



AVANZANDO EN DERECHOS

ORIGINALES

Una Europa para las personas adultas. Natividad Goñi Urriza

La función supervisora del Defensor del Pueblo de Navarra y el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Javier Pérez Font

La vacunación de personas mayores en centros residenciales: aprendizajes extraídos desde la covid-19 hasta la reciente jurisprudencia constitucional. Leyre Elizari Urtasun

La autonomía en las decisiones en torno a la muerte: el documento de voluntades anticipadas y la eutanasia. María Luisa Arcos Vieira

Solicitudes de ayuda médica para morir. Compartiendo las sombras y las luces. Francisco Javier Alonso Renedo, Belén Molina González, Concepción Gómez Cadenas. Leire González Ercilla.

NOTICIAS

CONVOCATORIA: PREMIOS TOMÁS BELZUNEGUI 2024.

Edita

**SOCIEDAD NAVARRA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

Dirección

Sagrario Anaut

Comité de redacción

**Francisco Javier Alonso
Juana M^a Caballín
Leyre Elizari
Juan Jerez
Cristina Lopes
Camino Oslé
Concepción Molina
M^a Luz Vicondoa**

ISSN

ISSN 2659-7284

Depósito legal

NA 1839- 1994

Diseño y maquetación

iLUNE.com

SUMARIO

ORIGINALES

Una Europa para las personas adultas. Natividad Goñi Urriza.	5
La función supervisora del Defensor del Pueblo de Navarra y el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Javier Pérez Font.	11
La vacunación de personas mayores en centros residenciales: aprendizajes extraídos desde la covid-19 hasta la reciente jurisprudencia constitucional. Leyre Elizari Urtasun.	15
La autonomía en las decisiones en torno a la muerte: el documento de voluntades anticipadas y la eutanasia. María Luisa Arcos Vieira	23
Solicitudes de ayuda médica para morir. Compartiendo las sombras y las luces. Francisco Javier Alonso Renedo, Belén Molina González, Concepción Gómez Cadenas. Leire González Ercilla.	34

NOTICIAS

CONVOCATORIA: PREMIOS TOMÁS BELZUNEGUI 2024.	46
--	----



Presentación

Este nuevo número de Cuadernos Gerontológicos se centra en varias cuestiones claves desde hace una década a las que se ha ido dando respuestas desde el punto de vista jurídico, sobre todo. Este enfoque centrado en la concreción de derechos resulta central para entender la realidad social actual, donde el envejecimiento de todas las poblaciones europeas está tensionando las bases de unas políticas sociales y sanitarias pensadas para otra sociedad.

Como se constata en los diferentes artículos, los avances que se han ido produciendo para garantizar la dignidad, la identidad, la calidad de vida, etc., de las personas no se centran en las mayores. En todos los casos la edad no es el pilar de referencia, sino la persona, en concreto la persona adulta lleva las riendas de su vida y así quiere que sea hasta el final de ella.

Así se cierra la revista. Con el final de la vida. El artículo ejemplifica, desde las vivencias más íntimas de profesionales de la salud y de las personas enfermas, las sombras éticas y emocionales que se vislumbran ante el sufrimiento más profundo, junto a las luces que la dignidad humana irradia.

UNA EUROPA PARA LAS PERSONAS ADULTAS

A EUROPE FOR ADULTS

Natividad Goñi Urriza

¹Profesora Titular de Derecho Internacional Privado Universidad Pública de Navarra

¹ Esta publicación se realiza en ejecución del Proyecto I+D+i «Discriminación a las personas con discapacidad en el ejercicio de la capacidad jurídica en las situaciones internacionales e interregionales (Código: PID2021-127361NB-I00). Ayudas a «PROYECTOS DE GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO» en el marco del Programa Estatal para Impulsar la Investigación Científico-Técnica y su Transferencia, del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023. IP: Natividad Goñi Urriza.

RESUMEN

La diferente legislación sobre las medidas de apoyo que se pueden adoptar en favor de las personas con discapacidad y sobre las autoridades que pueden adoptarlas, así como su reconocimiento perjudica el derecho de estas personas a desplazarse o a hacer efectivos sus derechos. Una nueva propuesta legislativa de la Comisión Europea pretende mejorar la situación de las personas con discapacidad en sus relaciones transfronterizas.

ABSTRACT

Different legislation on the support measures that can be taken in favour of people with disabilities and on the authorities that can take them, as well as their recognition, undermines the right of people with disabilities to move or to enforce their rights. A new legislative proposal from the European Commission aims to improve the situation of people with disabilities in their cross-border relations.

Palabras Clave: Personas necesitadas de apoyos en situaciones transfronterizas. Discapacidad. Libertad de desplazamiento en Europa.

Keywords: People in need of support in cross-border situations. Disability. Freedom of movement in Europe.

LA NECESIDAD DE UNA NORMA A NIVEL EUROPEO E INTERNACIONAL

Al igual que España algunos países de nuestro entorno han llevado a cabo reformas para adaptar sus leyes sobre la protección de los adultos a los principios que emanan de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 (en adelante, Convenio de Nueva York o CNY 2006). No obstante, la implementación del principio de no discriminación en el ejercicio de la capacidad jurídica por razón de discapacidad (art. 12 CNY 2006) ha sido desigual en los distintos países, por lo que siguen existiendo dos modelos de concepción sobre esta cuestión, por un lado, hay países

que, para garantizar el tratamiento igualitario se basan, principalmente, en la autodeterminación de la persona adulta y, por otro lado, hay países que priorizan la intervención de la autoridad para el ejercicio de la capacidad (European Law Institute, *The protection of adults in International Situations*, 2020, p. 9).

La incorporación en España de los principios del Convenio de Nueva York se hizo a través de la reforma de distintas normas estatales (la Ley 8/2021, en vigor desde el 3 de septiembre de 2021) pero el distinto grado de adaptación de los sistemas jurídicos a la Convención explica que el régimen de las medidas de apoyo de las personas con discapacidad pueda variar no sólo en el ámbito internacional sino también en el interno ya que también existen distintas leyes dentro de España que se ocupan de esta cuestión (Goñi Urriza, 2022).

Esta diferente manera de legislar puede poner en riesgo el derecho de las personas en el ejercicio de su capacidad de obrar en sus desplazamientos, poniendo en peligro la “libertad de desplazamiento”, establecido en el art. 18 CNY 2006. Esta libertad en la Unión Europea se denomina “libertad de desplazamiento y de residencia” entre los Estados miembros y tiene un régimen específico en los arts. 20 y 21 TFUE, que otorgan a todo ciudadano de la Unión un derecho primario e individual a circular y a residir libremente en el territorio de los Estados miembros. Estas normas han afectado a la aplicación de la legislación de un Estado miembro al establecer el TJUE la obligación de reconocer (*principio de reconocimiento mutuo*) las situaciones jurídicas relativas al derecho de familia y a las personas físicas creadas conforme a la legislación de otro Estado miembro de la Unión (Goñi Urriza, 2023)².

Con el fin de facilitar estos derechos y libertades, la Comisión Europea ha propuesto la adopción de un Reglamento que facilitará, en asuntos transfronterizos, la movilidad de las personas adultas entre los países de la Unión Europea, la iniciativa legislativa incluye una obligación para los Estados de la Unión de

adherirse al Convenio de La Haya de 2000 de protección de los adultos.

El 31 de mayo de 2023 la Comisión Europea publicó dos proyectos normativos, uno consiste en una Decisión que obligará a los 27 Estados de la Unión Europea a adherirse al Convenio de La Haya de 2000 sobre la protección internacional de los adultos del que actualmente España no es Estado contratante³.

Esta propuesta de Reglamento y el Convenio de La Haya no modifican la normativa interna española, ni la del resto de Estados en materia de protección de los adultos (relativas, por ejemplo, a los tipos de medidas de protección y sus consecuencias o los poderes que puede tener el representante de un adulto y sus limitaciones), sólo establecen reglas uniformes y obligatorias con el fin de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué órganos jurisdiccionales de un país son competentes para adoptar una medida de protección en relación con un adulto?
- ¿La legislación de qué país se aplicará a la protección de un adulto que tenga vínculos con más de un país?
- ¿Cómo pueden llevarse a efecto en otros países una medida de protección o unos poderes de representación?
- ¿Cómo pueden las autoridades de los distintos países cooperar e intercambiar información sobre la protección de los adultos?

El objetivo de la Unión Europea es mejorar la seguridad jurídica de las personas adultas necesitadas de apoyos que residen en un país, pero tienen bienes -casas o cuentas bancarias- en otro o se desplazan temporalmente, por ejemplo, por vacaciones, o cambian su residencia a otro Estado. Para ello la Comisión Europea propone el establecimiento de unas reglas uniformes para determinar los

² STJUE de 5 junio 2018, C-672/16, *Coman*; STJUE de 14 de diciembre de 2021, C-490/20, *V.M.A. y Stolichna obshtina, rayon Pancharevo* y Auto del TJUE de 24 de junio de 2022, C-2/21, *Rzecznik Praw Obywatelskich v K.S. y otros*.

³ https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/civil-justice/civil-and-commercial-law/protection-adults_es

tribunales del Estado que pueden adoptar medidas judiciales de apoyo previstas en sus propias normas, así como la garantía de que la protección otorgada por un juez o una autoridad pública en un país mantenga su vigencia y efectividad en el resto de Estados.

LA DETERMINACIÓN DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA ADOPTAR LAS MEDIDAS DE APOYO

La futura normativa prevé un complejo sistema de competencia de los jueces y autoridades en la Unión Europea que exige un diálogo entre las autoridades de los países relacionados con la persona adulta, ya sea porque son los de su residencia habitual, disponga en su territorio de bienes, sea el Estado de su nacionalidad o vivan en él personas allegadas dispuestas a hacerse cargo de sus cuidados.

Las normas que se adoptarán otorgan la competencia principal a las autoridades del país en el que resida habitualmente la persona adulta necesitada de apoyos (artículo 5 CLH 2000). Se trata de una solución muy acertada porque son los mejor situados para investigar las circunstancias que acompañan al adulto y pueden evaluar sus necesidades, podrán así adoptar medidas para proteger a la persona y a sus bienes, estén estos últimos donde estén (Francina, 2023, p. 538). Si la residencia habitual se traslada de un Estado contratante a otro, incluso en el curso del procedimiento, las autoridades del Estado de la nueva residencia habitual asumen la competencia desde el momento del traslado, pero, las medidas ya adoptadas siguen siendo eficaces, hasta que sean modificadas, sustituidas o revocadas por las autoridades competentes (las de la nueva residencia habitual) en virtud del Convenio (artículo 12 CLH2000⁴).

Estas autoridades del país de la residencia habitual del adulto pueden permitir que los tribunales de la nacionalidad adopten medidas de apoyo, si consideran que están mejor situados para valorar los intereses del adulto (artículo 7.1 CLH2000). Se trata de una com-

petencia subsidiaria porque las autoridades de la residencia habitual tienen prioridad en la toma de decisiones ya que si éstas comunican a las autoridades de la nacionalidad del adulto que han adoptado todas las medidas que exige la situación y han decidido que no es necesario adoptar ninguna otra medida, o incluso si informan de que tienen un procedimiento pendiente, la competencia de las autoridades del Estado de nacionalidad cesa y las medidas ya adoptadas dejan de surtir efecto.

Además, la norma permite que el juez o autoridad de la residencia habitual del adulto requiera a otras autoridades para que asuman la competencia y adopten medidas para la protección de la persona o los bienes del adulto. Esta transferencia de jurisdicción puede producirse a favor de las autoridades del Estado de la nacionalidad del mayor de edad, del Estado de su anterior residencia habitual y del Estado en el que resida habitualmente una persona próxima al mayor de edad dispuesta a encargarse de su protección (artículo 8.2 CLH 2000).

Hay una competencia especial para las autoridades del Estado contratante en el que se encuentran los bienes del mayor de edad que pueden ordenar medidas de protección relativas a dichos bienes, siempre que tales medidas sean compatibles con las ordenadas por las autoridades competentes anteriores (artículo 9 CLH 2000). Esta regla permite, por ejemplo, al juez del Estado donde la persona con discapacidad tenga una casa adoptar una autorización para su venta cuando la ley de dicho Estado así lo exija.

Para los casos de toma de decisiones urgentes, como, por ejemplo, cuando se necesita adoptar una decisión sobre tratamientos médicos se prevé, que el juez del Estado donde se encuentre en un momento determinado la persona pueda decidir sobre su conveniencia o los autorice si no es razonable esperar a que el juez del Estado de la residencia habitual decida (artículo 10 CLH 2000). Y también pensando en los tratamientos médicos, pero no urgentes, la

⁴ Curiosamente, el Convenio de La Haya contempla una disposición para extender la protección de los adultos a través de la continuidad en el tiempo de las medidas adoptadas por las autoridades que han ostentado la competencia para adoptarlas hasta la modificación de las circunstancias que justificaron dicha competencia en el capítulo dedicado a la competencia judicial internacional y no a las del reconocimiento.

norma determina la competencia excepcional de las autoridades del Estado donde se encuentre el adulto para adoptar medidas de protección de su persona, pero no de sus bienes (artículo 11 CLH 2000). Estas medidas serán temporales y limitadas territorialmente al Estado donde se adopten. La aplicación de estas medidas no requiere que la situación sea urgente (Frohn y Sumner, 2022, p. 641). Estas medidas temporales y limitadas deben ser compatibles con las ya ordenadas por los tribunales competentes con carácter general, si existen, y siempre deben ser notificadas a los tribunales de la residencia habitual del adulto.

La aplicación correcta de estas normas necesita de un diálogo entre las autoridades de los Estados contratantes del Convenio de La Haya relacionados con la vida del adulto necesitado de apoyos. En la actualidad estas reglas se aplican en 15 países del mundo: 12 Estados de la Unión Europea (Alemania, Austria, Bélgica, Chipre, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Letonia, Malta, Portugal y República Checa) y otros tres países: Mónaco, el Reino Unido (limitado a Escocia) y Suiza⁵.

A estas reglas, la propuesta de Reglamento Europeo añade, para las personas con residencia habitual en la Unión Europea, la de permitir al mayor de edad, mientras tenga capacidad de autodeterminación, elegir el tribunal en el que pueden adoptarse, en su caso, las medidas de protección que le conciernen (artículo 6 PR). Se da así cumplimiento al mandato de respeto de la autonomía de las personas necesitadas de apoyos y a la prohibición de discriminación en el ámbito de la libre circulación de personas de Convenio de Nueva York.

Los tribunales elegidos por el adulto tendrán que coordinarse con el resto de tribunales

competentes en virtud de las normas del Convenio de La Haya previstas en los artículos 5 a 8.

Se trata de un sistema «completo y cerrado» de competencia judicial internacional que parece adecuado para conseguir facilitar la libre circulación de personas adultas necesitadas de apoyos en la Unión Europea por su flexibilidad. Sin embargo, España debe dotar de medios a las autoridades públicas y judiciales encargadas de aplicar este sofisticado régimen de autoridades.

LOS PODERES DE REPRESENTACIÓN

El Convenio de La Haya fija también cuales son las leyes estatales aplicables a los poderes de representación otorgados por un adulto en previsión de que en un futuro no pueda velar por sus propios intereses (artículo 15 CLH 2000). Esta norma prevé que se otorguen estos poderes en aplicación de las leyes de lugar donde residencia habitualmente el adulto en el momento de otorgar el acto o el acuerdo, salvo que se haya elegido expresamente otra ley. Sin embargo, se limita las posibilidades de elección a tres leyes: la ley de la nacionalidad de la persona, la de la anterior residencia habitual o a la ley del Estado donde se encuentren sus bienes y sólo respecto a dichos bienes. Este apartado permite alinear la facultad de elegir el tribunal competente del artículo 8.2 CLH 2000 con el de la ley aplicable⁶. No obstante, en el apartado tercero se establece que las concretas modalidades de ejercicio de los poderes de representación se regirán por la ley del Estado donde se ejerciten. Estos «poderes de representación» podrán abarcar una diversidad de actos unilaterales o acuerdos, incluso los que contienen instrucciones y deseos manifestados por una persona en relación a cues-

⁵ <https://www.hcch.net/en/instruments/conventions/status-table/?cid=71> Otros Estados como Países Bajos aplican las reglas del CLH 2000 aunque no sean Estados contratantes. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:HR:2018:147&showbutton=true&keyword=ECLI:NL:HR:2018:147> . El Tribunal Supremo neerlandés aplicó el artículo 14 CLH 2000 en un supuesto en el que se plantea la ley aplicable al ejercicio en aquel país de una medida acordada por una sentencia española -una tutela- sobre una ciudadana nacional de los Países Bajos, sin importar que España tampoco fuera en ese momento, ni lo es en la actualidad Estado parte.

⁶ En todo caso, no habrá que olvidar que el artículo 18 atribuye a las normas sobre ley aplicable del Convenio de La Haya 2000 un carácter universal o *erga omnes*, que implica que la ley estatal a la que remitan sus normas de conflicto se aplicará incluso cuando se trate de una ley de un Estado no contratante del Convenio.

ciones médicas o de carácter patrimonial o personal que no supongan el nombramiento de una persona que le represente.

EL RECONOCIMIENTO DE LOS CERTIFICADOS

Pero quizás una de las cuestiones más importantes y más útiles de la futura normativa se refiera al reconocimiento y a la ejecución en un Estado de las medidas adoptadas en otro Estado distinto.

