento jurídico español que legitima el derecho a la muerte programada. Así, la eutanasia queda despenalizada en determinados supuestos clínicos. A esta normativa le anteceden las aprobadas y desarrolladas en países europeos como Holanda, Bélgica y Luxemburgo, quienes sientan precedentes. Con su aprobación, España se convierte en el séptimo país del mundo en poner en marcha una normativa de este carácter (ver figura 2). La figura que se presenta a continuación recoge el mapa mundial sobre la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido. Cabe señalar que, en países como Colombia la eutanasia es un derecho constitucional desde el año 1998. No obstante, dicho país no cuenta con una normativa explícita que regule este acto (Mena, 2021).

La aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia acalla lo establecido por la Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio y exige modificaciones en la redacción del Artículo 143 del vigente Código Penal, adaptación que legaliza la eutanasia y exculpa a quien coopere en ella.



Figura 2. Mapa de la eutanasia a nivel mundial.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la publicación de Mena, M., en Statista, 2021.

Dicha normativa se convierte en un instrumento garantista, pues permite a la persona poner fin a su vida desde la más absoluta libertad y autonomía, y bajo el conocimiento del acto, su proceso médico y las modalidades de prestación que contempla en su articulado. De este modo, la eutanasia pasa a ser un novedoso derecho individual sujeto a plazos, es decir, a la solicitud reiterada por la persona solicitante (Ley 3/2021). Este derecho, particular e intransferible, requiere de la voluntad y la capacidad de la persona otorgante; decisión que está sometida a la valoración de una comisión específica creada para tal fin. Sin embargo, la aprobación de este precepto por tal comisión puede exonerar a la persona de su práctica, pues esta puede revocar dicha decisión de manera unipersonal y unilateral. Finalmente, esta normativa avala el derecho a la confidencialidad y asegura la objeción de conciencia para aquellos/as profesionales de la salud que no concuerdan con los fundamentos de esta por cualquier circunstancia.

Cabe decir que para que esta prestación sea tenida en cuenta ha debido quedar recogida en el documento para la declaración de la VVA, hecho que requiere la modificación de esta última figura.

### Sobre el contenido e interpretación

En España, el derecho a finalizar con la vida voluntaria e instrumentalmente alcanza su máximo reconocimiento en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de

la eutanasia. Esta entra en vigor con fecha de 25 de junio de 2021, pasando a ser la única normativa española desarrollada en este sentido; así, los derechos sociosanitarios del paciente se ven ampliados. A nivel estructural, esta normativa se conforma de un preámbulo, cinco capítulos, 19 artículos, siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales; elementos que dan sentido al acto eutanásico y que permiten su práctica pasados tres meses de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

La implantación de esta normativa en el aparato normativo español exige la reforma del Código Penal. En aras de despenalizar los actos eutanásicos, la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal modifica determinados aspectos de su contenido. Concretamente, su Artículo 143 (apartado cuarto) queda alterado, y al que se le añade un quinto apartado. De este modo, dicho artículo establece que:

*4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.*

*5. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia (Ley 10/1995).*

Tal circunstancia convierte a la eutanasia en una disposición garantista del derecho individual privativo.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia establece las situaciones clínicas susceptibles de este derecho, así como las condiciones clínicas para llevarlo a cabo. Es decir, se podrá optar a esta prestación en caso de padecimiento grave, crónico e incapacitante o enfermedad grave e incurable, mediante administración directa de una sustancia o a través de la prescripción médica (Artículo 3). No obstante, su exposición de motivos y desarrollo articular eluden el carácter social de los procesos de enfermedad, hecho que desconsidera lo indicado en la definición de salud establecida por la OMS en el año 1946. De igual modo, tampoco prevé si la petición de esta prestación se halla acelerada por déficits sociales asociados a la patología sufrida por el paciente y a los que no se les puede dar respuesta por otras vías. Las condiciones socioeconómicas, familiares, de vivienda, etc., del paciente en estado paliativo pueden promover la precipitación de la solicitud de ayuda para morir, situación que dificulta un duelo sosegado.

