

# PROCEDIMIENTO Y ROL COMPETENCIAL DE LOS/AS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE ANDALUCÍA ANTE LA EUTANASIA COMO DERECHO SUBJETIVO

## PROCEDURE AND COMPETENCE ROLE OF THE PROFESSIONALS OF THE HEALTH SOCIAL WORK OF ANDALUSIA BEFORE EUTHANASIA AS A SUBJECTIVE RIGHT

José Manuel Jiménez Rodríguez. *Profesor de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid*

**Resumen:** La eutanasia es un derecho subjetivo reconocido en el ordenamiento jurídico español tras la aprobación de su Ley. Esta permite a la persona poner fin a la vida cuando la enfermedad presenta un pronóstico fatal. Las comunidades autónomas juegan un papel importante en el desarrollo de este precepto normativo, pues son las encargadas de propiciar los mecanismos adecuados para que este derecho se consolide. En la Comunidad Autónoma de Andalucía esta prestación queda implantada en la Cartera de Servicios y Prestaciones del Servicio Andaluz de Salud, organismo que elabora los procedimientos y documentos afines a esta. Aquí, el médico de Atención Primaria de Salud asume el cargo de médico/a responsable. A este se le asignan competencias relacionadas con la información de la prestación, la valoración del caso, la realización del acto eutanásico, la confirmación, etc., así como la evaluación de la capacidad de la persona; cometido que puede suponer una sobrecarga asistencial. Además de un compromiso para quien no tiene tal destreza. En dicha autonomía el procedimiento de la prestación de ayuda para morir deja al margen a los/as trabajadores/as sociales sanitarios en cuestiones relativas a la Comisión de Garantía y Evaluación. Además, estos carecen de instrumentos de valoración específicos que eludan la subjetividad interpretativa. De ahí que deban abogar a la objetividad y reclamar espacios de intervención dentro de esta Comisión como equipo multidisciplinar.

**Palabras clave:** Eutanasia, Trabajo Social Sanitario, Atención Primaria, Proceso asistencial, Evaluación.

**Abstract:** Euthanasia is a subjective right recognized in the spanish legal system after the approval of its Law. This allows the person to end life when the disease has a fatal prognosis. The autonomous communities play a significant role in the development of this normative precept, since they are in charge of promoting the appropriate mechanisms so that this right is consolidated. In the Autonomous Community of Andalusia, this benefit is included in the portfolio of services and benefits of the Andalusian Health Service, body that prepares the procedures and documents related to it. Here, the Primary Health Care doctor assumes the position of responsible doctor. Competences related to the provision information, case assessment, conducting the euthanasia act, confirmation, and so on, as well as the evaluation of the person's capacity are assigned to this; a task that can lead to an overload of care. In addition to a commitment for those who do not have such skills. In said autonomy, the procedure for the provision of aid in dying leaves social health workers out of the question regarding the Guarantee and Evaluation Commission. In addition, these lack specific assessment instruments that avoid interpretive subjectivity. Hence, they must advocate objectivity and claim spaces for intervention within this Commission as a multidisciplinary team.

**Keywords:** Euthanasia, Health Social Work, Primary Care, Care process, Evaluation.

| Recibido: 24/03/2022 | Revisado: 25/05/2022 | Aceptado: 01/08/2022 | Publicado: 30/09/2022 |

Referencia Normalizada: Jiménez, J. M. Procedimiento y rol competencial de los/as profesionales del Trabajo Social Sanitario de Andalucía ante la Eutanasia como derecho subjetivo. Trabajo Social Hoy 97 (7-17). doi: 10.12960/TSH.2022.0013

Correspondencia: Jose Manuel Jiménez Rodríguez. Trabajador Social. Email: E-mail: josemj04@ucm.es

## ORIGEN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA: INTERPRETACIÓN CASUÍSTICA

La eutanasia es considerada una disposición clínica opcional y una alternativa al dolor y el sufrimiento humano prolongado consecuencia de una enfermedad irreversible y de pronóstico limitado. La Organización Mundial de la Salud (OMS), según Sierra Arredondo, define la eutanasia como *“el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar”* (Sierra, 2007). De este modo, la iatrogenia y los actos encarnizados quedan restringidos.

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia esta se despenaliza, lo que exige la modificación articular del Código Penal. En concreto, lo consignado en el contenido de su Artículo 143.