La propuesta de reglamento suprime la necesidad de obtener el exequátur de la resolución judicial extranjera (artículo 11 PR), sin embargo, habrá que esperar a la entrada en vigor de la norma para comprobar la virtualidad de esta disposición, ya que el reconocimiento automático previsto en el Convenio de La Haya no se ha revelado útil en la práctica de algunos Estados por la necesidad manifestada por los operadores jurídicos de obtener el reconocimiento y la declaración de ejecutividad en el Estado requerido (Comisión Europea, *Study on the cross-border legal protection of vulnerable adults in the EU*, 2021, p. 116). El hecho de que el certificado se encuentre previsto en una norma europea pretende facilitar las gestiones transfronterizas a los representantes de los adultos y a las demás personas y entidades que traten con esos representantes.

Con el fin de facilitar la efectividad de las medidas adoptadas en un Estado, el Convenio de La Haya prevé la expedición de «un certificado en el que se indique la calidad en que dicha persona está habilitada para actuar y los poderes conferidos.» (artículo 38 CLH 2000)⁷. Certificado que estará exento de legalización, sin embargo, las limitaciones de las facultades otorgadas al curador pueden plantear problemas para ejecutar dichas facultades en otro Estado contratante (Comisión Europea, 2021, p. 118.).

La propuesta de reglamento prevé también la creación de un «certificado de representación europeo» en el que debiera indicarse las cuestiones en las que puede represen-

tar al adulto que no puede velar por sus intereses (artículo 34 PR). El artículo 35 PR enumera de manera ejemplificativa algunas cuestiones en las que puede representar al adulto: a) el control, la administración y la disposición de los bienes inmuebles u otros activos del adulto; b) la adquisición de bienes inmuebles u otros activos en nombre del adulto o por cuenta de este; c) la ejecución de un contrato celebrado por el adulto; d) el ejercicio, por cuenta del adulto, de cualquier actividad profesional o empresarial; e) el cumplimiento de las responsabilidades y obligaciones legales del adulto; f) la participación en procesos judiciales en nombre del adulto o por cuenta de este; g) las decisiones médicas, incluida la concesión o denegación del consentimiento para la realización de un tratamiento médico; h) las decisiones relativas al bienestar personal y al lugar de residencia del adulto.

El distinto régimen en relación a los certificados implica que el previsto en la Propuesta de Reglamento será efectivo entre los Estados miembros y, el expedido en virtud del Convenio de La Haya surtirá efecto en las relaciones entre España y terceros Estados contratantes de la Convención.

VALORACIÓN DEL CAMBIO NORMATIVO PROYECTADO

La coexistencia de los dos instrumentos internacionales para la protección del adulto supone un reto inédito para las autoridades judiciales y no judiciales españolas debido al complejo sistema de coordinación en las distintas cuestiones que regulan.

La futura normativa prevé un complejo sistema de competencia de los jueces y autoridades en la Unión Europea que supondrá indudablemente un esfuerzo para las autoridades españolas poco acostumbradas -aunque esto va cambiando poco a poco- a manejarse con los instrumentos internacionales. Veremos si el establecimiento de este sistema de remisión a las reglas de competencia del Convenio de La Haya, sistema «completo y cerrado» de competencia judicial internacio-

⁷ Las disposiciones sobre el reconocimiento y el exequatur del Convenio de La Haya no se aplicarán a los poderes de representación otorgados por un adulto a los que se refiere el artículo 15 CLH 2000.

nal, consigue facilitar la libre circulación de personas adultas necesitadas de apoyos en la Unión Europea.

El correcto funcionamiento del complejo sistema de Derecho Internacional Privado configurado por el legislador europeo requerirá una importante inversión de recursos que posibilite la aplicación adecuada de las normas. Sólo así se conseguirá alcanzar los objetivos de respeto de los Derechos fundamentales y la libre circulación de personas de los adultos necesitados de apoyos.

BIBLIOGRAFÍA

COMISIÓN EUROPEA, *Study on the cross-border legal protection of vulnerable adults in the EU*, 2021.

EUROPEAN LAW INSTITUTE, *The protection of adults in International Situations*, 2020.

FRANCINA, P. “Un nuovo diritto internazionale privato della protezione degli adulti: le proposte della Commissione Europea e gli sviluppi attesi in Italia”, *Rivista di diritto internazionale privato e processuale*, vol. 3, 2023, pp. 562-591.

FROHN, E.N./SUMNER, I., “Protecting vulnerable adults across borders: where do we stand?”. *NIPR*, 2022, núm. 4. pp. 631-649.

GOÑI URRIZA, N., “El reconocimiento de las relaciones de filiación en la Unión Europea: la libre circulación de certificados de nacimiento expedidos en un Estado miembro”, *CDT*, 2023, 15(1), 970-978. <https://doi.org/10.20318/cdt.2023.7577>

GOÑI URRIZA, N., «La reforma en derecho internacional privado», en *Reformas legislativas para el apoyo a las personas con discapacidad. Estudio sistemático de la Ley 8/2021, de 2 de junio, al año de su entrada en vigor*, 2022, Fundación Notariado. Dykinson, pp. 137-167.

LA FUNCIÓN SUPERVISORA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO DE NAVARRA Y EL APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA

SUPERVISORY FUNCTION OF THE OMBUDSMAN OF NAVARRA IN THE EXERCISE OF THE LEGAL CAPACITY OF PEOPLE WITH DISABILITIES

Javier Pérez Font

¹Doctor en Derecho y Asesor jurídico del Defensor del Pueblo de Navarra

¹ Este estudio se realiza en ejecución del Proyecto I+D+i “Discriminación a las personas con discapacidad en el ejercicio de la capacidad jurídica en las situaciones internacionales e interregionales (Código: PID2021-127361NB-I00). Ayudas a «PROYECTOS DE GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO» en el marco del Programa Estatal para Impulsar la Investigación Científico-Técnica y su Transferencia, del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023. IP: Natividad Goñi Urriza.

RESUMEN

Dada su naturaleza transversal, las Administraciones públicas también están obligadas a adaptarse a la nueva normativa sobre los derechos de las personas con discapacidad. El objeto del presente trabajo es examinar las anomalías que, en el ejercicio de su función supervisora, el Defensor del Pueblo de Navarra ha detectado en la adaptación de las Administraciones de la Comunidad Foral de Navarra al nuevo marco normativo.

Palabras Clave: Defensor del Pueblo de Navarra, Administraciones públicas de Navarra, Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

ABSTRACT

Public entities, due to their transversal nature, are forced to adapt the rights of people with disabilities to the new legislation. This article attempts to show some difficulties detected by the Navarra Ombudsman in the public entities of Navarra.

Keywords: Ombudsperson of Navarre, Public Entities of Navarre, Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

INTRODUCCIÓN

La Ley Foral 4/2000, de 3 de julio, del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, establece que, en cuanto alto comisionado designado por el Parlamento de Navarra para la defensa y mejora del nivel de protección de los derechos y libertades amparados por la Constitución y la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de reintegración y mejoramiento del régimen foral de Navarra, el Defensor del Pueblo de Navarra tiene como función primordial la salvaguarda de la ciudadanía frente a los posibles abusos y negligencias de la Administración.

Partiendo de ello, la Ley Foral 4/2000 delimita subjetiva y objetivamente esta función supervisora de la institución. Así, desde un plano subjetivo, la institución únicamente puede supervisar a las Administraciones de la Comunidad Foral de Navarra, tal y como éstas se definen en el artículo 1.3 de la Ley Foral 4/2000. Por su parte, desde un plano objetivo, de oficio o a instancia de parte, la institución puede supervisar conductas administrativas siempre que, por un lado, no haya transcurrido más de un año desde que se tenga conocimiento de los hechos objeto de investigación y, por otro lado, sobre la cuestión planteada no exista sentencia firme o esté pendiente de resolución judicial.

Teniendo en cuenta su naturaleza transversal, las Administraciones de la Comunidad Foral de Navarra están obligadas a adaptarse al marco derivado de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006, que, como refleja la normativa estatal –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– y foral –Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos–, no implica un mero cambio normativo, sino un auténtico cambio de paradigma.

Hasta el momento, como veremos a continuación, a través del ejercicio de su función supervisora, el Defensor del Pueblo de Navarra ha detectado dos anomalías en esa labor de adaptación de las Administraciones navarras al nuevo marco normativo, por lo que ha formulado recomendaciones y sugerencias destinadas a resolverlas.

LA NECESIDAD DE TENER EN CUENTA LOS DESEOS, VOLUNTAD Y PREFERENCIAS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

En las quejas que dieron lugar a los expedientes Q22/1429 y Q23/42, que, por resultar coincidentes sus elementos objetivos y subjetivos, se acumularon y resolvieron de forma conjunta, se exponía la disconformidad de su promotora con la forma en que la Fundación Pública Navarra para la Provisión de Apoyos a Personas con Discapacidad (FUNDAPA, de aquí en adelante) estaba desempeñando la labor de defensor judicial en la esfera patrimonial de su madre, ya que, entre otras razones, aquélla estaba ejerciendo dicho cargo sin tener en cuenta la opinión o deseos de ésta.

A este respecto, amparándose en su grado de deterioro, en su respuesta a las quejas, la FUNDAPA se negaba de forma absoluta a mantener una reunión con la madre de la interesada, así como cualquier contacto directo con aquélla.

Esta posición de la Administración resultaba difícilmente admisible por dos motivos. Por un lado, porque los informes forenses obrantes en el expediente señalaban que la madre de la interesada, pese a presentar fallos amnésicos, tenía un discurso coherente e informativo, por lo que, a priori, no cabía concluir que no tuviera capacidad para expresar su voluntad, deseos y preferencias. Por otro lado, porque uno de los principales cambios impuestos por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 es precisamente la necesidad de que la persona que presta un apoyo debe atenerse a la voluntad, deseos y preferencias de la persona apoyada, tal y como se reconoce en los artículos 249 del Código Civil y 20.2.a) de la Ley Foral 31/2022.

Por ello, el Defensor del Pueblo de Navarra estimó oportuno recordar al entonces Departamento de Derechos Sociales, que es de quien depende orgánicamente la FUNDAPA, su deber legal de prestar los apoyos en consonancia con la voluntad, deseos y preferencias de la persona apoyada, para lo que irremediablemente resultaba preciso mantener algún tipo de contacto con ella.

En una línea similar, aunque de forma incidental, se planteaba la misma cuestión en el expediente Q23/195, en que, entre otras cuestiones, el promotor de la queja exponía que la FUNDAPA no estaba teniendo en cuenta la voluntad de su tía, que se afirmaba que se encontraba lúcida mentalmente, de gestionar privadamente una asignación mensual razonable que le permitiera comprar ropa o ir a la peluquería a menudo.

El problema de esta argumentación es que, según la sentencia en que se atribuía a FUNDAPA la curatela de la tía del promotor de la queja, ésta padecía un deterioro cognitivo y, como consecuencia de ello, precisaba apoyos para “la realización de las habilidades jurídico-económico-administrativas y contractuales”.

Por ello, el Defensor del Pueblo de Navarra concluyó que, aunque habían existido errores y problemas en el ejercicio de la curatela, estos no tenían la entidad suficiente como para concluir que la FUNDAPA no estaba ejerciendo la función asistencial judicialmente encomendada de forma correcta.

LA CURATELA REPRESENTATIVA COMO REQUISITO DE ACCESO A PRESTACIONES O AYUDAS PÚBLICAS

En el escrito de queja que dio lugar al expediente Q23/875, un ciudadano exponía que él y su familia, entre cuyos cuatro integrantes se encontraba un hijo con un grado de discapacidad reconocido del 75 por 100, necesitaban acceder a una vivienda protegida, ya que, careciendo de recursos económicos suficientes para acceder a una en el mercado privado, vivían todos ellos en una vivienda con dos dormitorios, uno de los cuales, por las necesidades derivadas de su grado de discapacidad, era ocupado única y exclusivamente por su hijo, debiendo el resto de miembros de la familia vivir hacinados en el otro.

Examinada la documentación remitida por el Departamento de Vivienda, Juventud y Políticas Migratorias, el Defensor del Pueblo de Navarra comprobó que el interesado no había hecho valer la discapacidad de su hijo en la inscripción de la familia en el censo de solicitantes de vivienda protegida, por lo que invitó al interesado a actualizar dicha inscripción haciendo valer esta circunstancia.

A raíz de ello, el interesado se dirigió a la empresa pública NASUVINSA, a fin de actualizar su inscripción en el censo de solicitantes de vivienda protegida y, para su sorpresa, se le informó que, dado que acababa de cumplir 18 años y no estaba sometido a curatela representativa, su hijo ya no podía ser computado como integrante de la unidad familiar a efectos del acceso a una vivienda protegida. Siendo así, presentó un escrito solicitando la reapertura de su expediente de queja.

Al igual que ocurre con otras normativas referentes a prestaciones o ayudas públicas, a la hora de definir el concepto de “*unidad familiar*”, la Ley Foral 10/2010, de 10 de mayo, del derecho a la vivienda en Navarra, establece que, a efectos de la misma, con la excepción de las salvedades que pueda establecer, la definición de dicho concepto será la prevista en el Decreto Foral Legislativo 4/2008, de 2 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley Foral del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, cuyo artículo 71.1.a) dispone que, en caso de cónyuges no separados legalmente, la “*unidad familiar*” estará compuesta por estos, los hijos menores de edad, salvo que tengan una vida independiente con consentimientos de aquellos, y los hijos mayores de edad sujetos a curatela representativa.

Por ello, dado que el interesado no había promovido la adopción de medidas de apoyo a su hijo y, como consecuencia de ello, no ostentaba su curatela representativa, desde un punto de vista normativo, la decisión de NASUVINSA era correcta; sin embargo, en la medida en que el Defensor del Pueblo puede sugerir cambios normativos cuando llegue a la conclusión de que la normativa produce efectos injustos o perjudiciales, a efectos de resolver la queja, devenía irremediablemente necesario responder la siguiente pregunta: teniendo en cuenta que uno de los cambios derivados del cambio de paradigma es el fomento de las medidas de apoyo no representativas y, como consecuencia de ello, el carácter extraordinario de las representativas, ¿resulta acorde al espíritu de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 exigir la curatela representativa de la persona con discapacidad para considerar a ésta integrante de la unidad familiar de cara al acceso de ésta a prestaciones o ayudas públicas?

En opinión del Defensor del Pueblo, al requerirse la curatela representativa para poder considerar a una persona con discapacidad como integrante de una unidad familiar para acceder a prestaciones o ayudas públicas, se corre el riesgo de que implícitamente se fomente que los familiares de las personas con discapacidad promuevan la adopción de medidas de apoyo representativas en supuestos en que, atendiendo a las circunstancias, serían suficientes medidas no representativas, pues de promoverse la adopción de éstas no tendrían acceso a prestaciones o ayudas públicas que, teniendo en cuenta el impacto que la discapacidad puede tener en una unidad familiar, pueden ser fundamentales para el sostenimiento de la misma.

Por ello, dado que, como se ha señalado, la definición de *“unidad familiar”* a efectos de la Ley Foral 10/2010 no tiene por qué coincidir exactamente con la prevista en el Decreto Foral Legislativo 4/2008, el Defensor del Pueblo de Navarra sugirió al Departamento de Vivienda, Juventud y Políticas Migratorias la adopción de las medidas precisas para promover un cambio en la definición de *“unidad familiar”* de cara al acceso a la vivienda protegida destinado a que, para ser considerado miembro de aquélla, la persona mayor de edad con discapacidad no tenga necesariamente que estar sometido a una medida de apoyo representativa, bastando para ello que lo esté a la curatela, como, por otro lado, estableció el propio artículo 71.1.a) del Decreto Foral Legislativo 4/2008 en la primera redacción que se dio al mismo al intentar adaptarlo a las exigencias de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006.

LA VACUNACIÓN DE PERSONAS MAYORES EN CENTROS RESIDENCIALES: APRENDIZAJES EXTRAÍDOS DESDE EL COVID-19 HASTA LA RECIENTE JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL

VACCINATION OF ELDERLY PEOPLE IN RESIDENCIAL CENTRES: LESSONS LEARNED FROM COVID-19 TO THE RECENT CONSTITUTIONAL JURISPRUDENCE

Leyre Elizari Urtasun

¹Profesora Contratada Doctor. Derecho civil. Universidad Pública de Navarra

¹ Este trabajo es ejecución de los proyectos de I+D+i: “Discriminación a las personas con discapacidad en el ejercicio de la capacidad jurídica en situaciones internacionales e interregionales (Código: PID2021-127361NB-I00). Ayudas a «PROYECTOS DE GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO» en el marco del Programa Estatal para Impulsar la Investigación Científico-Técnica y su Transferencia, del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023. IP: “Socialización del cuidado de las personas mayores: un reto tras la Ley 8/2021, PID2022-136264OB-I00 financiado por MICIU/AEI/10.13039/501100011033/ y por “FEDER Una manera de hacer Europa”.

RESUMEN

El trabajo presenta un recorrido por el consentimiento a la vacunación de personas mayores, que arranca con lo sucedido con la vacunación del COVID-19 y su autorización judicial en supuestos de personas institucionalizadas. De este proceso pueden extraerse algunos aprendizajes, de cara a futuros procesos de vacunación, que han de completarse con la reforma del Código Civil efectuada por la Ley 8/2021, y la importante sentencia del Tribunal Constitucional de 20 de abril de 2023.

Palabras Clave: vacunación, centros residenciales, consentimiento informado, personas mayores.