Al analizar la figura del/de la médico/a responsable y del/de la médico/a consultor/a, definida en el Artículo 3 de esta normativa, se puede comprobar que aquel/aquella, encargado/a de coordinar el proceso asistencial del/de la paciente (implicado directamente en prestación de ayuda para morir), puede ejercer su derecho a la objeción de conciencia. Esta medida puede originar sentimientos de abandono y desamparo en el/la otorgante de la solicitud de la ayuda para morir quien, teniendo como referencia de su proceso de enfermedad al/a la médico/a responsable (por norma su médico/a de Atención Primaria, conocedor de la evolución del padecimiento de manera íntegra), queda a merced de la confianza de otro/a profesional ajeno a su proceso. Objetar en momentos tan delicados y cruciales como lo son el final de la vida, donde el vínculo queda establecido con anterioridad, puede ser interpretado como un acto de renuncia al acompañamiento. Dicha circunstancia exige una labor de concienciación al entrar en pugna el derecho a la autodeterminación versus los principios y condicionantes éticos personales que de este acto se derivan. Pues el distanciamiento que se genera entre las partes directamente implicadas en la ayuda para morir puede crear fracturas de carácter emocional. Por su parte, el/la médico/a consultor/a es ajeno/a de este dilema. Pero su imparcialidad, aun estando justificada, también puede contribuir en esta fisura. El informe que debe emitir, basado en: a) la información que le facilita el/la médico/a responsable, b) el estudio de la historia clínica, c) el estudio del documento de las voluntades anticipadas, d) las consultas al equipo asistencial y e) la consulta con el representante legal puede recoger sesgos interpretativos.

Por otro lado, esta normativa en su Capítulo II (sobre el *derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio*), Artículo 5, establece que:

Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla los siguientes requisitos:

a) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia (Ley 3/2021).

Con tal argumentación, esta normativa no toma en consideración los arduos y dilatados plazos administrativos que actualmente existen para poder optar a cualquier de los recursos contemplados en el Catálogo de Servicios de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. Tampoco estima el poco margen de maniobra del que disponen los/as profesionales del Trabajo Social para garantizar su puesta en marcha. Hay que tener en cuenta que actualmente el plazo para que un/a solicitante de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre sea valorado/a, conforme lo exige la misma, se



prolonga en hasta dos años. Este tiempo de espera se complejiza cuando el/la enfermo/a en estado paliativo no cuenta con los apoyos informales suficientes para transitar con dignidad hacia el final de la vida, o la muerte. Si se analiza más profundamente el contenido de esta última normativa y su reglamento, se puede comprobar que entre los grados de dependencia que se establecen en su contenido (Artículo 26), el de mayor nivel es el denominado Grado III, equivalente a lo que esta normativa considera “gran dependencia”. Si se centra la atención en su Catálogo de Servicios, y acogiéndonos, por ejemplo, al Servicio de Ayuda a Domicilio, al Grado III le corresponde una ayuda máxima de 70 horas mensuales para este servicio; lo que supone una equivalencia de menos de tres horas al día. Si se tiene en cuenta el deterioro que sufre un paciente en estado paliativo avanzado, la duración diaria de esta ayuda es insuficiente para dar respuesta a sus necesidades sociosanitarias; ante todo, valorando que las actividades básicas de la vida diaria de estos/as pacientes se hallan mermadas por las secuelas que deja la progresión de la patología padecida. Si a esto se le añade que no todas las empresas de ayuda a domicilio prestan un servicio de lunes a domingo, la situación de desprotección del/de la paciente con este grado de dependencia, o inferior, queda confirmada y ampliada (Ley 39/2006).

Tras analizar este precepto, cabe decir que no se puede dejar al árbitro de la concesión de estas prestaciones el derecho de la ayuda para morir, pues la resolución definitiva de estas prestaciones, en ocasiones, llega una vez fallecida la persona solicitante. Y cuando se implantan, no cubren holgadamente las necesidades reales del/de la paciente, hecho que compromete su nivel de protección.