Desde un punto de vista sociopolítico y sanitario, esta norma es aprobada e incorporada en el aparato jurídico español en un momento convulso, derivado de la pandemia por coronavirus y sus efectos (número ingente de ingresos de pacientes con sintomatología respiratoria aguda y posterior estado comatoso, alto índice de fallecimientos, déficit en la respuesta asistencial y los recursos existentes, colapso sanitario, diversas olas y variantes del virus prolongadas en el tiempo, confinamiento y aislamiento, etc.), periodo agudizado por la crisis económica y viceversa. Asimismo, esta norma surge en un tiempo donde el Sistema de Protección Social no cuenta con capacidad suficiente para dar respuesta a las situaciones derivadas de la dependencia. El débito en la dotación presupuestaria y el elevado porcentaje de personas con enfermedad crónica solicitantes de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, entre otras cuestiones, provocan la consunción en los recursos vinculados al Catálogo de Prestaciones de esta última norma y la dilación en los plazos de resolución de los expedientes admitidos y en curso. Tal circunstancia, traducida en ineficacia respecto del procedimiento y tiempo para la concesión de sus prestaciones, provoca el desamparo y, por ende, la vulnerabilidad de las personas dependientes y sus familiares o allegados; algunas de aquellas en situación de cronicidad aguda y/o paliativa. Es en este marco constitutivo en el que surge la Ley de Eutanasia, al que se debe añadir la inestabilidad económica de muchas unidades familiares, el cambio en la percepción que se tiene del proceso de la vida y la muerte, los movimientos y debates pro eutanásicos, etc. Desde un punto de vista político-legislativo, este marco de garantías puede llevar atribuido cierto componente estratégico. Pues existe dificultades evidentes para dar una respuesta favorable a determinadas demandas reconocidas como un derecho universal y subjetivo.

## LA INSTAURACIÓN DE LA EUTANASIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La Ley de Eutanasia aparece con intención de ser implantada en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (en adelante APS), luego asocia al/a la médico/a responsable (Artículo 3, apartado “d” de la Ley) con el médico de familia. Dicho artículo confiere potestad a este/a profesional de la salud en todo el proceso de la ayuda para morir, que expresa tácitamente lo siguiente:

*Médico responsable: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales (Ley 3, 2021).*

Aunque la Atención Primaria de Salud se considera el espacio indicado para iniciar el discurso sobre la muerte digna y la eutanasia (como vehículo), ésta ha sufrido, y sigue sufriendo, las secuelas de la COVID-19. Este hecho se traduce en un agotamiento generalizado de los/as profesionales de la salud y un debilitamiento estructural de este ámbito concreto el que ha visto como sus procesos asistenciales flaquean y se entumescen; ámbito no reforzado correctamente a nivel organizativo y funcional.

Análisis discursivos como el realizado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) en su seminario online “SEMERGEN EN VIVO: el médico de familia ante la Ley de Eutanasia”, arroja luz al sentir de muchos/as médicos/as de familia quienes, sin una preparación previa y sin manuales específicos de consulta, encuentran que pueden existir dificultades para el desarrollo de la prestación de ayuda para morir. Además de suponer un esfuerzo añadido al ejercicio profesional diario (iSanidad, 2021). Asimismo, en el 43º Congreso Nacional de SEMERGEN, celebrado el día 1 de octubre de 2021, queda patente en su mesa de comunicaciones “Repercusiones de la Ley de la Eutanasia en la práctica clínica del Médico de Familia” que estos/as profesionales de la salud se muestran partidarios/as a la regulación de la eutanasia. Pero entre las críticas manifiestas se encuentran aquellas relacionadas con la necesidad de modificar el Código Deontológico, la falta de herramientas precisas o de formación específica sobre eutanasia, la complejidad del proceso administrativo, entre otros asuntos (SEMERGEN, 2021). No obstante, puesto que la eutanasia es un nuevo derecho que propicia un cambio en el paradigma sanitario y social, se hace necesaria su eficaz aplicación.

La prestación de ayuda para morir está incluida en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y es financiada públicamente. Esta prestación lleva implícito un acto burocrático complejo el cual, al igual que la falta de formación, se puede

convertir en un obstáculo o limitación. Para soslayar alguna de estas limitaciones, el Ministerio de Sanidad edita un Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia en el que se recoge su marco normativo, la función de los/as profesionales sanitarios/as, el procedimiento a seguir desde el inicio de la solicitud de la prestación de la ayuda para morir, algunas recomendaciones sobre la objeción de conciencia, etc. (Ministerio de Sanidad, 2021a). Mediante dicho instrumento se espera que los implicados en este derecho conozcan las distintas fases que se van a seguir durante el proceso de esta prestación, lo que permite despejar cualquier incertidumbre. El citado manual propone instrucciones precisas (de carácter genérico) para ser contempladas por las distintas comunidades autónomas; estas últimas, encargadas de adaptar esta norma a su Sistema de Salud y de su puesta en marcha.