ABSTRACT

This paper presents an overview of the consent to the vaccination of the elderly, starting with what happened with the COVID-19 vaccination and its judicial authorization in cases of institutionalized persons. Some lessons can be learned from that process, in order to take them into account in future vaccination processes, which should be completed with the reform of the Civil Code carried out by Law 8/2021, and the important ruling of the Constitutional Court of April 20, 2023.

Keywords: vaccination, nursing homes, informed consent, elderly.

INTRODUCCIÓN

La vacunación de personas adultas vulnerables no había suscitado una gran atención con carácter previo a la irrupción del COVID-19, y, aparentemente, no parecía generar conflictos destacables. Sin embargo, a raíz de la pandemia y tras el veloz desarrollo y autorización de las vacunas contra el COVID-19, asistimos a un proceso de vacunación sin precedentes que planteó numerosos retos. Uno de ellos fue, precisamente, la vacunación de adultos con dificultades o imposibilidad para prestar un consentimiento válido, frecuentemente por una discapacidad intelectual o por enfermedades asociadas a la edad avanzada. Se ha de conocer, o recordar, que se autorizaron judicialmente un buen número de vacunaciones de personas mayores con deterioro cognitivo, internadas en un centro residencial, cuyos tutores o familiares rechazaron la vacunación, generándose una situación de judicialización que nunca antes se había producido. Junto a esto, se ha de tener en cuenta que la mayor parte de la vacunación contra el COVID-19 se produjo antes de que entrara en vigor, el 3 de septiembre de 2021, la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (en adelante, Ley 8/2021). Ambas circunstancias, lo sucedido en la vacunación contra el COVID-19, y la fundamental reforma legislativa del Código Civil (en adelante, CC) en materia de capacidad, completada ahora con ciertos pronunciamientos del Tribunal Constitucional, deben tenerse muy en cuenta en futuras campañas de vacunación, que encuentran en las personas de cierta edad, y, en especial, en las que se encuentran institucionalizadas, un colectivo prioritario.

EL CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

Como es sabido, la vacunación es un tratamiento médico que tiene carácter preventivo. Como tal, es un tratamiento individual, que beneficia al sujeto que se vacuna, porque le previene de las consecuencias de contraer una enfermedad contagiosa. Pero con la vacunación no solo está en juego la salud individual de quien decide voluntariamente vacunarse, sino también alcanzar un umbral de población

vacunada que proteja indirectamente a los individuos que no pueden vacunarse e incluso a quienes voluntariamente hayan decidido no hacerlo, y que es la única vía para controlar la propagación de enfermedades. Como existe interés en que las vacunas lleguen a un número importante de ciudadanos, el poder público puede interferir en la decisión de vacunarse, cosa que no se plantea en relación a otras intervenciones médicas. Así, existen varios modelos de vacunación, ordenados de menor a mayor injerencia del poder público en la decisión personal de vacunarse (Cierco, 2021): vacunación voluntaria, recomendada, condicionante, obligatoria y forzosa. Interesa fijarse en la vacunación recomendada, y, aunque pueda parecer desproporcionado, también en la vacunación forzosa. En el caso de la recomendación, ciertas vacunas se consideran esenciales, en clave epidemiológica e individual, y, por ello, el Estado asegura su acceso en condiciones de universalidad, equidad y asequibilidad. Además, la Administración sanitaria debe esforzarse para conseguir que estas vacunas tengan una aceptación social amplia y sostenida en el tiempo. Dentro de este marco de recomendación, cada persona decide si vacunarse o no. La vacunación forzosa se produce, en cambio, cuando se impone la vacuna en ausencia o contra la voluntad del sujeto que la va a recibir y, como es obvio, en este caso deben acentuarse las garantías: es necesaria una norma que habilite la vacunación, y también su autorización judicial en el caso concreto, previa justificación del riesgo o consecuencias que supone el hecho de no vacunarse.

La vacunación contra el Covid-19 se llevó a cabo de acuerdo con una Estrategia de vacunación² que se basó en la recomendación. Por ello, de acuerdo con 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 (en adelante, LBAP), el sujeto que debía consentir la vacunación era el paciente, libre y voluntariamente (art. 8), después de haber recibido la información sobre la finalidad, riesgos y consecuencias (art. 4). Centrándonos en el consentimiento, si, a juicio del médico responsable de la asistencia, el paciente no era capaz de tomar la decisión sobre vacunarse o no (art. 9.3.a LBAP), o tenía la “capacidad modificada judicialmente” y

² <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/vacunaCovid19.htm>

así constaba en la sentencia (art. 9.3.b LBAP), el consentimiento se prestaría por sustitución y la decisión debía ser adoptada por los familiares o personas vinculadas de hecho al paciente, o por sus tutores.

Cuando se autorizaron las primeras vacunas existía escasez, por lo que la Estrategia de Vacunación estableció grupos que tenían prioridad, siendo el primero de ellos el de personas ingresadas en residencias, es decir, personas adultas, muchas de ellas de edad avanzada, y personal que trabajaba en residencias. La preferencia no fue discutida, en absoluto, pero en ocasiones surgió un conflicto en relación a personas mayores que no podían consentir por sí mismas: algunos familiares o tutores (recordar que en 2020 todavía no se había aprobado la Ley 8/2021, de reforma del Código Civil en materia de discapacidad, a la que luego se aludirá) no prestaron su consentimiento para que se vacunara a la persona que no podía decidir por sí misma, por diversas razones, como el temor por la rapidez con la que se desarrolló la vacuna contra el COVID-19 o por las dudas sobre sus efectos secundarios y su efecto sobre la frágil salud de algunas personas ingresadas en residencias. Mientras, los centros eran partidarios de que el máximo número de residentes estuvieran vacunados, para minimizar los riesgos, y, en caso de contagio, que las consecuencias fueran menos graves. Así, en ocasiones, la residencia solicitó judicialmente autorización para vacunar a la persona mayor, de forma que hubo un cierto número de casos que se resolvieron judicialmente, e incluso uno de estos asuntos ha llegado al Tribunal Constitucional, a través de la interposición de recurso de amparo, habiendo sido resuelto en 2023.

Esta sola circunstancia, el hecho de que se judicializara la posibilidad de vacunar a una persona mayor, no se había planteado nunca en relación a otras vacunas, pero debemos ser conscientes de que, si la persona no tiene capacidad para comprender el tratamiento, o sus consecuencias, es indiferente que sea la vacuna contra el COVID-19, contra la gripe o cualquier otra.

En el inicio de la campaña de vacunación contra el COVID-19, algunos centros solicitaron autorización judicial para la vacunación de todos sus residentes que no se habían vacunado, por razones de protección de la salud colectiva. Sin embargo, esta posibilidad fue rápidamente descartada por las Fiscalías del Tribunal Supremo³ recordando:

1. Que en el marco de una vacunación voluntaria «no cabe invocar razones genéricas de salud pública o específicamente basadas en la especial vulnerabilidad de determinados grupos de personas, globalmente considerados, o de quienes se integran en ellos», como pueden ser las personas mayores internadas en una residencia, «para justificar la administración forzosa de la vacuna contra la COVID-19».
2. Que las controversias que puedan suscitarse en torno a la vacunación de personas adultas han de ser resueltas conforme a la normativa de regulación de la relación médico-paciente. En estos casos, deberá hacerse un juicio de proporcionalidad entre el derecho a la integridad física de la persona a la que se pretende vacunar sin su consentimiento y las concretas razones que aportan los médicos para la intervención forzosa.

Así lo hicieron las resoluciones posteriores (también algunas anteriores). Los Autos del Juzgado de Primera Instancia nº 6 de Santiago de Compostela de 19 y 20 de enero de 2021 (respectivamente ES:JPI:2021:21A y ES:JPI:2021:1A) declaran expresamente que «La única perspectiva a ponderar en el caso es la individual de la paciente, es decir, la identificación de la mayor protección y del mejor beneficio de la salud de la residente, debiendo quedar al margen cualesquiera otra consideración de Salud Pública, dada la naturaleza voluntaria de la citada vacuna, debiendo quedar asimismo al margen otros intereses así como cualquier consideración accesoria como el eventual beneficio para los restantes residentes y para los trabajadores del centro residencial».

³ Secciones: civil, contencioso administrativo y Fiscal de Sala para la protección de personas con discapacidad y mayores, en una Carta conjunta de 24 de febrero de 2021.

A pesar de ello, algunas resoluciones aisladas sí apelaron a la protección de la salud del conjunto de residentes, como el Auto de la Audiencia Provincial de Santander de 3 de noviembre de 2021 (ES:APS:2021:1170A), que autorizó la vacunación de una persona de 65 años con discapacidad, residente en un centro, cuya tutora la había rechazado. Argumenta la Sala que «se patentiza imprescindible para proteger la vida y la salud de la persona afectada de discapacidad y de todos aquellos que, haciendo uso del recurso residencial, y por razón de edad, constituyen un colectivo de riesgo, y también de preservar la salud del personal especializado y de los sanitarios que prestan materialmente, en primera línea y de manera continuada, su asistencia al incapacitado». El peligro de este tipo de razonamiento es que conduciría a justificar la vacunación forzosa de todos los residentes de centros residenciales, por el mero hecho de su lugar de residencia y de padecer una discapacidad, con independencia, además, de si están incluidos o no en un grupo de riesgo.

Dejando al margen estos pronunciamientos más aislados y rechazables, en su mayoría las resoluciones judiciales procedían a examinar si vacunarse era lo mejor para la vida o salud de la persona concreta, en cumplimiento del criterio del artículo 9.6 LBAP. En todas ellas se recogen datos o consideraciones de tipo general sobre la pandemia y la vacunación. Así, se afirma: que la única respuesta posible y disponible para hacer frente a la enfermedad es la vacunación; que las vacunas habían sido autorizadas por parte de la Agencia Europea de medicamentos y la Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios, lo cual implica que se han desarrollado con garantías de calidad, seguridad y eficacia; que es un hecho que uno de los factores de riesgo de gravedad de la enfermedad es la edad avanzada, pues (aunque no pueda generalizarse) está comprobado que las personas mayores están expuestas a sufrir la enfermedad con consecuencias más graves y mayor probabilidad de complicaciones e incluso de fallecimiento.

A estas consideraciones se añaden otras, ya referidas a la persona concreta cuya vacunación se solicita, como no puede ser de otra forma si el criterio es el de la protección de la salud de dicha persona. En todos los pro-

cesos se recababa información, bien de los servicios médicos de la residencia, bien del médico forense (o de ambos) sobre el estado de salud de la persona y las posibles contraindicaciones que pudiera suponer su vacunación. De hecho, parece ser esta la única circunstancia que, de producirse, sería hábil para no autorizarla. Así, a pesar de que el examen de las circunstancias debía hacerse caso por caso, de alguna manera se acabó generalizando la vacunación para todas las personas ingresadas en residencias.

LA REFORMA DEL CÓDIGO CIVIL Y SU INCIDENCIA EN EL CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

Las resoluciones que autorizaron la vacunación contra el COVID-19 aplicaron la Ley 41/2002, Básica de Autonomía del paciente, y acudieron al consentimiento por representación, tras concluir que la persona mayor internada en la residencia y aquejada de diferentes enfermedades (en su mayoría demencias) no tenía capacidad para consentir por sí misma. Ya desde los primeros autos fue criticada la ignorancia sistemática de la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad, vigente en nuestro país, y el cambio de paradigma que impone (Vivas, 2021). Actualmente los postulados de dicha Convención se encuentran recogidos en el Código Civil, modificado por la Ley 8/2021, por lo que, con la vista puesta en futuras vacunaciones que mantengan el mismo carácter de recomendación, es ineludible tener en cuenta esos cambios. Sin embargo, también ha de advertirse que estos cambios no han tenido su reflejo, de momento, en la LBAP, lo cual produce una situación, a nuestro juicio, indeseable.

El esquema de la LBAP se acomoda a la anterior regulación del Código Civil, en la que era posible modificar judicialmente la capacidad de las personas y encomendar la toma de decisiones a otro sujeto, habitualmente un tutor. Por eso la LBAP establecía, y establece todavía, que en el caso de que el paciente adulto no fuera capaz de consentir por sí mismo el consentimiento se prestaría «por representación» y distinguía dos situaciones: si existía una sentencia que modificaba la capacidad, en la que constara que el paciente no era capaz de adoptar decisiones médicas (art. 9.3.b), la decisión la adoptaba en su lu-

gar su representante legal, habitualmente, su tutor; si no existía dicha sentencia, pero el paciente no era capaz de tomar decisiones, el consentimiento debían prestarlo las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho (art. 9.3.a). En ambos casos, los «sustitutos» debían adoptar la decisión «atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente», conforme al artículo 9.6 LBAP. Si su decisión fuera contraria a dicho interés (como pudo ser la negativa a la vacunación), dichas decisiones podían ser puestas en conocimiento de la autoridad judicial, para que esta adoptara la resolución correspondiente, salvo en casos de urgencia, en los que puede procederse a la intervención sin esperar a la autorización judicial.

Tras la Ley 8/2021, sin embargo, ha desaparecido en el Código Civil la posibilidad de modificar judicialmente la capacidad de las personas, y también la figura de la tutela para los mayores de edad, siendo el eje central del nuevo paradigma el reconocimiento de la capacidad jurídica de todas las personas adultas y su ejercicio con apoyos. La LBAP, no modificada todavía, no está adaptada a este nuevo esquema en la toma de decisiones (Andreu, 2024). Sí se ha modificado parcialmente la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, mediante la Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos, cuyo artículo 51 ya no hace referencia a las sentencias de modificación de la capacidad.

Tras la Ley 8/2021, el escenario en la toma de decisiones sanitarias debería contemplar un nuevo supuesto entre la decisión autónoma del paciente y la decisión por representación, que es la posibilidad de otorgar el consentimiento con apoyos (Seoane y Álvarez, 2020). La adopción de decisiones se ordenaría, jerárquicamente, según el orden siguiente:

1. Decisión adoptada por el propio paciente, en ejercicio de su capacidad jurídica, tras una evaluación positiva de su capacidad. En algún supuesto la propia persona con discapacidad se había manifestado sobre su propia vacunación, si bien su decisión no fue tenida en cuenta. El más claro es el resuelto por el Auto de

la Audiencia Provincial de Valencia, de 4 de junio de 2021 (ES:APV:2021:1721A). En él se solicitaba la vacunación de una persona de 42 años con síndrome de Down, que era favorable a su propia vacunación, al contrario que su tutora. La existencia de una sentencia de modificación de la capacidad, sin duda, arrastra a la Sala, pero lo cierto es que, ya antes de la reforma del Código Civil, y de acuerdo con la LBAP, la decisión le correspondía a la paciente, con independencia de que hubiese una sentencia de modificación de la capacidad, si esta era capaz de comprender la información y las consecuencias del acto médico, como parecía afirmar el médico de la propia residencia, que hizo constar que la persona presentaba una disminución cognitiva muy leve y que era independiente para la mayoría de las actividades de la vida diaria, conociendo qué era el coronavirus y las consecuencias de no vacunarse.

2. Decisión manifestada por el paciente con carácter anticipado. Si el médico responsable considera que la persona, en el momento actual, no es capaz de prestar su consentimiento, debe consultar si existen instrucciones previas, algo ya conocido para la LBAP y mencionado por algunas resoluciones relativas a la vacunación forzosa (que constatan que no existían dichos documentos). Tras la Ley 8/2021, el abanico de posibilidades se amplía, pues la persona, además de otorgar de documento de instrucciones previas (art. 11 LBAP) puede designar apoyos voluntarios, encomendando las decisiones médicas a otra persona, que será quien preste su consentimiento su fuera necesario, como reconoce ahora el artículo 51.1.a) de la LF 17/2010.

3. Decisión con apoyos. En este caso, el paciente cuenta con otra persona que le asiste o ayuda en la toma de decisiones, para «permitir el desarrollo pleno de su personalidad y su desenvolvimiento jurídico en condiciones de igualdad» (art. 249.I CC) posibilitando que la persona con discapacidad pueda formar una decisión autónoma, debiendo trabajarse en dos direcciones (Seoane y Álvarez, 2020): en primer lugar, en los apoyos personales, fundamentalmente en aspectos lingüísti-

cos y comunicativos, en orden a mejorar la comprensión, valoración y elección; en segundo lugar, en los apoyos orientados al entorno social, espacial y procedimental. En este contexto, ha de admitirse la posibilidad de otros apoyos distintos a los previstos en el Código Civil (guardador de hecho, curador, defensor judicial), significativamente el que puede prestar el profesional sanitario, no solo informando al paciente sino también aconsejando y velando por él, dentro del respeto a sus valores, ideología o trayectoria vital, siempre sin sustituir su voluntad.

4. Decisión por sustitución. Esta es la última opción posible, y, por ello, se reserva a los casos excepcionales (art. 249.III CC), en los que después de haberse realizado un esfuerzo considerable la persona no pueda manifestar conscientemente su voluntad. Es decir, antes de acudir a la decisión por sustitución se han de agotar todas las posibilidades para que la persona adopte la decisión por sí misma, incluso con apoyos (Alía, 2021). El inciso b) del artículo 9.3 LBAP, que hacía referencia al paciente con capacidad modificada judicialmente, ha de ser reinterpretado a la luz de estos nuevos principios, de forma que la autoridad judicial podrá haber provisto una curatela en la esfera de la salud, que tendrá carácter asistencial y solo excepcionalmente podrá otorgar la facultad de representación al curador para el caso de que la persona no pueda expresar su voluntad, ni siquiera acompañada de aquel (Guilarte, 2022).