Por su parte, entre los procedimientos establecidos en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, se encuentra el que exige la valoración de esta situación de dependencia por parte de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as. Pero la concesión de cualquiera de estas prestaciones nunca podrá ser consignada como un requisito para denegar la solicitud de la ayuda para morir, pues estas prestaciones están influidas, a su vez, por factores de tipo socioeconómico y familiar que obran en consecuencia. Tales factores han de ser contemplados por los/as profesionales del Trabajo Social Sanitario, hecho que esta normativa no especifica tácitamente, luego pueden afectar al momento y el lugar donde se produce el acto de morir. Carecer de un adecuado sistema de apoyo formal (público o privado) o informal, de un nivel de renta conveniente, etc., pueden conllevar al/a la paciente en estado paliativo a finalizar su vida en un ambiente hospitalario, en ocasiones hostil y displicente, lejos de un espacio íntimo y confortable como es el hogar, y junto a sus seres queridos (familiares, allegados, etc.).

Respecto del procedimiento para solicitar la ayuda para morir, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia recoge en su Capítulo III (sobre *el procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir*), Artículo 8, establece la necesidad de motivar en varias ocasiones esta petición por parte de la persona, hecho que ralentiza esta prestación. Sobre todo, cuando los criterios están claros

y se cumplen los requisitos que la misma establece. Ser una normativa basada en “plazos” que obliga a la doble solicitud y cotejo burocratiza en acto de morir con dignidad y genera incertidumbre (Ley 3/2021). Las figuras que se presentan a continuación muestran el itinerario de la solicitud de la ayuda a morir en situaciones de capacidad e incapacidad de hecho. Como se puede comprobar, algunas de sus secuencias y tiempos de respuesta son susceptibles de análisis (ver figuras 3 y 4).