## **LA EUTANASIA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA: ROL DE LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES SANITARIOS/AS EN EL PROCESO DELIBERATIVO**

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, la eutanasia queda al amparo del Sistema Sanitario Público de Andalucía de la Consejería de Salud y Familia y, por defecto, al Servicio Andaluz de Salud (en adelante SAS). Por delegación de competencias atribuidas a esta estructura, conforme a lo establecido en los artículos 149 y 150 de nuestra Carta Magna, dicho organismo tiene potestad conferida para establecer y poner en marcha su propio procedimiento asistencial relativo a la prestación de la ayuda para morir. Tal procedimiento centra su atención en la primera y segunda solicitud, la objeción de conciencia, la valoración social de la situación planteada, la aprobación o desistimientos de la prestación, el acto de defunción, etc. En definitiva, en el aspecto clínico-asistencial del acto de morir.

En el Servicio Andaluz de Salud, los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as tienen la obligación de cumplimentar el denominado LORE 2bis (Proceso Deliberativo Social). En este documento queda plasmada la valoración social que estos/as profesionales de la Salud hacen respecto de la persona solicitante de la eutanasia. Pero tal valoración, exigua e imprecisa para el hecho en sí, admite la interpretación de quien valora. El documento diseñado de manera reciente desde los servicios centrales del SAS, adjunto al Programa Diraya (Historia Única de Salud), únicamente incorpora tres apartados. Estos se relacionan con: 1) La valoración de la situación social; 2) La valoración de los recursos sociales (incluidos los del Sistema de Atención a la Dependencia); 3) Observaciones de la valoración social; cada apartado con un límite de redacción de hasta 4 000 caracteres. Esta generalidad, redundante, se traduce en una falta de codificación y de elementos de concreción inequívoca. Tal circunstancia abre la puerta a la subjetividad, donde el sistema de valores y creencias, la experiencia vital,

etc., de quien evalúa pueden estar presentes y condicionar el resultado valuado. Para evitar posibles posicionamientos, se hace necesaria la configuración de herramientas precisas y eficaces traducidas en test de evaluación. De este modo se garantiza la homogeneidad y unidad de tal valoración social en el marco del SAS, así como de cualquier otro Sistema de Salud (Jiménez, 2022). La figura que se presenta a continuación muestra el contenido del documento utilizado por los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as para dicha valoración social (ver figura 1).

Figura 1. Documento valorativo de la situación social en la solicitud de eutanasia en el Servicio Andaluz de Salud