Una vez designado el sujeto que ha de prestar el consentimiento, por sustitución, se ha de prestar atención al criterio en base al cual este ha de decidir. El artículo 9.6 LBAP, como se ha indicado antes, determina actualmente que deba adoptarse la mejor decisión para la vida o la salud del paciente. El artículo 51.4 de la Ley Foral 17/2010, sin embargo, acoge un criterio algo más amplio que permite introducir factores más variados pues «la decisión e intervención médica deberán ser proporcionadas y orientadas al beneficio objetivo del paciente».

La LBAP no permite, en el consentimiento por sustitución, introducir otros factores que

modulen la decisión, señaladamente la voluntad de la persona que actualmente no puede decidir. Tras la reforma efectuada por la Ley 8/2021, una característica fundamental del nuevo sistema de apoyos es la excepcionalidad de las decisiones representativas (art. 249.III CC) y el hecho de que, incluso en tal caso, cuando no hay más opción que adoptar una decisión sustitutiva por no poder determinarse la voluntad, deseos y preferencias de la persona, el sustituto no va a poder desvincularse de lo que la persona hubiera querido: en el ejercicio de sus funciones deberá respetar la trayectoria vital de la persona con discapacidad, sus creencias y valores, así como los factores que hubiera tomado en consideración, para adoptar la misma decisión que hubiera adoptado la persona en caso de no requerir representación.

Ha habido algunas voces que han propuesto mantener el criterio de la LBAP en el ámbito sanitario, por su especificidad (González, 2021). Sin embargo, el Tribunal Constitucional se ha pronunciado al respecto, en la Sentencia del Pleno 38/2023, de 20 de abril, precisamente en un supuesto de vacunación forzosa de una persona mayor internada en un centro, y después en las SSTC 74/2023, de 19 de junio, 163/2023, de 20 de noviembre y 4/2024, de 15 de enero.

En la Sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional, de 20 de abril de 2023, se resuelve el recurso de amparo presentado por el tutor contra las resoluciones judiciales que habían autorizado la vacunación contra el COVID-19 de su madre, de 86 años, aquejada de Alzheimer e ingresada en un centro sociosanitario. El tutor se había negado a la vacunación de su madre alegando motivos de inseguridad «civil y jurídica» de la vacuna, junto a un supuesto riesgo elevado de sufrir un efecto adverso, aunque este último extremo no llegó a acreditarse.

El recurso de amparo del hijo se basa fundamentalmente en el respeto al derecho a la integridad física y moral (art. 15 CE) del paciente. Afirma que la vacunación tiene carácter estrictamente voluntario y que el paciente siempre tiene, como parte del contenido esencial de su derecho fundamental a la integridad física, la facultad de aceptar o rechazar las medidas terapéuticas que se le plantean,

derecho que se vería vulnerado si se impone la vacunación a una persona que no puede decidir por sí misma, pues la convertiría en obligatoria o forzosa, al contrario que para el resto de la población. Ello supondría, en su opinión, una discriminación cuyo único origen sería el padecimiento de una discapacidad.

El Tribunal Constitucional empieza por recordar que, de acuerdo con su propia jurisprudencia, en el ámbito sanitario cualquier intervención sobre la persona es algo inherente al derecho fundamental a la integridad física (art. 15 CE) y el paciente, en uso de su autonomía, puede decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y los tratamientos que afecten a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Desciende después al ámbito de las vacunas, para señalar, primero, que el tratamiento jurídico de la vacunación es más complejo que lo que plantea el recurrente, entre un régimen legal de voluntariedad y otro de obligatoriedad, pues existen sistemas intermedios, y, segundo, que la vacunación tiene un doble interés, la protección estrictamente individual de la persona afectada y otros intereses públicos, mencionando entre estos incluso la eficiencia del sistema sanitario mismo.

Una vez sentado esto, y en un contexto de vacunación recomendada, se ha de acudir a la Ley Básica de Autonomía del paciente, y a su artículo 9.6, que es la norma legal que legitima la injerencia en la autonomía del paciente, y que en ningún caso permite que la intromisión en la integridad personal del paciente se fundamente en intereses de terceros, ni colectivos, ni siquiera de protección de la salud pública. Y añade el Tribunal Constitucional: «Los déficits de capacidad para consentir de la persona afectada no pueden ser convertidos por el poder público en una oportunidad para realizar de modo coactivo sus políticas sanitarias».

Sin embargo, al aplicar dicho artículo 9.6 LBAP el Tribunal Constitucional hace una importante interpretación del mismo. Esta norma, en la Ley Básica de Autonomía del Paciente, debe situarse «en el contexto general del sistema civil de protección de

las personas con discapacidad previsto en el ordenamiento jurídico español, fundado inequívocamente en los postulados de la Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad. Y de acuerdo con la Convención, el respeto a la voluntad de la persona con discapacidad es, de hecho, el principio rector esencial de toda decisión tuitiva que haya de adoptarse en materia de discapacidad, tanto en lo que se refiere a la actuación de la persona llamada a prestar apoyo, como en lo atinente a la revisión judicial de esa actuación». Prosigue el Tribunal Constitucional razonando que resulta obvio que una decisión judicial que impusiera forzosamente la vacunación sin tomar en consideración el criterio expresado por el propio paciente estaría negando a esta persona cualquier autonomía decisoria. Así que el primer criterio del artículo 9.6 LBAP, concluye, es la propia voluntad del paciente. Este puede haberse anticipado y haber expresado pautas de actuación tanto en un documento de instrucciones previas, como en una escritura pública en la que designe apoyos voluntarios, conforme al (actual) artículo 255 del Código Civil. De no existir esa voluntad anticipada se habrá de adoptar la decisión, tanto por el apoyo, como por el juez, ponderando los beneficios y perjuicios de la decisión, con el fin estricto de proteger a la persona con discapacidad⁴.

En el caso concreto, considera el Tribunal Constitucional que la paciente, por el estado evolutivo de su enfermedad, carecía de toda posibilidad de manifestar su voluntad, sin que hubiera dejado instrucciones previas al respecto, ni documento notarial designando apoyos. Así que analiza a continuación la negativa del tutor, que se basaba en su posición personal contraria a la vacunación del COVID-19 e incluso contraria a la vacunación en general. Enjuiciando la decisión del apoyo, la misión de este, dice el Tribunal Constitucional, no es la de sustituir las convicciones de la persona con discapacidad por las suyas, sino la de velar por el respeto a la voluntad, deseos y preferencias de aquella. Más allá de esta voluntad, la capacidad decisoria de quien presta apoyo queda circunscrita a la realización del interés de la persona afectada, lo que ha de responder a criterios ob-

⁴ De acuerdo con Andreu (2024, p. 177), el Tribunal Constitucional aun debiera haber agotado la posibilidad de reconstrucción de la voluntad de la persona, antes de acudir al criterio de su interés superior.

jetivos fiscalizables por la autoridad judicial. Concluye, en fin, que, en contra de la opinión del hijo, la vacunación era la decisión más beneficiosa para la persona, pues era mayor y más grave el riesgo de contraer la infección por coronavirus que la de padecer algún efecto secundario grave como consecuencia de la vacuna, confirmando la procedencia de la vacunación.

REFLEXIÓN FINAL

Puede parecer que lo resuelto por el Tribunal Constitucional no difiere de las resoluciones judiciales dictadas entre 2020 y 2021 pues, al fin y al cabo, todas ellas autorizaron judicialmente la vacunación de una persona mayor que no podía prestar su consentimiento. Sin embargo, la fundamentación del Tribunal Constitucional asume la aplicación de la Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad, recibida en el Código Civil tras la Ley 8/2021, y realiza una importante interpretación correctora de la Ley Básica de Autonomía del Paciente. Esta fundamentación resulta de capital importancia y debe ser tenida en cuenta para futuras campañas de vacunación.

La diferencia principal es que, de acuerdo con la Sentencia del Tribunal Constitucional, el primer criterio que debe tenerse en cuenta cuando se presta el consentimiento por parte del apoyo es la voluntad de la propia persona con discapacidad. Esto hubiera supuesto, en algunos casos, la no autorización de la vacunación forzosa de ciertas personas, por su creencia personal, que, sin embargo, fueron vacunadas. Incluso, a la hora de ponderar las circunstancias alude el Tribunal Constitucional a un criterio objetivo, pero tampoco lo equipara con lo mejor para la vida o la salud de la persona que no puede decidir. Además, se admite que dicha voluntad, que debe ser respetada tanto por el apoyo como por el juez, pueda expresarse en el ámbito sanitario específicamente en el documento de instrucciones previas, y también en el documento notarial en el que se designen apoyos.

El recorrido realizado hasta llegar a esta sentencia también pone de manifiesto, en nuestra opinión, la necesidad de modificar la LBAP para que recoja cómo deben prestar su con-

sentimiento informado las personas con discapacidad, con adecuación al nuevo esquema de respeto a la capacidad jurídica, sin que sea necesario este gran esfuerzo interpretativo, para que resulte una norma útil y clara para los profesionales que han de aplicarla, así como para los pacientes y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

ALÍA ROBLES, Avelina, «Reflexiones sobre la vacunación obligatoria contra el COVID-19 en centros residenciales de mayores», *El notario del siglo XXI: revista del Colegio Notarial de Madrid*, nº 96, 2021, pp. 90-93.

ANDREU MARTÍNEZ, Belén, «Autonomía en el ámbito sanitario de las personas con discapacidad: el dilema que plantea la ley de autonomía del paciente y su reflejo en la doctrina del TC », *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 2024, nº 20, pp. 130-183.

CIERCO SEIRA, César, «La vacunación obligatoria y su eventual proyección sobre la COVID-19», *El Cronista del Estado social y democrático de Derecho*, nº 93-94, 2021, pp. 18-31.

GONZÁLEZ CARRASCO, M^a del Carmen, «La prestación del consentimiento informado en materia de salud en el nuevo sistema de apoyos al ejercicio de la capacidad», *Derecho Privado y Constitución*, 39, 2021, pp. 213-247.

GUILARTE MARTÍN-CALERO, Cristina, «Artículos 287-290», en *Comentarios a la Ley 8/2021 por la que se reforma la legislación civil y procesal en materia de discapacidad*, Guilarte Martín-Calero, Cristina (Dir.), Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2022.

SEOANE, José Antonio, ÁLVAREZ LATA, Natalia, «El marco normativo de la investigación biomédica en personas con demencia», *Derecho Privado y Constitución*, 36, 2020, pp. 131 -177.

VIVAS TESÓN, INMACULADA, *Vivir con discapacidad en el contexto de una pandemia: el derecho a tener derechos*, Tecnos, 2021.

LA AUTONOMÍA EN LAS DECISIONES EN TORNO A LA MUERTE: EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS Y LA EUTANASIA

AUTONOMY IN DECISIONS ABOUT DYING: ADVANCE DIRECTIVES AND EUTHANASIA

María Luisa Arcos Vieira

Presidenta de la Comisión de Garantías y Evaluación de la Prestación de ayuda para morir de Navarra. Catedrática de Derecho civil. Universidad Pública de Navarra

RESUMEN

La relación asistencial se construye en torno a la voluntad del paciente quien, en caso de contar con la capacidad necesaria y previa la debida información, tomará la decisión que considere conveniente acerca de los tratamientos propuestos o ya iniciados, aun cuando estos sean imprescindibles para su curación o supervivencia. Esa voluntad puede proyectarse hacia el futuro, en previsión de situaciones en las que no sea posible transmitirla, a través de un documento de voluntades anticipadas, cuya potencial utilidad se ha visto intensificada una vez se ha reconocido en España un derecho a la prestación de ayuda para morir. Cabe, por tanto, si el paciente lo desea, manifestarse sobre esa posibilidad en ese tipo de documentos, tanto para adelantar el deseo de acogerse a ella como para dejar claro su rechazo. En cualquier caso, el derecho a la prestación de ayuda para morir se encuentra condicionado a la concurrencia de ciertos requisitos y a la observancia de un determinado procedimiento, al objeto de asegurar que la decisión es tomada siempre por una persona capaz y consciente, libre de cualquier tipo de presión ajena.

Palabras Clave: eutanasia, documento de voluntades anticipadas, autonomía.

ABSTRACT

The healthcare relationship is built around the will of the patient who, if he or she has the necessary capacity and after due information, will make the decision he or she deems appropriate about the treatments proposed or already initiated, even when these are essential for his or her cure or survival. This will can be projected into the future, in anticipation of situations in which it is not possible to transmit it, by means of an advance directives document, the potential usefulness of which has been intensified once a right to the provision of assistance in dying has been recognised in Spain. It is therefore possible, if the patient so wishes, to express this possibility in this type of document, both to express a wish to accept it in advance and to make clear his or her refusal. In any case, the right to the provision of assistance in dying is conditional on the fulfilment of certain requirements and the observance of a certain procedure, in order to ensure that the decision is always taken by a capable and conscious person, free from any kind of external pressure.

Keywords: euthanasia, advance directives, autonomy.

INTRODUCCIÓN

Desde 2021, en España es posible acceder a la prestación de ayuda para morir, o eutanasia, en las circunstancias y con los requisitos que la ley (Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia -LORE-) exige.

Casi veinte años antes, otra norma, 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 (LBAP), desarrollando el denominado Convenio de Oviedo vigente en España desde el 1 de enero de 2000¹, había supuesto un hito fundamental en la consolidación de la autonomía del paciente situando claramente a este, y no a sus allegados ni a los profesionales sanitarios, en el eje de la relación asistencial. En la misma línea se mantienen, como no puede ser de otra forma², las normas autonómicas que la desarrollan³.

Es, así, el paciente, como norma general, quien se encuentra legitimado para la toma de decisiones sobre su salud y para el control de la información sobre esta, de lo que derivan los correspondientes derechos (por supuesto, tampoco exentos de ciertos límites) a ser informado y, sobre todo, a decidir imponiendo su voluntad, en caso de discrepancia, frente a criterios ajenos.

La relevancia de la voluntad del paciente en la relación asistencial se proyecta también hacia el futuro, admitiendo que aquella pueda prevalecer aun siendo declarada de forma anticipada. Esta posibilidad -reconocida legalmente en el Convenio de Oviedo y, después, en la LBAP- de declarar con antelación qué se quiere, o qué no, tiene utilidad para prevenir el caso de encontrarse en el futuro el paciente en

una situación de incapacidad de manifestarse, y se articula a través de lo que se conoce, en dicha ley, como documento de instrucciones previas, pero que recibe también otras denominaciones en las diversas comunidades autónomas; en Navarra, como en otras, es el documento de voluntades anticipadas (DVA)⁴.

La reflexión sobre un futuro en el que uno mismo no sea capaz de decidir desemboca de manera natural en la reflexión sobre el final de la vida, por más que la primera situación pueda, desde luego, plantearse con carácter meramente temporal y sin amenazar la vida de la persona implicada. Y en un contexto de reafirmación de la autonomía del paciente en el ámbito de la relación asistencial aquella reflexión alcanza, a su vez, a la cuestión de la autonomía para la toma de decisiones en relación con el final de la propia vida.

Téngase en cuenta, por una parte, que la LBAP admite que las personas pueden válidamente rechazar o poner fin a cualquier tratamiento, aun siendo este imprescindible para continuar viviendo⁵; por otra, que cabe administrar fármacos destinados a aliviar el sufrimiento aunque indirectamente se acelere con ello la muerte de un paciente en estado terminal; y, en tercer lugar, que la decisión de no proporcionar tratamientos que pudieran prolongar la vida de una persona sin expectativas de curación, o el abandono -en ese caso- de los aplicados, no solo no son necesariamente contrarios a la ética profesional, sino que pueden ser precisamente las conductas requeridas por la *lex artis*, que considera encarnizamiento terapéutico el empeño en tratamientos conocidamente inútiles.

La decisión de redactar un DVA, y la elección sobre su contenido, pueden venir influidas

¹ 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. <https://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf>

² La LBAP es legislación estatal básica conforme al art. 149.1.1ª y 16ª CE.

³ En Navarra, Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. Esta norma se completa con la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

⁴ No es infrecuente referirse a este documento como “testamento vital”, si bien esta expresión proviene de una deficiente traducción del término inglés *living will* y puede inducir a confusiones.

⁵ Derecho que no se encontraba expresamente reconocido con anterioridad.

por el hecho de que la persona interesada esté ya diagnosticada de alguna patología que, a su juicio, aconseja preparar ese eventual escenario en el que, de forma temporal o indefinida, no sea capaz de mantener el control sobre el proceso de su propia enfermedad; y, entonces, con la intención de evitar que este se determine conforme a criterios que no comparte. Pero es también cada vez más frecuente el otorgamiento de un DVA en una situación actual de plena salud: en ello ha influido, indiscutiblemente, la aprobación de la LORE y, con ella, el reconocimiento de un derecho a la prestación de ayuda para morir.

EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

El DVA se presenta, por tanto, como un documento a través del cual una persona manifiesta su voluntad para el caso de no poder hacerlo por sí misma más adelante, en el momento en que resulte necesario conocerla. La voluntad que se recoge en este tipo de documentos es, principalmente, aunque no solo, la relacionada con decisiones que inciden en la asistencia sanitaria.