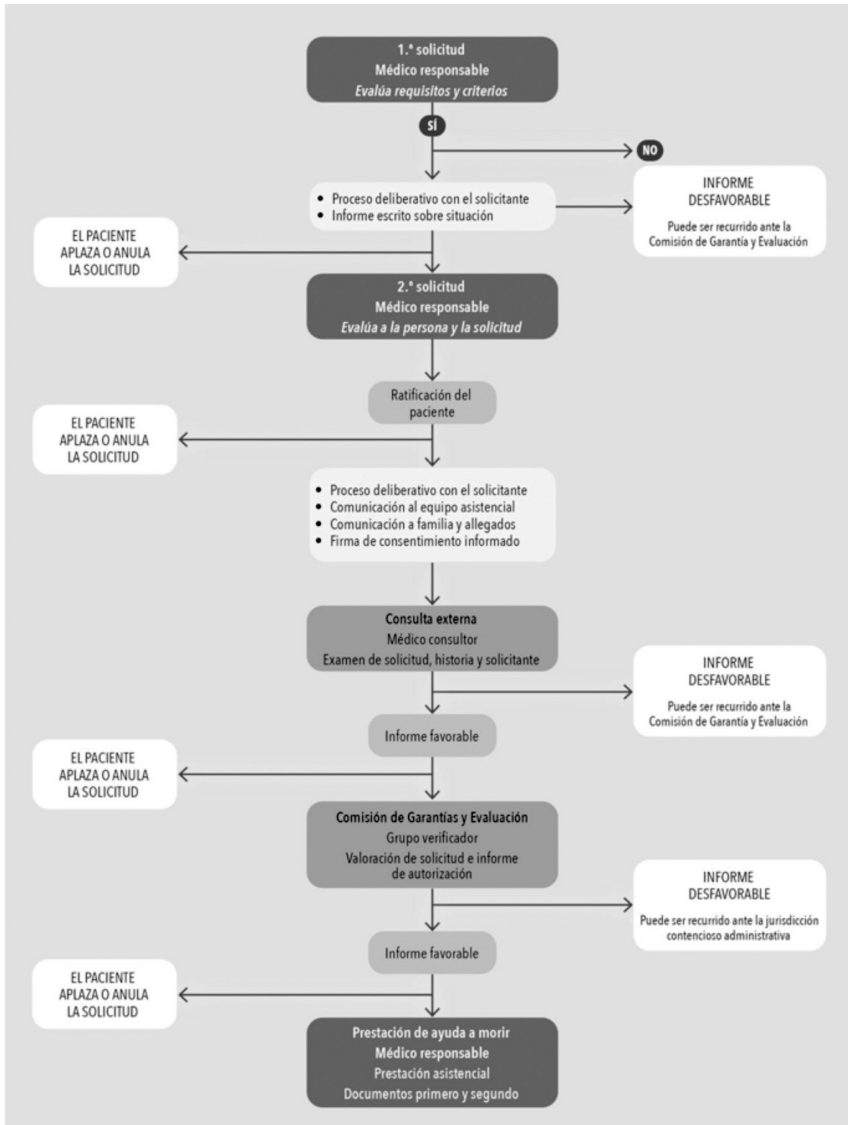


Figura 3. Procedimiento ante la solicitud de ayuda para morir del paciente capaz.

Fuente: Melguizo y Sánchez, 2021.