**LORE 2bis Proceso deliberativo social**  
**Cuestionarios (LORE)**

**Identificación del paciente**

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

**Repositorio de documentos**

**Proceso deliberativo social/Información al paciente**

*Situación social:*

0/4000 caracteres

*Recursos sociales (incluidos los del Sistema de Atención a la Dependencia)*

0/4000 caracteres

*Observaciones de la valoración social*

0/4000 caracteres

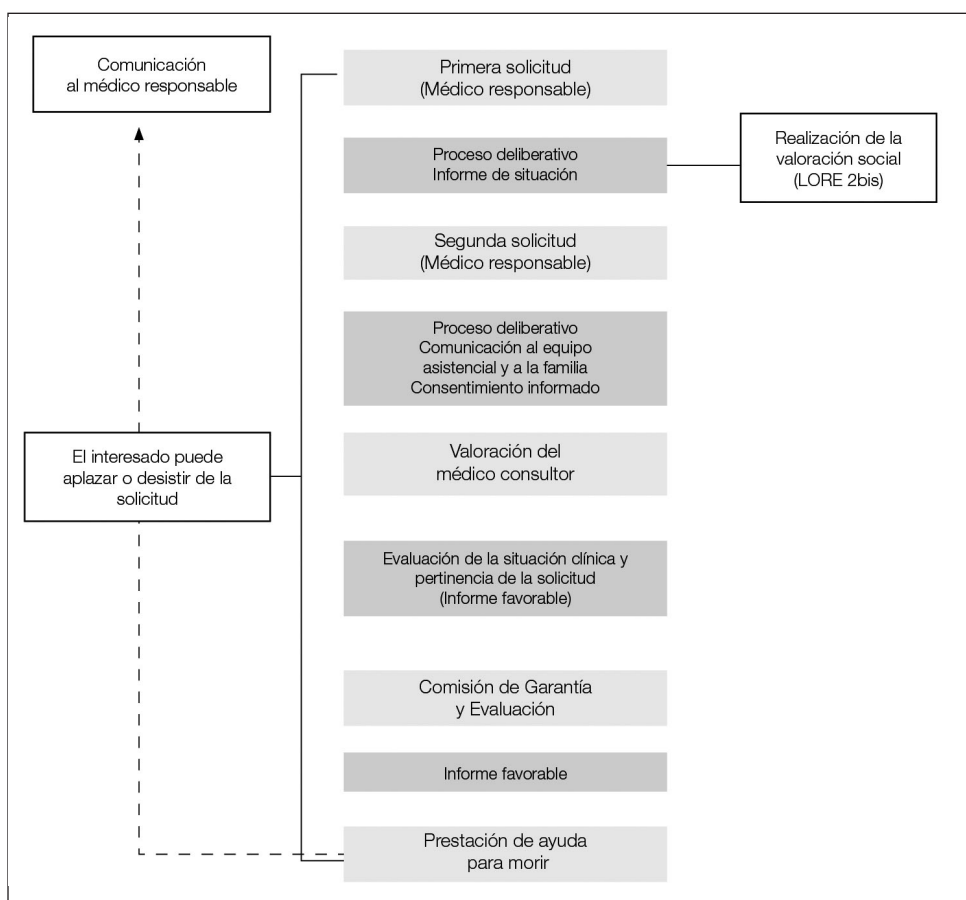
Fuente: ([LORE 2bis Proceso deliberativo Social, s.f.).

No cuantificar el peso o consistencia de dicha valoración social dificulta su adhesión al resultado de la valoración final (sanitaria); en definitiva, al cómputo del conjunto valorado. Este asunto es crucial, pues hay que considerar que en la Comunidad Autónoma de Andalucía las comisiones de garantía y evaluación (autonómica y provinciales) carecen, en su equipo multidisciplinar, de la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. Si se revisa el Artículo 12 de la Ley de Eutanasia, esta menciona a las figuras de personal facultativo, personal de enfermería y jurista, con un mínimo de siete miembros para su constitución. Pero en su contenido no alude a aquel perfil concreto. Tal coyuntura puede sesgar la decisión/declinar de esta Comisión o, al menos, restar objetividad, e incluso irrumpir en ilegalidad cuando no toma en consideración el aspecto social del acto eutanásico en las solicitudes analizadas como resultado de la documentación clínica presentada (historia clínica), emitida por el/la médico/a responsable.

El primer caso de eutanasia en Andalucía, aprobado por la Comisión de Evaluación y Garantía, perteneciente al Distrito Sanitario Granada-Metropolitano (SWI, 2022). Pero dicha Comisión obvia esta valoración social. No estima la situación sociofamiliar, económica, de vivienda, etc., del caso autorizado, hecho que ha podido generar perjuicios. Y no porque la figura de Trabajo Social se haya sustraído de su compromiso, sino por el hecho de no haber tenido en cuenta su participación y decisión.

El/la trabajador/a social sanitario/a no está exento/a de la realización de esta valoración, pues la Ley de Eutanasia no contempla la objeción de conciencia para este/a profesional. Es más, conforme a los plazos establecidos por el procedimiento, se exige un tiempo determinado para su emisión del LORE 2bis. Este no superior a 15 días desde el registro de la primera solicitud. En la figura que se presenta a continuación queda recogido el procedimiento a seguir en la solicitud de la prestación de ayuda para morir (ver figura 2).

Figura 2. Procedimiento de actuación ante la solicitud de Eutanasia



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, 2021.

## PROCEDIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DE HECHO: HACIA LA ASUNCIÓN DE COMPETENCIAS

Respecto del procedimiento de actuación en situaciones donde el/la solicitante de la prestación de ayuda para morir se halla en situación de incapacitación, el Artículo 9 de la Ley remite al/a la médico/a responsable a la declaración de la Voluntad Vital Anticipada (en adelante VVA) y su contenido. No obstante, esta circunstancia entraña cierto vacío legal. Este artículo expresa de un modo tácito que *“en los casos previstos en el Artículo 5.2 el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente (Ley 3, 2021). El Artículo 5.2, manifiesta implícitamente:*

*No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.*

*La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ley 3, 2021).*

Remitir a este/a profesional a la declaración de la VVA es restringir la responsabilidad conferida a un pronunciamiento condicionado por los límites de lo marcado en dicho documento. De igual manera, limitar al/a la solicitante incapacitado/a, a lo otorgado en la VVA conlleva constreñir su derecho a las distintas situaciones clínicas susceptible de muerte digna. En este documento no queda contemplada la eutanasia; de ahí que dirigir al/a la médico/a responsable a la declaración de la VVA puede convertirse en un proceder falto de fundamento y de leve significación. La figura que se presenta a continuación recoge las situaciones clínicas susceptibles de ser contemplada en el proceso de la planificación anticipada de las decisiones. Entre ellas se encuentran el deseo o no de recibir transfusiones sanguíneas, la nutrición parenteral, nasogástrica o mediante tubo de gastrostomía, la depuración extrarrenal, la sedación paliativa, entre otras (ver figura 3). Asimismo, permite dejar constancia sobre la voluntad de donar órganos y tejidos. Y aunque admite dar muestra de otras actuaciones clínicas, estas no quedan especificadas, por lo que pueden distanciarse de la *lex artis ad hoc* y la vigencia legislativa. Tal situación obliga al/a la incapacitado/a de hecho a establecer modificaciones en su declaración de VVA, con la complejidad en tiempo y forma que esto conlleva. Estas actuaciones son semejantes al resto de las comunidades autónomas de España. El estudio realizado por Jiménez sobre esta cuestión muestra el análisis al contenido de todos los documentos para la declaración de la VVA implantado en los distintos sistemas sanitarios del territorio español. Este estudio evidencia la similitud existente entre dichos documentos, los cuales no contemplan el aspecto social de la enfermedad (Jiménez, 2020).

Continuando con el Artículo 5.2 de esta norma, parece que corresponde al/a la médico/a responsable determinar la capacidad de hecho del/de la solicitante de la prestación de ayuda para morir. Para ello, el Ministerio de Sanidad edita como instrumento el "Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho". Este protocolo define las herramientas para valorar dicha capacidad, así como el papel del/de



la médico/a responsable y del médico/a consultor/a (Ministerio de Sanidad, 2021b). No obstante, este acto valorativo debiera ser certificado y cotejado jurídicamente, y no dejar en manos de dicho/a profesional esta ardua y comprometida responsabilidad. Pues determinar la capacidad de una persona exige el peritaje forense, y solo de la realización de varias pruebas en consulta clínica. Además de exigir la implicación de otros/as profesionales de la salud. Es decir, la psiquiatría y la psicología.

Figura 3. Actuaciones sanitarias recogidas en la voluntad vital anticipada

<b>Transfusión de sangre</b>		
<input type="checkbox"/> Deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No me pronuncio
<b>Alimentación mediante nutrición parental (sueros nutritivos por vía venosa)</b>		
<input type="checkbox"/> Deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No me pronuncio
<b>Alimentación mediante tubo de gastrotomía (tubo que se coloca directamente en el estómago)</b>		
<input type="checkbox"/> Deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No me pronuncio
<b>Alimentación mediante sonda nasogástrica (tubo que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago)</b>		
<input type="checkbox"/> Deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No me pronuncio
<b>Hidratación con sueros por vía venosa</b>		
<input type="checkbox"/> Deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No me pronuncio
<b>Técnicas con sueros por vía venosa</b>		
<input type="checkbox"/> Deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No me pronuncio
<b>Técnicas de depuración extrarrenal</b>		
<input type="checkbox"/> Deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No me pronuncio
<b>Respirador artificial</b>		
<input type="checkbox"/> Deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No me pronuncio
<b>Reanimación cardiopulmonar</b>		
<input type="checkbox"/> Deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No me pronuncio
<b>Sedación paliativa</b>		
<input type="checkbox"/> Deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No deseo recibirlo	<input type="checkbox"/> No me pronuncio

Fuente: Consejería de Salud, 2012.