En mi opinión, son dos las principales utilidades de este tipo de documentos: en primer lugar, la posibilidad de expresar las propias convicciones o creencias y de compartir los valores que se consideran prioritarios, todo lo cual servirá de guía para quien tenga que tomar decisiones que repercutan en la asistencia prestada al paciente; y, en segundo lugar, y también relacionada con la anterior, la posibilidad de designar uno o más “representantes”.

Con este término (técnicamente poco preciso, que puede inducir a confusión con la figura del *representante legal*) se quiere aludir a personas que, llegado el caso, deben ser las consideradas como interlocutoras del médico y, por tanto, aquellas a las que deba informarse y a las que haya que preguntar cómo actuar, cuando

proceda; y que ayuden asimismo a interpretar el resto de declaraciones que pueda contener el documento y asegurar que se atienda a la voluntad del otorgante. Es esencial, por esto, que el paciente pueda designar a alguien que conozca perfectamente sus preferencias y sus valores y que, precisamente por ello, es de esperar que, llegado el caso, adoptará la decisión que adoptaría el propio paciente⁶. La confianza en su criterio cubre para el otorgante todo ese ámbito de decisiones o de situaciones posibles que, en el momento de otorgar el DVA, puede resultar difícilmente previsible.

La designación del representante es libre para el otorgante, a diferencia de los testigos llamados a intervenir en uno de los procedimientos para otorgar el DVA, quienes, contrariamente, deben ajustarse a determinados requisitos⁷. En el caso de optar por más de un “representante”, cabría también indicar cómo deberían estos actuar: si se establece un orden de preferencia, si las decisiones deberían ser conjuntas, etc. De todas formas, hubiera sido conveniente que la ley perfilara de manera más completa una figura cuya función es de una indiscutible relevancia, evitando algunas dudas que pueden plantearse⁸.

En cualquier caso, el DVA es un documento que la ley diseña con gran amplitud. No requiere que el paciente deba necesariamente pronunciarse sobre un determinado contenido; puede ser tan concreto y específico como prefiera, y extenderse en sus previsiones lo que considere oportuno; o limitarse a dejar constancia de los principios y los valores prioritarios en su vida, de forma que ello guíe a quienes deban decidir⁹. Puede también limitarse a nombrar uno o más “representantes”; o puede combinar todo lo anterior; y puede, aún, referirse a materias ya no directamente relacionadas con un tratamiento sanitario, como la decisión de donar su cadáver, sus órganos o sus tejidos (y para qué fines: terapéuticos, docentes o de inves-

⁶ Téngase en cuenta que, de no existir tal designación, la recepción de la información y la prestación del consentimiento corresponderá a otras personas del entorno del paciente: cónyuge o pareja, familiares, o personas designadas en su caso por la autoridad judicial.

⁷ V. infra 1.B.

⁸ En el mismo sentido, Seoane, 2006, p. 289.

⁹ El DVA es, por ejemplo, una herramienta de utilidad para que los Testigos de Jehová puedan expresar su rechazo a recibir transfusiones en cualesquiera circunstancias.

tigación), su deseo de recibir determinada asistencia religiosa en caso de encontrarse en una situación terminal, o su preferencia por fallecer en el domicilio, entre otras.

Por supuesto, cabe siempre revocar el documento otorgado con anterioridad, y ya sea total o parcialmente.

Los diversos modelos de DVA que se encuentran disponibles no son sino meras propuestas, en absoluto imperativos¹⁰. Por tanto, no solo no es necesario recurrir a ellos, sino que tampoco lo es responder o pronunciarse sobre cada opción que tales modelos contemplan. Pero sí pueden servir de ayuda en la confección de ese documento, para la que las leyes admiten diversos procedimientos.

1. El otorgamiento y el registro del documento de voluntades anticipadas.

Para conocer en cada comunidad autónoma cuáles son las normas aplicables en cuanto al otorgamiento de un DVA (o documento equivalente) hay que atender, primero, al contenido de la LBAP -estatal- y, segundo, a la legislación autonómica correspondiente; en Navarra, las leyes forales 17/2010, de 8 de noviembre, *de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra*, y 8/2011, de 24 de marzo, *de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*.

A. La edad

De la confrontación de la normativa estatal y la navarra resulta, por ejemplo, que, aunque la LBAP (art. 11) exige que el otorgante del documento sea una persona mayor de edad, la Ley Foral 17/2010 considera suficiente que aquel sea un menor “al que se le reconoce capacidad conforme a la presente Ley Foral”, refiriéndose con ello a los menores emancipados y a los mayores de 16 años

que no necesiten de apoyos para el ejercicio de su capacidad (art. 51.2).

La razón de esta especialidad del régimen navarro¹¹ se fundamenta en que, concurriendo esas circunstancias, se alcanza lo que se ha denominado la “mayoría de edad sanitaria”. Como indica el precepto citado, cuando el paciente es un menor emancipado o ha cumplido los 16 años no cabe prestar el consentimiento informado por representación, por lo que será siempre aquel el legitimado para decidir entre las opciones que se le planteen o para optar por rechazar cualquier tratamiento.

Cabe añadir, sin embargo, que tal previsión coincide con la LBAP, que igualmente sitúa en principio la mayoría de edad sanitaria en los dieciséis años (art. 9.4). Ambas normas eran inicialmente coincidentes en este sentido, aunque actualmente no lo son. La diferencia se encuentra en que, en caso de actuaciones de “grave riesgo” -a juicio del facultativo-, la norma navarra dispone que los padres “serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”, mientras la LBAP, para la misma situación (actuaciones de grave riesgo) dispone hoy que “el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo¹²”.

La mayor autonomía de los menores emancipados y mayores de 16 años en Navarra es clara, y se confirma en la LF 8/2011 (art. 12). Todo ello resulta coherente con el reconocimiento a dichos menores de la capacidad para otorgar el DVA, posibilidad que la norma estatal, sin embargo, no reconoce.

¹⁰Entre ellos, el de la asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD) -adaptado a Navarra- (https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2021/05/01.-TV_NAVARRA_registro_castellano_2021.pdf); el de la Conferencia Episcopal Española (<https://www.conferenciaepiscopal.es/nuevo-testamento-vital-cee/>); o el del Gobierno de Navarra (<https://www.navarra.es/es/web/voluntades-anticipadas>).

¹¹Algunas otras CCAA (Andalucía, Aragón, Valencia) admiten también la posibilidad de otorgar un DVA antes de la mayoría de edad.

¹²Lo que se puede referir al menor con 16 años cumplidos, pero no si se encuentra emancipado. Inicialmente la LBAP entendía también que, en tal caso, los padres serían informados y su opinión tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente; el texto actual procede de una reforma legislativa de 2015.

B. Procedimientos

En Navarra se admiten actualmente varios procedimientos para la elaboración del DVA¹³:

- a. Ante notario.
- b. Ante el personal encargado del Registro de Voluntades Anticipadas de Navarra.
- c. Ante los profesionales -de trabajo social- de los Centros de Salud.
- d. Ante tres testigos mayores de edad y capaces, al menos dos de los cuales -la mayoría, por tanto- deben carecer de especial vinculación con el paciente.

Es este último el procedimiento que puede plantear más dudas, y ello a causa de las limitaciones que la ley impone para poder actuar como testigos en el DVA. Más concretamente, se exige que dos de ellos, en el ámbito personal, no tengan una relación de parentesco hasta el segundo grado; y que, en el económico, no mantengan una relación patrimonial con el otorgante¹⁴.

De esta forma, solo uno de los testigos podrá encontrarse entre los padres y abuelos, los hijos y nietos, y los hermanos de la persona interesada; limitación que probablemente debe extenderse también a los parientes por afinidad. La exclusión por razón de parentesco no alcanza, sin embargo, ni al cónyuge ni al conviviente (y tampoco a la familia de este).

Igualmente, solo uno de los testigos podría mantener una "relación patrimonial" con el otorgante. La expresión puede llegar a tener un alcance tan amplio que resulta difícil su interpretación¹⁵ y permite cuestionar alguna de sus posibles consecuencias, al no distinguir la ley que tales relaciones pueden no ser necesariamente ni duraderas, ni onerosas, ni económicamente relevantes.

Sin duda, los condicionantes que las leyes imponen a los potenciales testigos de un documento de estas características se justifican en la conveniencia de evitar que los intereses particulares de estos puedan influir en el otorgamiento del DVA. Admitida la conveniencia de evitar injerencias indeseables sobre quién debe manifestar su voluntad, resulta entonces cuestionable (además de la admisión del cónyuge o conviviente) que tales limitaciones, impuestas para ser meramente testigos, no se extiendan a quienes puedan ser nombrados "representantes", siendo estos, y no los testigos, quienes tendrán en su momento el poder de tomar decisiones que pueden afectar incluso a la vida del otorgante.

C. Registro

Tanto la ley estatal como la norma navarra explican que el DVA es un documento "dirigido al médico responsable". Esto debe entenderse en un sentido amplio: si el DVA va a incidir en la asistencia sanitaria, es indudable que el médico deberá poder conocer cuál era la voluntad del paciente al respecto, para ajustar a ella (dentro de la legalidad y la *lex artis*) su propia actividad¹⁶.

Más allá de esto, no se requiere ningún destinatario específico al elaborar el DVA. Lo que importa es que su contenido llegue a conocimiento de quienes se ven implicados en la voluntad declarada, y esto -como explica la LF 17/2010- puede conseguirse, por lo que respecta a los profesionales sanitarios, tanto si es el propio paciente quien lo entrega personalmente en el centro donde recibe asistencia, como si lo hace algún familiar, o el representante designado en el propio DVA. Una vez recibido, se hará constar tal circunstancia en la historia clínica.

De todas formas, la mejor garantía del conocimiento del DVA por todos aquellos profesionales a los que pueda interesar se obtiene a través de la inclusión del documento en un re-

¹³Art. 55 LF 17/2010.

¹⁴Y, siempre, mayores de edad: en Navarra la minoría de edad impide ser testigo, pero no el propio otorgante del DVA.

¹⁵Probablemente pueda apreciarse algún tipo de relación patrimonial, por ejemplo, entre el otorgante y su cónyuge, este no excluido en cuanto tal de la condición de testigo, pero entonces sí por esta segunda vía.

¹⁶La LBAP considera médico responsable al que "tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial".

gistro específico, que existe tanto a nivel estatal¹⁷ como autonómico¹⁸, actualizándose el primero con la información que debe remitirse desde las distintas comunidades autónomas.

Se puede solicitar el registro del DVA personalmente (ya sea de forma presencial u *on line*), o a través de los profesionales de trabajo social de los centros de salud para el caso de los documentos otorgados mediante este procedimiento, acompañando la documentación procedente en función del procedimiento de elaboración. La inscripción del DVA no es necesaria, pero sí muy conveniente para asegurar (lo que se consigue sobre todo a través del Registro nacional) que la voluntad del otorgante del documento sea respetada sea cual sea el lugar donde se reciba la asistencia sanitaria.

En Navarra, a enero de 2024 se contabilizaban 17.523 documentos registrados, lo que supone la tasa más alta de todo el país (26,09 por cada 1000 habs.), seguida por el País Vasco y Cataluña. Del total de DVA en Navarra, más de la mitad (10.397) han sido otorgados por personas mayores de 65 años¹⁹.

2. La eficacia del DVA

El DVA está llamado a suplir la ignorancia de la voluntad actual del paciente, cuando por razones transitorias o permanentes él mismo no puede manifestarla personalmente. Si este no es el caso, siempre tendrá prioridad su voluntad actual. Como explica Fernández Campos (2017, p. 154), se trata de un negocio jurídico unilateral, personalísimo, revocable, y con efectos tanto *inter vivos* como *post mortem*.

La eficacia del DVA es independiente de que este se encuentre o no registrado. Para el caso de pacientes en proceso de muerte, la LF 8/2011 impone a los profesionales que los atiendan dos obligaciones: conocer si el paciente ha otorgado un DVA (principalmente preguntando a aquel o, si esto no es posible, consultando directamente el Registro) y, en caso de respuesta negativa, informar de dicha posibilidad a quien reúna las condiciones para hacerlo. De todas formas, el deber de indagar si el paciente ha otorgado un DVA parece extensible a cualquier profesional que necesite conocer la voluntad de aquel, con independencia de que se encuentre en proceso de muerte o, simplemente, en situación de incapacidad de manifestar personalmente su voluntad.

La ley no ha señalado límites temporales a la eficacia del DVA, lo que parece plausible (Fernández Campos, 2016). Pero es imaginable que, en el caso de que transcurra un largo periodo de tiempo entre su emisión y su aplicación, se planteen algunas dudas; por ejemplo, si aparecieran nuevas opciones de tratamiento para la patología en cuestión que hicieran pensar que la voluntad del paciente sería distinta a la manifestada²⁰. Aunque no es necesario revisar ni ratificar periódicamente el DVA, la actualización -voluntaria- por parte de la persona interesada eliminaría las dudas que podrían surgir en otro caso²¹.

Por otra parte, el acceso al DVA²², como a la propia historia clínica del paciente, se encuentra legalmente regulado en aras de la debida confidencialidad: además del otorgante, pueden acceder los representantes designados en el documento registrado, el

¹⁷Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. El Registro está adscrito al Ministerio de Sanidad (<https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/rnip/home.htm>).

¹⁸En Navarra, v. Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipadas (<https://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=3277>). El registro se ubica en el Servicio de Humanización, Aseguramiento y Coordinación Interdepartamental del Departamento de Salud.

¹⁹Fuente, Ministerio de Sanidad https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/rnip/docs/Enero-2024/Declarantes_con_Instruccion_Previa_Activa_por_Comunidad_Autonoma_y_grupos_de_edad_Enero-2024.pdf

²⁰De ser así, la "mejor evidencia científica disponible" podría amparar al profesional que ignorase lo dispuesto en el DVA, conforme al art. 54.3 LF 17/2010.

²¹Seoane, 2006, p. 289.

²²<https://rnip.mscbs.es/RnipAccesoWeb/entradaAction.do>

representante legal de aquel -en su caso- y el médico responsable o el miembro del equipo médico que preste asistencia sanitaria al otorgante²³. En cualquier caso, quienes puedan acceder al DVA registrado deberán guardar secreto sobre su contenido.

El DVA impone a los profesionales el deber de ajustarse a la voluntad del paciente. Una actuación profesional que ignora la voluntad del paciente (lo que incluiría, por ejemplo, el supuesto de dar preferencia a la voluntad de los familiares frente al DVA), puede equipararse a una asistencia prestada sin el preceptivo consentimiento informado en el caso de personas capaces de manifestarse; y, en esa medida, tal conducta podría generar las consecuencias habituales (entre ellas, una posible responsabilidad por daños, tanto en el ámbito de la salud privada como de la pública).

Finalmente, si bien el contenido del DVA es libre para el otorgante, hay que tener en cuenta que en ningún caso serán vinculantes las instrucciones o los deseos que exijan de otra persona, y especialmente del profesional sanitario, una conducta ilícita: en expresión del art. 54.3 LF 17/2010, las que sean contrarias “al ordenamiento jurídico, a la buena práctica clínica, a la mejor evidencia científica disponible o las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitirlos²⁴”.

Es por esto que, desde su regulación en 2002 y durante dos décadas, había quedado fuera del alcance de este tipo de documentos cualquier manifestación del otorgante favorable a la eutanasia, conducta esta penalmente sancionada hasta la aprobación de la LORE. Al reconocer esta en 2021 un derecho a recibir ayuda para morir a las personas que cumplan con los requisitos que la propia ley establece, ha ampliado el ámbito de la autonomía de las personas en las decisiones en torno a la muerte, pu-

diendo ahora decidir también, en determinadas circunstancias, acerca de recibir o no una asistencia sanitaria que provocará de manera directa su fallecimiento.

LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

La LORE, como explica en su exposición de motivos, introduce en el ordenamiento jurídico español un nuevo derecho: el derecho a recibir lo que denomina “prestación de ayuda para morir”, o eutanasia. Por tanto, la norma no solo despenaliza una conducta hasta entonces castigada penalmente, sino que configura un derecho a exigir la ayuda para morir que, si efectivamente se dan las circunstancias requeridas, implica el correspondiente deber de proporcionarla. La LORE fue objeto de dos recursos de inconstitucionalidad resueltos por sendas sentencias del Tribunal Constitucional²⁵, que confirmaron su constitucionalidad.

La ayuda para morir legalizada y regulada en la LORE, debe aclararse ya inicialmente, es única y exclusivamente la que pueda recibirse de los servicios sanitarios (si bien sea a domicilio) y que cumpla con sus requerimientos: lo que se ha descrito como “eutanasia médica o medicalizada” (Romeo, 2021). Fuera de este contexto, sigue siendo delito cooperar con actos necesarios al suicidio de otra persona o causar activamente la muerte ajena, por más que la persona fallecida pudiera encontrarse en las mismas condiciones de salud que permiten ahora solicitar legalmente la eutanasia; también podría merecer tal consideración el hecho de provocar la muerte de un paciente al margen de lo establecido por la ley²⁶.

En la difícil tarea de diseñar la prestación de ayuda para morir que se ha incorporado al ordenamiento español, el legislador ha establecido un régimen claramente garantista que en

²³Art. 4 DF 140/2003.

²⁴Lo último es obvio en términos generales, aunque en la práctica el problema podrá encontrarse en concretar los dos términos de la comparación. La dificultad puede manifestarse igualmente al considerar cuándo “la buena práctica clínica” o “la mejor evidencia científica disponible” permitirán contradecir lo señalado por el otorgante. Seoane (2006, p. 289) considera más adecuada la referencia a lo que resulte contraindicado para el paciente, en la línea de cierta normativa autonómica.