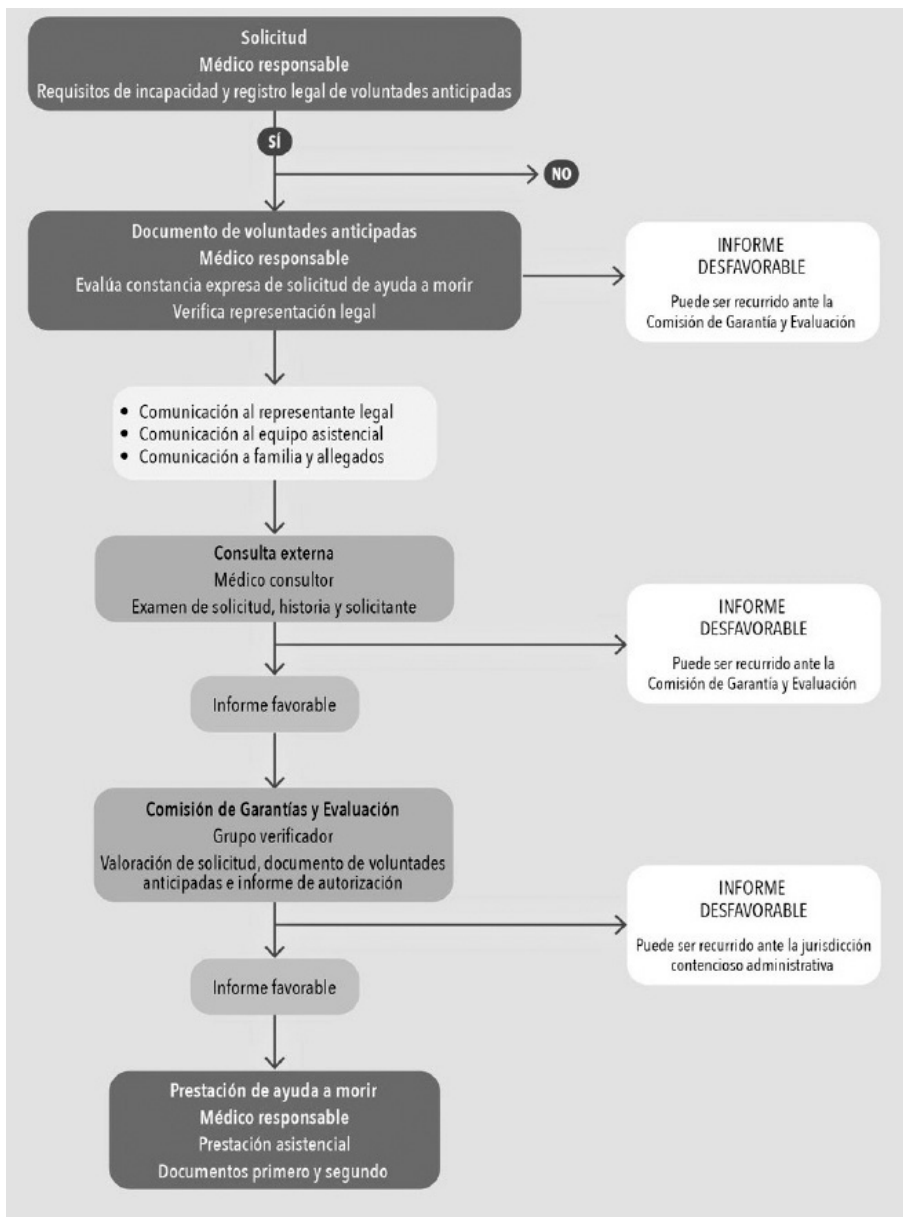


Figura 4. Procedimiento ante la solicitud de ayuda para morir del paciente incapaz

Fuente: Melguizo y Sánchez, 2021.

En otro orden de cosas, en cuanto a la creación y composición de la Comisión de Garantía y Evaluación, el Capítulo V (sobre las *comisiones de garantía y evaluación*), Artículo 17 de esta normativa, hace referencia a la necesidad de un equipo multidiscipli-

plinar compuesto por un número mínimo de siete miembros. Pero solo quedan contempladas las categorías de medicina, enfermería y jurista, sin tener en cuenta figuras afines al ámbito social como son los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as; profesionales experimentados/as en la gestión de ayuda o apoyo, escucha activa, valoración diagnóstica, psicosocial, etc. (Ley 3/2021). Y aunque las competencias en materia de salud, como otras materias, son designadas constitucionalmente al nivel autonómico, solo varias comunidades autónomas, entre ellas la Comunidad Autónoma de Madrid o la Comunidad Valenciana, incorporan la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a entre los componentes de estas comisiones. Con relación a este último argumento, cabe decir que los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as cuentan con una tradición profesional de más de un siglo, lo que los/as convierte en una categoría profesional adecuada para valorar las condiciones sociofamiliares, económicas, etc., que rodean al proceso de salud-enfermedad y el final de la vida. También para iniciar el discurso sobre la eutanasia con la persona interesada en esta, y acompañar en todo el proceso y el duelo.

Este recorrido histórico profesional, así como la formación académica adquirida, confieren a los/as integrantes de esta disciplina competencias específicas análogas a otras categorías sanitarias, de ahí que deba ser tenida en cuenta. Estudios como el realizado por Kwon y Kolomer, confirman que los/as trabajadores/as sociales presentan una actitud positiva frente a la planificación anticipada de las decisiones y se sienten cómodos/as hablando sobre temas vinculados con la muerte (Kwon y Kolomer, 2016). Por su parte, el estudio realizado por Francoeur, Burke y Wilson afirma que los/as trabajadores/as sociales cuentan con capacidad suficiente para intervenir con población donde la diversidad cultural se halla presente, y ofrecer apoyo espiritual en base a las creencias de las personas. Para estos/as autores/as la educación en Trabajo Social debe abordar aspectos humanistas y existenciales, así como religiosos y espirituales más allá de los enfoques tradicionales. Sobre este mismo discurso, estos/as autores/as entienden que los/as trabajadores/as sociales se han de comprometer con los procesos de duelo y la planificación de muerte digna, atendiendo a las diferentes perspectivas teológicas (Francoeur, Burke y Wilson, 2016). En esta misma línea, el estudio realizado por Jiménez, sobre el conocimiento y actitud de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as de Atención Primaria de Salud ante la planificación de muerte digna, demuestra que estos/as profesionales son conocedores/as de la normativa relativa a la VVA, presentan actitudes favorables ante el derecho a la muerte digna y no consideran el sistema de valores y creencias un condicionante ante dicho acto. En su comparativa con las categorías sanitarias de medicina y enfermería, dicho autor estima que los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as presentan posturas de mayor afinidad y acercamiento a esta situación deliberada, presentando menores resistencia al proceso de la planificación anticipadas de las decisiones (Jiménez, 2018).