Escalas como las propuestas por este protocolo (el *Minimal State Examination* (MMSE); el *Aid to Capacity Evaluation* (ACE) o Ayuda para la Evaluación de la Capacidad; el *MacArthur* de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T)), han de ser consideradas herramientas orientativas de la capacidad, pero no decisorias para la determinación del acto eutanásico (Ministerio de Sanidad, 2021b). El/la médico/a responsable no siempre cuenta con la suficiente pericia y tiempo para esta evaluación; hecho que puede dilatar y hacer que se vean incumplidos los plazos que marca el proceso de la ayuda para morir.

## CONSIDERACIONES FINALES

Los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as son una pieza clave en el proceso de deliberación de solicitud de la prestación de ayuda para morir. Estos/as profesionales de la salud deben reivindicar un mayor compromiso en esta prestación, así como exigir la modificación de algunos artículos de esta norma. Sustraerlos de funciones y mandatos indispensables para valoración multidisciplinar es desconsiderar los factores y determinantes sociales en Salud (OMS, 2011). Este silenciamiento, entendido como un acto impremeditado, se puede considerar una nimiedad competencial. De ahí que estos deban requerir espacios de intervención profesional como son la Comisión de Garantía y Evaluación, tanto en su nivel provincial como autonómico. Los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as se convierten en agentes esenciales para la valoración social de aquellas personas interesadas en solicitar la eutanasia, por lo que la obiedad o ausencia de este dictamen es entendido un quebranto normativo y un ultraje profesional que afecta directa e indirectamente en quien solicita esta prestación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Federal Derecho Por Morir Dignamente. (6 de abril de 2021). *Los pasos para pedir una eutanasia en España*. <https://derechoamorir.org/2021/04/06/pedir-eutanasia-espana/>
- Consejería de Salud. (2012). *Guía para hacer la Voluntad Vital Anticipada*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GuiaVVA.pdf>
- iSanidad. (15 de marzo de 2021). Los médicos de atención primaria analizan su papel en la Ley de eutanasia y «lagunas y ambigüedades» que presenta. *iSanidad*. <https://isanidad.com/180649/medicos-atencion-primaria-analizan-papel-ley-eutanasia-lagunas-ambigüedades-presenta/>
- Jiménez, J. M. (2020). Déficit 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. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.007>
- Jiménez, J. M. (2022). Eutanasia en España: un análisis interpretativo a la actual normativa desde el Trabajo Social Sanitario. *Trabajo Social Hoy*, 95(1), pp.77-92.
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, 72, de 25 de marzo de 2021. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>
- [LORE 2bis Proceso deliberativos social]. (s.f.). Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
- Ministerio de Sanidad. (2021a). *Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. Ministerio de Sanidad. [https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)
- Ministerio de Sanidad. (2021b). *Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho*. Ministerio de Sanidad. [https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Protocolo\\_de\\_valoracion\\_de\\_la\\_situacion\\_de\\_la\\_incapacidad\\_de\\_hecho.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Protocolo_de_valoracion_de_la_situacion_de_la_incapacidad_de_hecho.pdf)
- OMS. (2011). *Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011)*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_15-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-sp.pdf)
- SEMERGEN. (14 de octubre de 2021). SEMERGEN 2021-Repercusiones de la Ley de la eutanasia en la práctica clínica del Médico de Atención Primaria. *Univadis*. <https://www.univadis.es/viewarticle/semergen-2021-repercusiones-de-la-ley-de-la-eutanasia-en-la-practica-clinica-del-medico-de-atencion-primaria-752953>
- Sierra, G. (19 de enero de 2005). *La eutanasia: ¿debate médico o social?* Organización Médica Colegial de España. [https://www.cgcom.es/noticias/2005/01/05\\_01\\_19\\_eutanasia#:~:text=Si%20entendemos%20por%20eutanasia%20la,%2C%20err%C3%B3neamente%2C%20llaman%20eutanasia%20pasiva.](https://www.cgcom.es/noticias/2005/01/05_01_19_eutanasia#:~:text=Si%20entendemos%20por%20eutanasia%20la,%2C%20err%C3%B3neamente%2C%20llaman%20eutanasia%20pasiva.)
- SWI. (14 de enero de 2022). Una francesa es el primer caso de eutanasia aplicada en Andalucía. *SWI*. [https://www.swissinfo.ch/spa/espa%C3%B1a-francia-eutanasia\\_una-francesa-es-en-el-primer-caso-de-eutanasia-aplicada-en-andaluc%C3%ADa/47262670](https://www.swissinfo.ch/spa/espa%C3%B1a-francia-eutanasia_una-francesa-es-en-el-primer-caso-de-eutanasia-aplicada-en-andaluc%C3%ADa/47262670)