²⁵SSTC 19/2023, de 22 de marzo; y 94/2023, de 12 de septiembre.

²⁶Art. 143 CP.

general se ha valorado positivamente, si bien debe evitarse que derive hacia una excesiva burocratización (Romeo, 2021). Por una parte, se quiere asegurar la efectiva capacidad y la plena libertad del solicitante en la toma de decisiones; y, por otra, se ha optado por un procedimiento en el que se aprecia una especial incidencia de controles sucesivos al objeto de evitar desviaciones y abusos.

1. Requisitos personales y “contextos eutanásicos”.

La LORE reconoce al derecho a la prestación de ayuda para morir a quienes, además de ser capaces y conscientes en el momento de solicitarla, sean mayores de edad y tengan, o bien la nacionalidad española, o bien la residencia o el certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en España superior a doce meses²⁷.

En cuanto a la valoración de la capacidad, la ley impone que la decisión de solicitar la eutanasia sea autónoma, fundamentada en el conocimiento adecuado del paciente sobre su proceso médico y carente de injerencias o presiones indebidas. Desde luego, deberá contarse con los apoyos personales y materiales que sean necesarios para cumplir con el deber de realizar los ajustes razonables en favor de las personas con alguna discapacidad.

La solicitud de eutanasia es un acto personalísimo, por lo que no puede ser realizado sino por el propio interesado. No cabe, en suma, la petición en representación de otro, aunque sí están previstas dos situaciones especiales:

- Que la persona pueda decidir, pero no firmar la solicitud: entonces puede hacerlo otra persona por ella, bien entendido que esta segunda se limita a firmar en su presencia, sin participar en la decisión.
- Que el paciente carezca actualmente de capacidad para decidir: en tal caso, es claro que no podrá solicitar la prestación, pero a estos efectos puede ser útil el DVA que esa persona hubiera otorgado con anterioridad

señalando su voluntad de acceder a la eutanasia en las circunstancias en las que actualmente se encuentra.

La prestación de ayuda para morir está prevista para personas que adolecen de determinadas enfermedades o condiciones, que se describen genéricamente como “contexto eutanásico” y son las siguientes:

- Sufrir una enfermedad grave e incurable.

Se entiende por tal “la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva²⁸”. Ese “pronóstico de vida limitado” caracteriza especialmente este primer supuesto, en el que la persona se encuentra abocada indefectiblemente a un fallecimiento más o menos próximo.

- Sufrir un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

En este caso la descripción de la LORE es más extensa y compleja, además de mejorable: “situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”.

La LORE está pensando en determinadas condiciones que inciden de manera muy relevante en la autonomía del paciente, pero que, a diferencia del supuesto anterior, no abocan a la persona al fallecimiento más o menos próximo, sino precisamente a lo contrario: a una vida afectada permanentemente por limitaciones graves que resultan intolerables para quien las padece.

En relación con el “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”, el Tribunal Constitucional afirmó en la STC 19/2023 que el mismo

²⁷Esto último, con el objeto de prevenir el llamado “turismo de eutanasia”.

²⁸Art. 3.c) LORE.

“ha de presentarse siempre como una dolencia o enfermedad somática en su origen, aunque los sufrimientos constantes e intolerables que la Ley Orgánica en este punto requiere puedan ser de orden psíquico”, y que ello “excluye de raíz que la LORE, frente a lo que los recurrentes dicen, pretenda o permita incluir entre tales “padecimientos” la “enfermedad psicológica” o, incluso, la “depresión””.

Estas afirmaciones ponen de manifiesto la complejidad que presenta la relación entre la prestación de ayuda para morir y la enfermedad mental. Parece que el Tribunal Constitucional excluye de la capacidad para solicitar la prestación a quienes sufren de manera intolerable por las graves limitaciones de su autonomía provocadas por patologías exclusivamente psíquicas sin posibilidad de curación o mejoría. Ciertamente, existe una razonable prevención frente a la posibilidad de que una solicitud de eutanasia sea, no tanto consecuencia del ejercicio de la autonomía personal, como un síntoma de la propia enfermedad mental que se padezca. La cuestión, sin duda, requiere de una más profunda reflexión, actualmente en proceso.

En cualquier caso, puede concluirse que se trata siempre de personas en una situación clínica grave e irreversible -esto es, sin probabilidades razonables de mejora o alivio- que ocasiona un sufrimiento -físico o psíquico- insoportable para el paciente.

2. Procedimiento

El carácter garantista al que se hacía referencia previamente se pone también de manifiesto en el procedimiento que la LORE ha establecido para obtener la prestación de ayuda para morir. En este deben intervenir de manera consecutiva dos profesionales de la medicina: el médico responsable, que acompaña al solicitante durante todo el procedimiento, y el médico consultor, que interviene si el primero considera que se cumplen los requisitos para acceder a la prestación, y que puede confirmar o no tal opinión favorable.

En caso afirmativo, la solicitud con la opinión favorable de ambos profesionales llega a la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) que existe en cada una de las comunidades

autónomas, y que tendrá también que valorar de manera positiva la solicitud presentada: para ello se designa un Par de profesionales, de Medicina y Derecho, que analizan la documentación recibida y, si lo consideran conveniente, pueden reunirse con el paciente o cualquiera de los profesionales.

Una vez la CGE resuelve favorablemente, puede llevarse a cabo la prestación de ayuda para morir, aunque, por supuesto, la persona interesada tendrá la posibilidad de cambiar de opinión en cualquier momento y sin necesidad, obviamente, de aportar explicación alguna.

Realizada la prestación, el médico responsable lo pone en conocimiento de la comisión, que procede a una nueva verificación para comprobar que todo el proceso se ha ajustado a la ley y, sobre todo, que ha sido respetuoso con el paciente y ha tomado en consideración sus preferencias; por ejemplo, puede elegir si prefiere que la medicación que provoque su fallecimiento le sea administrada por un equipo de profesionales, o se le facilite para proceder a la autoadministración. En Navarra todas las prestaciones realizadas hasta la fecha lo han sido a través de la administración por parte del equipo de profesionales.

Sucintamente, el procedimiento (suponiendo que todos los informes son favorables) consiste en las siguientes fases:

- Primera solicitud, escrita o que conste por otra vía. A esta le sigue un proceso deliberativo con el médico responsable, en el que el solicitante debe ser debidamente informado.
- Segunda solicitud, al menos quince días posterior a la primera salvo que por la urgencia de la situación el médico responsable justifique la necesidad de acortar ese periodo. Tras esta segunda solicitud, se firmará el correspondiente consentimiento informado.
- Consulta al médico consultor.
- Informe de la CGE.
- Realización de la prestación²⁹.

Como es imaginable, existen también previsiones legales acerca de los recursos

²⁹El procedimiento puede completarse aproximadamente en 5 o 6 semanas desde la primera solicitud. En ocasiones la especial situación del paciente puede permitir acortar algunos plazos legales y, contrariamente, existe también la posibilidad, con algunos límites, de posponer la prestación una vez obtenida la autorización de la CGE.

procedentes en los casos en que ya sea el médico responsable, el consultor o la CGE informen negativamente³⁰.

3. La Comisión de Garantía y Evaluación de Navarra

La CGE de Navarra comenzó su actividad en agosto de 2021³¹. Actualmente se compone de profesionales de cuatro sectores: medicina (seis), derecho (seis), enfermería (tres) y psicosocial (tres). La condición de miembro de la CGE carece de retribución alguna e implica el correspondiente deber de secreto y confidencialidad de los datos personales a los que se tiene acceso.

Desde su constitución, la comisión navarra ha debido pronunciarse en 45 ocasiones. En 37 de ellas se trataba de solicitudes precedidas de los informes favorables de los dos médicos intervinientes (responsable y consultor); y las 8 restantes han sido reclamaciones formuladas por las personas interesadas ante la valoración negativa de alguno de aquellos.

Con elevada frecuencia las solicitudes vienen motivadas por enfermedades de carácter neurológico y oncológico, y son planteadas por pacientes que se encuentran ya en situaciones claramente irreversibles que les producen un sufrimiento, físico y/o psíquico, intolerable.

Mayoritariamente, y atendiendo a los expresos deseos de las personas solicitantes de la prestación, esta se ha realizado en los respectivos domicilios. En cualquier caso, se favorece que, en la medida de lo posible, sea el paciente quien decida el lugar, concrete la fecha, elija la modalidad que prefiere para recibir la medicación, indique qué personas quiere que estén presentes (más allá del equipo asistencial). Es el suyo el interés en torno al cual gira todo el sistema de la prestación de ayuda para morir y el parámetro para medir su calidad y su eficiencia. No podría ser de otra forma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arcos Vieira, M. L. “La actividad de la Comisión de Garantía y Evaluación de la eutanasia de Navarra en los dos años de vigencia de la LORE”, Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 66, 2024, pp. 49-54.
2. Arcos Vieira, M. L. “Legislación navarra sobre voluntades anticipadas: en particular, el sujeto otorgante y la formalización del documento”, Derecho y Salud, Vol. 12, 2004, págs. 77-84 (<https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-05/Vol12-36.pdf>).
3. Chueca Rodríguez, R. “Dos sentencias sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (SSTC 19/2023, de 22 de marzo y 94/2023, de 12 de septiembre)”, Revista Española de Derecho Constitucional, 130, 2024, pp. 251-290 (<https://doi.org/10.18042/cepc/redc.130.08>).
4. Echevarría de Rada, T., “Voluntades anticipadas: cuestiones controvertidas”, Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil, num.6/2017 (BIB 2017\2109).
5. Fernández Campos, J. A., “Naturaleza y eficacia de los documentos de instrucciones previas”, Ius et Scientia, 2017, 3-1, pp. 150-160 (<http://dx.doi.org/10.12795/IETSCIENTIA.2017.i01.14>).
6. Martínez, K., “Los documentos de voluntades anticipadas”, Anales Sis. San. Navarra, vol. 30, supl. 3, 2007 (https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-6627200).
7. Rey Martínez, F., “El derecho de recibir ayuda para morir en contexto eutanásico: ¿nuevo derecho fundamental? Comentario crítico de las SSTC 19/2023 y 94/2023”, Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional, 27(2), 2023, pp. 297-336 (<https://doi.org/10.18042/cepc/aajc.27.09>).

³⁰En España ya hay algunas sentencias que resuelven demandas contra una decisión de la CGE de la correspondiente comunidad autónoma; en Navarra, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Contencioso, de 16 de diciembre de 2022 (ECLI:ES:TSJNA:2022:817), desestimó el recurso contra el acuerdo de la CGE que había denegado la prestación solicitada.

³¹Decreto Foral 71/2021, de 29 de julio.

8. Romeo Casabona, C. M. , “La ley orgánica reguladora de la eutanasia y la adaptación del código penal”, *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2/2021, pp. 283-314 (<https://teseo.unitn.it/biolaw/article/view/1680/1684>).
9. Seoane, J. A., “Derecho y planificación anticipada de la atención: panorama jurídico de las instrucciones previas en España”, *Derecho y Salud*, Vol. 14,2, 2006, pp. 285-296 (https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-05/2006-n2_Estudio05.pdf)
10. Tomás-Valiente, C., “Los límites del derecho a la eutanasia en una sociedad democrática”, *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, 66, 2024, pp. 25-39.

SOLICITUDES DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR. COMPARTIENDO LAS SOMBRAS Y LAS LUCES

REQUESTS FOR MEDICAL AID IN DYING. SHARING THE DARKNESS AND THE BRIGHTNESS

Francisco Javier Alonso Renedo

Médico geriatra. Hospital de Eibar, Eibar (Guipúzcoa)

Belén Molina González

Médica de Atención Primaria. Centro de Salud de Zuazo (Vizcaya)

Concepción Gómez Cadenas

Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Villet (Teruel)

Leire González Ercilla

Enfermera. Residencia Joxe Miel Barandiaran, Aita Menni, Durango (Vizcaya)

RESUMEN

A propósito de cinco personas que solicitaron ayuda médica para morir, se describen los problemas éticos suscitados a los profesionales responsables. El hecho de compartir las sombras éticas y emocionales, desde el compromiso ante el sufrimiento intolerable de quienes presentan padecimientos graves, incurables, crónicos o imposibilitantes, deviene una tarea irrenunciable para descubrir nuestra intrínseca vulnerabilidad como 'sanadores heridos', pero también para transformarnos en mejores profesionales. Por otra parte, también es relevante el deber de compartir y narrar las luces de la dignidad humana en encuentros genuinos, de respeto a la intimidad, autonomía e integridad moral de las personas solicitantes, de veracidad, de autoestima preservada; así como descubrir el sentido de lo importante y reconocer la propia finitud como una forma de vivir una vida humana valiosa, madura, auténtica y responsable.

ABSTRACT

Regarding five people who requested medical aid in dying, ethical issues raised by health professionals are described. Sharing the ethical and emotional darkness with others, from the commitment to the unbearable suffering of those who have serious, incurable, chronic or disabling conditions, becomes an essential task to discover our intrinsic vulnerability as 'wounded healers' but also to transform ourselves into better professionals. In the same way, we have the equally important duty of sharing and narrating the lights of human dignity in genuine encounters, of scrupulous respect for the privacy, autonomy and moral integrity, of truthfulness, of preserved self-esteem; and of discovering the sense of what is important and recognizing one's own finitude as a way of living a valuable, mature, genuine and responsible human life.

INTRODUCCIÓN

Los autores desean compartir las sombras y las luces emanadas durante su participación en procesos de ayuda médica para morir (AMpM). Este nuevo derecho individual de prestación no equivale a un derecho a morir; hace referencia a que cada persona pueda definir cómo y cuándo quiere finalizar su vida dentro del marco normativo establecido en la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia (LORE).

En este sentido escribe Josep María Esquirol que, si algún horizonte tiene sentido, es el de llegar a ser más humanos, profundizando y acercándonos al centro más recóndito de nuestra alma, “allí donde se descubre la herida originada por las cuatro infinitudes esenciales: vida, muerte, tú y mundo” (1). Vivir, con-vivir y con-morir, con los otros seres humanos, es estar cerca de esta herida profunda y obrar a partir de su vibración; acompañarla, incluso a costa de profundizarla y exacerbarla.

Es necesario adoptar, continúa Esquirol, una mirada reflexiva y sostenida para acercarse a la significación de esta herida que se abre entre el profesional y solicitante de AMpM; un caminar despacio prestando atención a los pequeños y esenciales detalles y, sobre todo, a las solicitudes de los (nuestros) compañeros de viaje, sin ignorar los obstáculos y las dificultades que, como mostraremos más adelante, no pueden ni deben esquivarse.

Es la imagen del ‘sanador herido’ (2) la que sirve para poner en evidencia el proceso interior al que son llamados todos cuantos prestan ayuda a quien atraviesa un momento difícil en la vida, marcado por el sufrimiento físico, psíquico o espiritual. Significa el reconocimiento, aceptación y la integración de las propias heridas, de modo que ambos protagonistas se “pasan” sus roles haciendo fructíferamente sanador el dolor de ambos.

En el presente trabajo se describen 5 casos de AMpM y algunos conflictos éticos (sombras) suscitados a los profesionales sanitarios (PS). A su vez se aportan algunas ideas fundamentales sobre objeción de conciencia, capacidad para tomar decisiones, deliberación, AMpM como acto médico y sufrimiento. En segundo lugar, se incluyen dos relatos de tres ‘sanadores heridos’ du-

rante el proceso, empleando una bioética narrativo-poética (luces). Hablamos de luces de una dignidad humana que brota en encuentros genuinos, veraces, de respeto a la intimidad, autonomía e integridad moral de ambos protagonistas, donde se preserva la autoestima, se descubre el sentido de lo importante y se reconoce la propia finitud del ser humano.

DOCTOR, DOCTORA, ¡AYÚDEME A MORIR!

1. Mujer de 77 años con diagnóstico de un osteosarcoma sinusal izquierdo con progresiva y rápida extensión provocando dolor, exoftalmos izquierdo, pérdida de visión progresiva y dificultad respiratoria. Valorado el caso en el Comité de Tumores, se considera el tumor no resecable con intención curativa ni subsidiario de tratamiento quimioterápico. La paciente rechaza una cirugía paliativa. Es derivada a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). Manifiesta desde el primer momento su deseo de ayuda para morir por un intenso sufrimiento debido al gran impacto en la imagen corporal del tumor al mirarse en el espejo presentando alto riesgo de sangrado del tumor y de estallido ocular.
2. Varón de 47 años con antecedente de alcoholismo crónico que es encontrado en su domicilio inconsciente. Se le diagnostica una Enfermedad de Marchiafava-Bignami, y está en una situación de mutismo, tetraparético y con una disfagia grave que precisa nutrición enteral. Se traslada a hospital de convalecencia con un mal pronóstico neurológico. Aunque mejora su nivel de conciencia, pasados cuatro meses desde el ingreso, no ha sido posible ninguna mejora en su capacidad funcional presentando una hemiparesia espástica dolorosa, gastrostomía, úlcera por presión sacra, incontinencia esfinteriana y una dependencia total para sus actividades de la vida diaria. Ante una situación de gran sufrimiento físico y psíquico que estima como “un infierno”, inicia la solicitud a su médica de planta, que aduce objeción de conciencia (OC) y lo remite a dos profesionales no objetores del mismo hospital.