De igual modo, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia no extiende este derecho a los/as menores de edad. Tampoco a las personas en

situación de emancipación legal quienes, para determinados asuntos, obran como mayores de edad. Centrada la atención en esta figura jurídica, y revisado el Título X del Código Civil (sobre *la mayoría de edad y la emancipación*), artículos 239 al 248, queda patente que la persona emancipada puede obrar como si de un/a mayor de edad se tratase, aunque está sujeta a las excepciones establecidas por dicho Código. No obstante, tales excepciones se relacionan con la toma de dinero, préstamos, enajenación de bienes inmuebles, mercantiles, etc., donde la persona emancipada debe haber cumplido la mayoría de edad, es decir, tener 18 años para proceder ante semejantes acciones. Estas limitaciones no se extienden a los actos de la vida civil, regir la propia persona, etc., (artículos 246-247), por lo que no queda limitado el derecho a la autodeterminación en casos eutanásicos (Ley 8/2021).

Respecto de las personas con capacidad de obrar limitada (capacidad de hecho), el Artículo 9 de esta normativa únicamente remite a los/as implicados/as en el acto eutanásico a lo señalado en el registro de voluntades anticipas. Pero no contempla aspectos incluidos en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, relacionados con la vida independiente, la autonomía y la libertad en la toma de decisiones, la normalización, etc.

Finalmente, la Ley Reguladora de la Eutanasia limita este derecho a todas aquellas personas inmigrantes de origen europeo quienes, habiendo venido a España por motivos laborales (inmigrantes económicos), están regularizadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Pero no se hallan empadronadas el tiempo requerido por esta normativa. Tampoco aquellos/as inmigrantes irregulares quienes, contando con asistencia sanitaria gratuita, no pueden optar a un domicilio fijo. Esto hace pensar en el vacío que origina esta normativa en aquellos casos donde la enfermedad sobreviene de un modo inesperado y evoluciona rápidamente.

## CONSIDERACIONES FINALES

La eutanasia es un hecho controvertido sujeto a dilemas éticos y obstinaciones políticas y sanitarias. Las polémicas que de ésta se derivan invitan al acercamiento de los distintos posicionamientos ideológicos y fuerzas de resistencia. Su debate se halla impregnado de un dogma conservador cuyo valor a la vida obvia cualquier consecuencia por funesta que pueda resultar. La aprobación y puesta en marcha de la actual Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia silencia estas controversias y centra el interés en la autodeterminación de la persona. Tal circunstancia la dota de un derecho individual que acentúa su autonomía y capacidad decisoria en los momentos finales de la vida, donde solo a esta le confiere dicho precepto.

El proceso deliberativo asociado a la muerte digna exige la libertad de su interesado/a, para lo que la información exhaustiva y el acompañamiento íntegro son cruciales. Solo así el consentimiento informado cobra sentido estricto, quedando al margen de este instrumento aquel enfoque constitutivo que lo designa como un mero depurador de responsabilidades.

Consentir desde la más absoluta libertad requiere conocimiento, y tomar consciencia sobre la propia realidad. Conocer las posibilidades, los límites, las alternativas, etc., existentes, sin pugnas valorativas causantes de malestar. Esto requiere capacidad, pericia y sensibilidad de mano de la persona implicada en el proceso de acompañamiento, donde cualquier condicionamiento sea suprimido. La Atención Primaria de Salud se convierte en un entorno idóneo para iniciar dicho discurso y proceso, pues es aquí donde descansa la continuidad asistencial y el inicio de determinados procesos de salud-enfermedad con la persona. Considerada primer nivel de atención, la atención primaria de salud actúa como puerta de entrada al Sistema Público de Salud y canaliza las demandas y situaciones clínicas susceptibles de otros niveles. No obstante, elevar la solicitud y trámite, que no la consulta al/a la médico/a consultor/a, de la prestación de ayuda para morir a un segundo nivel de atención puede conllevar una fractura de dicha continuidad asistencial. También el acogimiento al derecho a la objeción de conciencia por los/as profesionales del equipo asistencial implicados/as.

La vida y la muerte son realidades encontradas durante el ciclo vital de cualquier persona. El acercamiento al final de la vida, con independencia de la edad, la nacionalidad, etc., ha de ser apoyado a nivel estructural. Puesto que en cualquier momento y circunstancia la persona se puede encontrar con ella, conciliarse consigo misma y su entorno de manera no juiciosa debe ser un valor añadido. Para ello, es necesaria la eliminación de cualquier tipo de sufrimiento que reste sentido a la vida misma. Y que permita una despedida sosegada y consciente.

Los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as son una figura importante en el proceso de la ayuda para morir, de ahí la necesidad de reforzar este compromiso. Los estudios citados fundamentan la destreza de estos/as profesionales para la escucha, el asesoramiento, el apoyo, el acompañamiento, etc., motivo por el que su representatividad en esta normativa deba estar motivada y ser más activa. Apoyado el discurso sobre las investigaciones analizadas, sus resultados han de servir como acicate para replantear la figura de los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as en el proceso de la eutanasia y su comisión evaluadora. Pues no se puede hablar de factores sociosanitarios en los procesos de salud-enfermedad, determinantes sociales en salud, medicina social, etc., sin contar con la presencia de estos/as y su valoración diagnóstica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Francoeur, R. B., Burke, N., y Wilson, A. M. (2016). The role of social workers in spiritual care to facilitate coping with chronic illness and self-determination in advance care planning. *Social Work in Public Health, 31*(5), 453-66. doi: 10.1080/19371918.2016.1146199.
- INSTRUMENTO de ratificación del Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los Derechos Humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. *Boletín Oficial del Estado, 251*, de 20 de octubre de 1999, 36825 a 36830. <https://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf>
- Jiménez, J. M. (2018). *La voluntad vital anticipada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: la realidad sociosanitaria del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir*. Editorial Comares.
- Jiménez, J. M. (2020a). Derecho sociosanitario, voluntad vital anticipada y muerte digna en España: un análisis a la situación jurídico-sanitaria actual desde el Trabajo Social. *Gerokomos, 31*(4), 239-240.
- Jiménez, J. M. (2020b). Déficits sociales en las normativas y documentos relativos a la autodeterminación clínica del paciente: una mirada desde el Trabajo Social Sanitario. *Atención Primaria, 52*(10), 803-805.
- Kwon, S. A., y Kolomer, S. (2016). Advance care planning in South Korea: Social Work perspective. *Social Work in Health Care, 55*(7), 545-58. doi: 10.1080/00981389.2016.1186132.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (1995). *Boletín Oficial del Estado, 281*, de 24 de noviembre de 1995, 33987 a 34058. <https://www.boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf>
- 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. *Boletín Oficial del Estado, 274*, de 15 de noviembre de 2002, 40126 a 40132. <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 210*, de 31 de octubre de 2003, 22728 a 22730. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21191-consolidado.pdf>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (2006). *Boletín Oficial del Estado, 299*, de 15 de diciembre de 2006, 44142 a 44156. <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (2021). *Boletín Oficial del Estado, 72*, de 25 de marzo de 2021, 34037 a 34049. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3/dof/spa/pdf>

José Manuel Jiménez Rodríguez

---

- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. (2021). *Boletín Oficial del Estado*, 132, de 3 de junio de 2021, 67789 a 67856. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9233-consolidado.pdf>
- Melguizo, M., y Sánchez, D. (2021). Procedimientos de la prestación de ayuda médica a morir. *Actualización en Medicina de Familia*, 17(7), 385-394.
- Mena, M. (21 de marzo de 2021). *Ley de la Eutanasia en España ¿En qué países es legal la eutanasia?* Statista. Recuperado el 22 de noviembre de 2021 de <https://es.statista.com/grafico/20808/estatus-legal-de-la-eutanasia-en-el-mundo-en-2020/>