3. Varón de 84 años con diagnóstico de un carcinoma de células escamosas supraglótico estadio 4. Su pronóstico de vida es limitado, condición que se aprecia por el deterioro funcional padecido en los últimos meses, que conduce a una fragilidad progresiva por la evolución de la enfermedad y por un pronóstico vital reducido debido a complicaciones agudas. La situación clínica es fuente de un intenso y constante sufrimiento físico y existencial que no considera tolerable y que solo ve parcialmente aliviado por el horizonte de acceder a la prestación de AMpM. Sin embargo, hasta tres enfermeras del centro de salud y de la UCP rechazan su participación alegando motivos de conciencia. Una enfermera de otra zona de salud que no es objetora recibe una llamada de su enfermera referente (que conoce su no objeción) para que sea ella quien participe en la AMpM, generándole un intenso malestar emocional, al pensar que sus compañeras enfermeras están pseudo-objetando aunque, finalmente, acepta participar. Además, los PS objetores piden estar presentes en el mismo acto de la prestación, a lo que la enfermera responsable de la AMpM se niega.
4. Varón de 87 años diagnosticado hace cuatro meses de una Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) bulbar. Su sintomatología inicial fue una disfagia y una disartria progresivas de 8 meses de evolución. En las últimas semanas sensación subjetiva de falta de aire, hipersialorrea grave y progresión franca de la disartria, la disfagia y la disnea, con un cuadro depresivo grave. Nula respuesta a tratamiento logopédico, antidepresivo y toxina botulínica. Con preservación de sus capacidades cognitivas, comprende el soporte tecnológico potencialmente indicado (nutrición enteral y soporte ventilatorio), rechazándolo de plano y, comprendiendo el funesto pronóstico vital a corto plazo ante una enfermedad neurodegenerativa progresiva e irreversible, solicita la AMpM a su Médico de Familia.
5. Varón de 44 años, Hugo, diagnosticado de un carcinoma epidermoide en lengua que ha recibido cirugía radical y varios ciclos de quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia con buena respuesta a lo

largo de varios años. En los últimos meses, presenta una recidiva tumoral grave con escasas posibilidades terapéuticas de aumentar su supervivencia con una calidad de vida razonable, pero confiado en el criterio médico, recibe una segunda intervención quirúrgica agresiva con un postoperatorio muy complicado y una tercera cirugía paliativa, con un dolor en el cuello de difícil control y una calidad de vida muy reducida con necesidad de soporte tecnológico (sonda PEG). A partir de esta experiencia comienza a reflexionar sobre la AMpM por tener que vivir así y no poder morir, comunicando a su médica de familia la intención de solicitar la prestación, manifestando un sufrimiento insoportable. La tormenta de sentimientos generada en la relación clínica entre su médica responsable y la persona solicitante alcanza límites intensos y profundamente humanos, más humanos si cabe respecto a la comunicación habitual, afrontados por ambos con amor, cuidado, atención, paciencia, respeto y responsabilidad.

EN LAS SOMBRAS ÉTICAS DE LA DELIBERACIÓN ANTE UNA SOLICITUD DE AMPM

Los problemas éticos detectados por los PS responsables son expuestos a continuación. Después, aportamos algunas pinceladas que permitan al lector, a la lectora, comprender con más precisión su fundamento ético-legal. A este respecto, es importante destacar que los problemas éticos no irrumpen en un espacio neutral, aséptico, intemporal y abstracto, sino que se manifiestan en determinadas circunstancias y contextos. Los problemas éticos, argumenta Lydia Feito, son vivencias personales de alguien que tiene que encontrar una solución para un interrogante en el que se pone en juego la propia biografía. Por tanto, deben ser analizados como relatos, como textos que hay que desentrañar, interpretar, dotar de sentido (3, 4). Además, en este contexto pueden incluirse aspectos relevantes que se tornan determinantes en los conflictos de valores, como las emociones.

Cuestiones específicas que se plantearon los PS en cada solicitud:

1. ¿Cómo evalúo yo el “sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable” que señala la LORE? ¿Tiene la Medicina que resolver siempre cualquier sufrimiento? ¿Qué grado de sufrimiento legitima para ejercer un derecho de acabar voluntariamente con la propia vida? ¿Puede ser la AMpM una forma de medicalizar el sufrimiento al final de la vida, cuando las respuestas pueden no ser médicas, sino espirituales, familiares o sociales? ¿Cómo se evalúa la capacidad del solicitante para tomar una decisión de tanta trascendencia? ¿Cómo facilitar que “su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas”? (art. 4.3, LORE).
 2. ¿Se puede considerar la Enfermedad de Marchiafava-Bignami que sufre el solicitante “un padecimiento crónico, grave e imposibilitante”? ¿Ha transcurrido el tiempo suficiente según los neurólogos para estimar la irreversibilidad funcional de este tipo tan poco frecuente de encefalopatía? ¿Puede considerarse la prestación de AMpM un acto clínico similar en requisitos de calidad ético-jurídica y científico-técnica a los de cualquier otro acto clínico que presta el Sistema Nacional de Salud? ¿Es real la OC que aduce la médica de planta, o podría decirse que está pseudo-objutando?
 3. ¿Qué diferencia existe entre la objeción y la pseudo-objeción de conciencia? ¿Quién soy yo, como PS no objeto, para considerar y juzgar a las compañeras sobre su eventual condición de pseudo-objedoras o no? ¿Puede una enfermera aceptar participar en la AMpM y hacerlo solo desde un punto de vista técnico (es decir, la prestación misma) o es imprescindible su participación en la deliberación con el solicitante, generar vínculos con él y conocer su biografía y el contexto eutanásico en el que se solicita? ¿Es justo que siempre tengan que aceptar participar ante nuevas solicitudes los mismos PS no objetores y, como consecuencia, le atribuyan después la etiqueta de “profesional eutanasiador”? ¿Podría yo también rechazar a participar en la AMpM ante la negativa a realizarla de las compañeras o esa actitud no dejaría de ser también otra pseudo-objeción? Finalmente, ¿pueden estar presentes el día de la prestación aquellos PS que mostraron su objeción (o pseudo-objeción) a participar?
 4. Por otra parte, ¿cómo realizo un proceso deliberativo con una persona mayor con una ELA bulbar que muestra problemas graves de comunicación verbal y que, además, en la exploración psicopatológica, parece presentar un cuadro depresivo mayor? Y si considero que el solicitante es incapaz de hecho, ¿cómo debo proceder? ¿Constituye uno de los fines de la Medicina ayudar a morir en situaciones de un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable? ¿Puede considerarse la AMpM un acto médico? ¿No contraviene el Código de Deontología Médica (CDM)?
 5. Por último ¿cómo puedo gestionar las emociones que me surgen ante su solicitud? ¿Es la solicitud de AMpM un fracaso de la sociedad? ¿No supone mi ayuda, al fin y al cabo, un respeto incondicionado a su voluntad autodeterminada y a una decisión tomada por coherencia biográfica? ¿Qué conflictos de valores están enfrentados en la AMpM?
- A continuación, integramos los problemas éticos suscitados por los PS en cinco ejes principales que se describen brevemente, aportando bibliografía que permita un análisis más minucioso.
1. AMpM y libertad de conciencia (5-7)

La LORE pretende armonizar los bienes, valores y derechos en juego (dignidad, libertad, vida, integridad) y reconoce el derecho individual a la OC (art. 16.1 CE; art.16 LORE) de los PS que se opongan a participar por incompatibilidad con sus convicciones. La OC forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa que permite preservar la integridad moral y el daño moral del PS.

Se trataría, por tanto, del ejercicio de dos manifestaciones del derecho de libertad de conciencia de dos sujetos distintos. Hablamos de un conflicto de valores, esto es, un problema ético: por un lado, el paciente que decide solicitar y recibir AMpM de acuerdo con sus propias convicciones; por otro lado, el PS que se ve

afectado por un imperativo legal del que pretende sustraerse por entender que su realización sería contraria a sus más arraigadas convicciones, ideológicas o morales. Sin embargo, conviene precisar que las dos pretensiones no se encuentran en un mismo plano. En un Estado de Derecho la regla general debe ser el cumplimiento de la norma jurídica, pues el respeto a la ley es fundamento del orden político y la paz social (art. 10.1 CE).

Para que la OC sea válida ha de cumplir ciertos requisitos (excepcional, concreta, personal, auténtica, razonable y responsable), que en muchos casos no se cumplen. Es decir, las convicciones del objetor deben ser racionalmente argumentables, serias, consistentes, coherentes y transparentes. La OC debe probarla quien la alega, no basta con la mera alegación de una convicción religiosa, ética o moral; se requiere un plus: un verdadero conflicto entre creencia y cumplimiento de la norma.

Es evidente que nadie puede estar por encima de la ley. La OC debe ser contemplada, en consecuencia, como una excepción que en ningún caso puede menoscabar el acceso y la calidad asistencial de la prestación a la persona que lo solicita. La decisión del paciente debe ser respetada, pues no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular. En las sociedades plurales, vertebradas en un Estado de Derecho, que se caracterizan por la existencia de diversas cosmovisiones, las decisiones sobre el final de la vida no pueden ser tomadas al margen de la voluntad de la persona interesada. Es decir, la vida es un valor relevante, pero no absoluto. No es el único valor que hay que proteger ni tiene por qué ser el valor prioritario en caso de conflicto con otros valores.

La OC es, por tanto, una decisión individual por razones de conciencia. No es posible ni la OC colectiva ni la institucional. Uno de los máximos problemas que plantea esta cuestión es la falta de claridad respecto a su contenido. Y es que muchas de las OC que se pretenden hacer por parte de los PS son falsas, por razones distintas a la propia conciencia.

Es lo que se llama “seudo-objeción”: se objeta por miedo de un estigma social y profesional, por falta de competencia, por conveniencia, porque resulta más cómodo tomar esa actitud que enfrentar directamente el problema, porque no se está seguro, ni desde el punto de vista moral ni desde el legal, por distrés moral, por la carga administrativa que supone o porque la AMpM es incompatible con el ethos de la medicina o la enfermería...

El PS que objeta debe, en todo caso, facilitar la continuidad de la prestación, informar, seguir los protocolos y derivar a otros profesionales, sin perjudicar ni obstaculizar el ejercicio del derecho por parte del paciente, es más, debe velar porque se garantice.

2. AMpM y capacidad para la toma de decisiones (8-10)

El derecho a la prestación de AMpM y la LORE culminan la evolución jurídica del reconocimiento de la autonomía y los derechos de los pacientes en el final de la vida en España, que se había desarrollado en la Ley Básica de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002). La LORE no reconoce un derecho a morir ni un derecho de libertad ilimitado, sino un derecho personal sujeto a determinadas condiciones para que cada persona pueda definir cuándo y cómo quiere finalizar su vida. La decisión ha de ser autónoma, capaz y libre.

La valoración de la capacidad forma parte de los componentes básicos del proceso de consentimiento informado en todo acto clínico, también en la AMpM. La evaluación de la capacidad de hecho debería formar parte de la práctica clínica habitual de los PS, aunque todavía queda un gran trecho que recorrer. En las personas con capacidad legal, la capacidad de hecho se presupone siempre. Lo que hay que evaluar es una posible situación de incapacidad. En caso de duda, debe primar la consideración de la persona como capaz. Para determinar que una persona no tiene capacidad para tomar decisiones, el médico tiene que demostrar que presenta un trastorno mental de suficiente gravedad para que en ese momento sea incapaz

de comprender, apreciar, razonar la información sobre la decisión a tomar y no pueda expresar una elección.

Incluso asumiendo que exista una influencia de los determinantes sociales (educación, alfabetización, edad, género, raza, pobreza/precariedad financiera, empleo, falta de acceso a una atención adecuada, entorno físico, institucionalización, estigma y discriminación, aislamiento o soledad) que en principio podrían ser remediables, y aceptando que hay una carencia por parte de la sociedad, no se puede presumir que el/la paciente deba ser despojado/a de su autonomía, de su capacidad, para solicitar una AMpM y que deba tolerar su situación por más tiempo si queda acreditado que es una decisión legítima y condicionada por un sufrimiento intolerable reconocible. Cada caso debe ser analizado en su complejidad, y cabe la posibilidad de reconocer un ejercicio de autonomía suficiente en personas que padecen situaciones de vulnerabilidad diversas.

Desde un punto de vista práctico, la entrevista clínica, en el marco conceptual de la medicina narrativa, es la herramienta principal para valorar la incapacidad de una persona. Cuando no sea suficiente, se dispone de otras herramientas de apoyo validados, fundamentalmente el MacCAT-T (MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment) y el ACE (Aid to Capacity Evaluation). No existen especialistas en valoración de capacidad; el más experto es aquel que está más próximo al paciente (suele ser el médico responsable que a su vez suele ser el Médico de Familia). En algunos casos puede ser prudente consultar a un Neurólogo, Psiquiatra o Geriatra.

En circunstancias de incapacidad de hecho se precisan verificaciones adicionales para sustituir el criterio de voluntariedad desplegado en el proceso deliberativo requerido con una persona capaz, y es preciso hacerlo con prudencia, coherencia y responsabilidad. Es el caso de las demencias y los trastornos de salud mental. En las primeras, se requieren conversaciones tempranas abordando la incertidumbre de la evolución clínica

y el sufrimiento temido futuro; en los segundos, hay que evitar la discriminación, especialmente si concurren causas no psiquiátricas que reúnen los requisitos de contexto eutanásico.

Es decir, la existencia de una enfermedad mental no significa, automáticamente, que la persona sea incapaz de decidir. Pero algunos procesos, por ejemplo, una depresión mayor, han de ser diagnosticados y sí suponen una contraindicación para la AMpM. En el ámbito de la enfermedad mental existe una zona oscura, en la que no es fácil decidir sobre la libertad y voluntariedad o no de un acto. En relación con la AMpM, este asunto requiere una atención especial y exige ser abordado con mayor profundidad. Si existen instrucciones previas que indiquen claramente la petición de AMpM en determinadas circunstancias, debe respetarse la voluntad de la persona que ya no puede decidir, y así lo indica también la LORE.

3. AMpM y deliberación (11-13)

La deliberación es en sí misma un método, un procedimiento, un hábito que tenemos que aprender. Se trata de un proceso intelectual de reflexión y ponderación que tiene lugar sobre los hechos y que busca la realización de valores mediante una serie de acciones y decisiones (deberes), tomando en cuenta no solo razones, sino también sentimientos, creencias, esperanzas, tradiciones y expectativas. Su objetivo principal es la toma de decisiones óptimas, prudentes y responsables, intentando proteger el mayor número de valores involucrados o, eventualmente, lesionarlos lo menos posible. Deliberar bien es difícil y requiere aprendizaje. De hecho, muchos PS no saben deliberar. Otros no consideran que la deliberación sea necesaria, o incluso relevante. Cuando las personas se hayan dominadas por la angustia o por emociones inconscientes, no deliberan las decisiones que toman, sino que actúan de un modo reflejo, automático, pulsional.

La deliberación tiene por objeto tomar decisiones, decidir hacer o no hacer algo. Por eso es un método eminentemente práctico. De lo que se trata es de

decidir «lo óptimo, lo mejor», y por tanto de «hacer» aquello que uno «debe» hacer, con lo cual queda patente el carácter moral de este proceso. Los términos: óptimo, prudente, y deber, son conceptos propios de la ética. Deliberamos para decidir lo mejor y hacer aquello que debemos.

La decisión de pedir la AMpM tiene que tomarse sin intromisiones, injerencias o influencias debidas (art. 4.3, LORE). En estas situaciones, el diálogo y la reflexión resultan imprescindibles para evitar, por ejemplo, la conspiración del silencio, por la que la persona enferma y su familia no quieren hablar de lo que está ocurriendo, pretendiendo así, de forma equivocada, que la otra parte no sufra.

En la comunicación con la persona que solicita AMpM, un guion planificado de entrevista clínica de ayuda en la deliberación puede ayudar al PS a reducir el impacto emocional y dificultades de orden práctico. La participación de Enfermería en el proceso deliberativo es fundamental; no sólo del médico responsable como indica la LORE (art. 8.1). La deliberación se enriquece con la presencia de médicos, enfermeras, paciente y familiares. Es obligatorio que existan dos procesos deliberativos.

4. AMpM, ¿es un acto médico? (14,15)

Sí. La respuesta es, sin lugar a dudas, afirmativa. La AMpM es una actuación clínica que requiere, como cualquier otra, indicación adecuada, consentimiento informado válido y realización técnica correcta. Y, sin duda, es una práctica que alberga un hondo calado ético y emocional. Cumple todos los requisitos del CDM (2022) para ser un acto médico: “actividad lícita desarrollada por un profesional médico legítimamente capacitado, en su aspecto asistencial, orientado al alivio del sufrimiento” (art. 6.1). A este respecto, debe propiciarse dentro de la profesión médica un diálogo cívico, constructivo, plural e independiente sobre un tema tan importante como es la forma y el tiempo de morir, incorporando otras voces distintas del sentir que, tradicionalmente, ha venido imperando en la Organización Médica Colegial.

Es más, no debe apelarse a la tradición médica (Juramento Hipocrático, hace más de 2000 años) para rechazar la AMpM pues los códigos deontológicos no son estáticos, sino dinámicos y responden al contexto histórico y social. La AMpM se encuadra dentro de lo que denominamos un acto médico o de enfermería, ya que debe ser ejecutada desde unos parámetros de profesionalidad (conocimiento experto, pautas deontológicas y éticas) para garantizar la protección de los derechos de la persona. Toda vida humana es valiosa, igualmente valiosa, y aunque la vida biológica tenga poca esperanza o sea de mala calidad, sin embargo, su biografía debe estar protegida. El respeto a la libertad de conciencia de quien pide la AMpM no contradice esta afirmación.

La LORE no da respuesta a todas las situaciones y necesidades de la atención al final de la vida. Y, por tanto, convendría completar cuanto antes el ordenamiento jurídico con una ley estatal sobre la dignidad en el proceso de morir. Una ley semejante a las aprobadas por las comunidades autónomas en la última década. Además, hay que subrayar que la LORE no sustituye los cuidados paliativos, ni los olvida, ya que en su texto se enuncia de forma explícita la prestación de estos cuidados. En realidad, se trata de un falso dilema el que pretende establecerse entre AMpM y cuidados paliativos.

5. AMpM y sufrimiento (16-18)

El sufrimiento es un hecho que le sucede a las personas, no a los cuerpos, nos recuerda Eric Cassell. La medicina tiene su razón de ser porque los seres humanos sufren. Si se sigue la historia del sufrimiento y de su alivio en un paciente individual, no importa en qué lugar del mundo ocurra, cambiará profundamente el modo en que se comprende a los pacientes enfermos y la práctica de la medicina.

El sufrimiento es una experiencia subjetiva, única, que va mucho más allá del dolor físico. Puede aparecer como consecuencia de la percepción de una amenaza a la integridad de la persona en cualquiera de sus dimensiones. Es cierto

que los valores y las convicciones hacen que ese sufrimiento se viva de una u otra forma y, aunque que no se pueda eliminar del todo, en ocasiones harán que la persona pueda afrontarlo mejor.

Es preciso escuchar todo: tanto lo que se dice y lo que no se dice, observar la cara y el cuerpo y su expresión activa, su lenguaje no verbal, olerle (su miedo, higiene o perfume) y aprender a dejar que toda esta información fluya sin interpretar ni juzgar, permaneciendo en silencio tanto por dentro como por fuera. Hemos de aprender simplemente a estar abiertos y receptivos ante la presencia del paciente. Aprender estas habilidades hace posible diagnosticar y tratar el sufrimiento, incluso cuando su causa no se puede curar o paliar. Y aun cuando se elimine la causa, el sufrimiento puede continuar existiendo. El PS debe cultivar el propio equilibrio emocional, desarrollando la autoconciencia; él es la principal herramienta para aliviar el sufrimiento a través de su hospitalidad, presencia y compasión.

Por tanto, el PS está obligado a explorar esta experiencia multidimensional, mediante el diálogo, la escucha activa y la observación, para detectar qué percibe la persona como amenazas y qué medidas se han adoptado para hacerles frente. Efectivamente, se debe evitar la medicalización del sufrimiento e inequidad en la distribución de recursos en la sociedad, no descuidando obligaciones sociales previas necesarias para que pueda descartarse la presión externa de cualquier índole en la solicitud de AMpM. Esto pasa por garantizar un sistema adecuado de atención psicológica, así como políticas sociales que sirvan para evitar la vulnerabilidad extrema; también serán precisos unos cuidados paliativos accesibles y de calidad.

Si no hay alternativas válidas a la AMpM y el sufrimiento es intolerable, podrán aparecer estas solicitudes, que son un reto inexorable. Inexcusable. Una atención integral longitudinal guiada por la planificación compartida de la asistencia en la tarea de ayudar a vivir bien el morir no deberá verse sorprendida sino dispuesta y preparada para atender estas solicitudes.

EN LAS LUCES DE LA DIGNIDAD HUMANA ANTE UNA SOLICITUD DE AMPM

La «razón poética» acuñada por la filósofa María Zambrano (1905-1991) constituye un nuevo paradigma dentro de la filosofía occidental. Bajo este paradigma impregnado de sensibilidad, la razón rompe sus cadenas especulativas, sus entramados argumentales, sus frías deducciones, su visión de la verdad como adecuación del objeto a la realidad, su necesidad obsesiva de silogismos lógicos, etc., y trata de transitar y desenvolverse en los niveles más subterráneos de la existencia, evitando dejar al ser humano en una situación de orfandad existencial, dando voz a lo real, con la piedad, la ternura y el amor; conectándole con los diversos planos de lo real ante su profundo estado de desarraigo y exilio vital (19).

Como puede apreciarse en el relato que sigue a continuación, el camino lo dibujan las metáforas (el lenguaje del alma), las palabras siguen pistas, la intuición desvela ciertas huellas, etc., surgiendo la verdad por revelación a través de una actitud que tiene que ver con la compasión, actitud receptiva que se expresa a través de un lenguaje poético y no a través de un lenguaje dominador y excluyente. El primero de los relatos lo escriben PS y solicitante, ambos «sanadores heridos». El segundo, relacionado con el anterior, lo escribe el compañero de viaje de la PS, y que habitó en la herida infinita de ambos.

1. La historia de Hugo. El relato de dos «sanadores heridos»

Ojalá estas líneas las escribiera él. No tengo la más ínfima duda de que no harían falta más palabras para comprender. No serían necesarios artículos, ni mesas redondas, ni opiniones de expertos. Creo que cada ser es experto en sí mismo. A veces es necesaria una compañía para clarificar sin simplificar el *desde dónde* se toman las decisiones en el *viaje* de la vida. Pero la respuesta es *propia*.

«*Todo lo que hacéis los sanitarios es intervención*», dice una mujer en duelo. Hay que tenerlo muy presente porque algunas *intervenciones son iatrogenia*. Creo que opinar sobre la vida, el viaje de otro, decidir el camino que puede o no puede hacer... no, que debe o no debe hacer, es *inapropiado* (me nace otro adjetivo, pero es *inapropiado*).

Justificar ante otro mi muerte es como justificar ante otro mi vida. No estoy hablando de que no haya un tiempo sin tiempo de *reflexión compartida*. Un tiempo en el que ambos viajes sigan un recorrido de *acogedora confrontación*, para ambos seres. Pero no de justificación, de convencer a quien decide si la decisión es o no correcta... Esta, como tantas decisiones, será o no válida según *tenga o no sentido* para quien la toma.

Para redactar el informe que entregaríamos a la Comisión de Garantía y Evaluación que decidiría si la decisión de Hugo era o no aceptada, utilicé un fragmento de las conversaciones que manteníamos por whatsapp. Dice así:

“Al principio todavía podía haber lugar a alguna duda, pero cuanto más tiempo pasa más claro lo veo. Cuanto más consciente soy de la situación real en la que me encuentro, más ganas tengo de que termine. Siento que es mi hora, que el círculo ya se ha cerrado, que la vida ya me dio ese tiempo extra que le pedía hace 6 o 7 años cuando todo indicaba que el cáncer de la sangre me iba a matar. Entonces no quería irme. Lo he disfrutado y ya me puedo ir tranquilo. Siento que ha llegado mi hora. No le veo el sentido. Desde que decidí que iba a solicitar la eutanasia estoy tranquilo. Me he quedado relajado. Deseo que quienes lo hagáis posible también lo estéis, pensando que era la manera de que yo estuviera feliz...”

Este artículo no habla de la eutanasia. Habla de Hugo. De la *decisión* de Hugo. No habla de cuidados paliativos. Habla de los *cuidados* que me pidió Hugo. No habla del sentido de la vida. Habla de la *vida que tenía sentido* para Hugo. Habla de lo que tuve que desahuciar y “desaprehender” para encontrar el espacio en mí donde poder permanecer a su lado, sin hacer mucho ruido. Y habla de todo lo que aprendí y sigo aprendiendo desde su mirada y la de su madre. El próximo 12 de mayo hará un año de su muerte. No ha pasado ni un solo día sin recordarlo.

Hugo se muere. De una manera u otra. Se suelta. Y a mí me nace apuntalarlo a la vida. Pero no puedo. No me deja. Porque no es vida para él. Pero yo no lo veo así. Porque estoy entrenada para mantener el cuerpo vivo desde la creencia de que eso es vida. Hugo se (me) quiere morir. Y quiere que yo lo muera.

Es la primera vez que me piden eso. Eso que cuando fue legalmente posible deseé gastando seis de mis siete deseos, que nadie me lo pidiera. Lo sentía un fracaso, una incapacidad en el cuidado y acompañamiento.

“No quiero vivir así” es diferente a *“quiero morir”*. Ese es el ruido. El mío. El *“quiero vivir, pero no así y entonces solo me queda la muerte”*. *La muerte no como elección sino como salida*. Y yo desearía poder cambiar el “así”. Y yo desearía que encontrara sentido a seguir. Pero lo deseo desde el cuerpo que habito. Y le escucho que lo que siente es que ya es tiempo de morir el cuerpo. Como acto. Porque él ya lo está.

Cuando Hugo me pidió que lo muriera, sin tener casi ni que decirlo porque los dos sabíamos a qué se refería y los dos sabíamos que yo no quería, me confrontó con mis creencias más arraigadas, las que de alguna forma daban soporte a mis haceres. Creencias que además me vienen de mi padre que falleció unas semanas antes de que Hugo me hiciera la petición. Yo le pedí un tiempo para digerirlo. Los dos sabíamos que mi respuesta sería “sí” porque unos meses antes me comprometí a acompañarlo hasta el final (en mi sentipensar estaban los cuidados paliativos).

Llevaba varias semanas ingresado. Una cirugía paliativa lo había dejado sin habla y sin la posibilidad de volver a beber o a comer. O a besar. Lo había dejado con el cuello rígido. Con dolor de muy difícil control. En este tiempo nos comunicábamos por whatsapp. Cada día. Mensajes y mensajes en los que él iba compartiendo su enorme sufrimiento.

La petición me la hizo a la semana y media de estar en casa. Quería que yo fuera su médica de cabecera también en esto. Me hubiera gustado decirle que era objetora de conciencia. No quería que muriera. Pero mi conciencia objetaba contra mi voluntad. No contra la suya. Hablábamos a diario. Iba a su casa, bueno a la de su madre, al menos una vez por semana. Cada vez él me permitía la pregunta *“¿estás seguro?”* y el *“sabes que puedes cambiar de opinión en cualquier momento”*. Y cada vez su respuesta era acoger mi susto con una mirada compasiva y una sonrisa. Y era así.

Muchas veces en el camino al metro se me salían las lágrimas. Hasta que *un día, al des-*

pedirme de su madre en la puerta hubo un tiempo sin tiempo en el que nos nació un abrazo. Sentí que necesitaba, de alguna manera, el permiso de su madre para ello y que no me culpaba por acompañar a Hugo en su decisión. Ella también lo acompañaba.

Su discernimiento estaba hecho por él hace tiempo. Lo habíamos ido compartiendo de una forma cotidiana, sin tapujos, sin miedo a expresarnos. Los dos sabíamos al otro un espacio seguro. *Yo le preguntaba y le preguntaba desde mis dudas, sabiéndolas más.* Y él me respondía cada una de las preguntas con una paciencia que siento también tuvo que aprender por mí, *para cuidarme.* La confianza era una maravillosa música de fondo.

Me dolía no poder hacer nada por cambiarle el “vivir así”. Fuimos aliviando el dolor físico, pero nadie podía devolverle una respiración sin esfuerzo, ni la posibilidad de comer o beber, o besar, ni que volviera a hacer el deporte que era su día a día.

Sabía que *yo no quería que muriera, su vida para mí estaba llena de sentido.* Su mirada ensanchaba y daba profundidad a la mía, pero también sabía que en este tiempo mi voluntad había aprendido a abrazar en paz a la suya. Para esto fue definitivamente necesario el que la voluntad de su madre abrazara la mía.

En el tiempo de espera a la respuesta de la Comisión, él iba despidiéndose, pero con una incertidumbre que no le dejaba en paz. *“Es como si la despedida no fuera del todo verdad”* me decía. El día que le dieron el sí, cuando fui a verlo, parecía una persona distinta. Transmitía paz. Ahí fui consciente de la tensión que había soportado todo este tiempo.

Una vez más le recordé que podía cambiar su decisión en cualquier momento. Se lo decía pidiéndole disculpas con la mirada. Me parecía casi una falta de respeto, pero con Hugo podía hacerlo porque él sabía que estaba anteponiendo, como siento que debía ser, su voluntad a la mía.

En esos días el miedo, casi pánico que me habitaba era que el momento no fuera bien, que no muriera bien. Iba a ser la primera vez. No puedo negar que deseo que sea la última.

Hugo *había decidido.* El viernes, 12 de mayo de 2023, a las 12 del medio día va a morir. Yo había decidido acompañarlo para intentar

garantizar que lo haga en las mejores condiciones y que pueda sentirse cuidado hasta el final, sin miedo al abandono. Morir acompañado de la presencia de personas concretas, como Garazi, mi compañera enfermera, imprescindible en este caminar, con una música de fondo elegida por él, con una vela con olor a coco, en su cama de siempre...

Yo sigo digiriendo su muerte.

Su vida para él no tenía sentido. Pero sí lo tenía para mí. El mensaje de buenos días, el confrontarnos sentipensares, el compartir la mirada y descubrir el mundo desde su perspectiva, y también desde la de su madre (con la que sigo compartiendo camino). *Fueron muchos tiempos sin tiempo conversando.* Él con gestos o con mensajes de texto. Todo le era un esfuerzo, pero desde ese “sí” estaba tranquilo, en paz.

Yo nutro mi paz con la suya y sigo buscando la mía desde el planteamiento que le escuché a un referente para mí en humanidad, de plantear la eutanasia un recurso, el último recurso, de los cuidados paliativos.

2. El relato de José, otro “sanador herido”

Hugo fue detonante de tensiones entre nosotros... si ya cuesta compartir todo el cortisol que tu pareja trae a casa con el día a día de atención de consulta en Primaria, añade acompañar este proceso. Proceso que traspasa el horario de la consulta y que convive con la intimidad del hogar; no podía evitar la impotencia que genera día a día ver sufrir a tu pareja; llegando a aconsejar y, en ocasiones, suplicar de que no pasara por el proceso de responsabilizarse de acabar con la vida de su paciente...

No hubo horario con Hugo; se le acompañó desde mi opinión como una forma “paliativa de cuidados” las 24 horas y, a su vez, él naturalizó este cuidado desde el respeto a todos los sanitarios que le acompañaron. Este respeto fue catalizador de mi crecimiento y desaprendizaje de prejuicios y creencias sobre la eutanasia... A medida que fui conociendo su historial, mi mirada cambió, empatizando cada vez más con Hugo y su persona, respetando desde mi ignorancia por qué un ser de 44 años pone fecha y hora a su muerte y a la vez asistida por el sistema sanitario.

AGRADECIMIENTOS

Belén Molina quiere agradecer hasta el infinito el acompañamiento recibido tanto emocional como en lo técnico por personas concretas, con nombre y apellido, a las que fue a pedir ayuda y consejo. Ojalá desde la Institución se entienda que acompañar y formar a sus profesionales es prioritario, fundamentalmente en lo emocional.

CONCLUSIONES

Compartir con los otros las sombras éticas y emocionales de la deliberación y las luces de la dignidad humana ante una solicitud de AMpM, nos puede ayudar no solo a ser mejores profesionales sino también a descubrir nuestra intrínseca vulnerabilidad como 'sanadores heridos'. Una metodología deliberativa rigurosa, como la propuesta por Diego Gracia, y una bioética narrativo-poética constituyen dos estrategias educativas fundamentales para ayudar a tomar decisiones más reflexivas, prudentes y responsables. También para reducir el distrés moral de los PS que afrontan una solicitud de AMpM.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen las aportaciones realizadas al manuscrito por Mabel Marijuán Angulo, Francisco Javier Blázquez Ruiz y Miguel Melguizo Jiménez, grandes referentes profesionales en el mundo de la filosofía, la bioética y la medicina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esquirol J. Humano, más humano. Una antropología de la herida infinita. Barcelona: Acantilado, 2021
2. Nouwen H. El sanador herido. Madrid: PPC Editorial, 2005.
3. Feito Grande L, Moratalla TD. Bioética narrativa aplicada. Madrid: Editorial Guillermo Escolar; 2020.
4. Feito Grande L. El compromiso ético con una buena deliberación. La narrativa como clave. *Argumenta Philosophica* 2/2023, pp.79-80.
5. Tarodo Soria S, Triviño Caballero R, Díaz-Corbacho G. Eutanasia y libertad de conciencia: derechos y obligaciones profesionales. *AMF* 2022; 18(5):272-278
6. Triviño-Caballero R, Parra Jounou I, Roldán Gómez I, López de la Vieja T. Causes for Conscientious Objection in Medical Aid in Dying: A Scoping review. *Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique*, 6(3-4), 102-114. <https://doi.org/10.7202/1108007ar>
7. Herreros B, Ramnath VR, Santiago-Saez A, Velasco Sanz TR, Pinto Pastor P. Guidelines for conscientious objection in Spain: a proposal involving prerequisites and protocolized procedure. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2024, 19:4 <https://doi.org/10.1186/s13010-024-00155-x>
8. Simón Lorda P, Torrell Vallespín G. Eutanasia y capacidad para la toma de decisiones. *AMF* 2022;18(5):266-271
9. Júdez Gutiérrez J, Expósito-Duque V, Regato-Pajares P. Solicitudes de eutanasia en casos particularmente complejos: demencia y salud mental. *AMF* 2022;18(5):303-310
10. Álvarez Marrodán I, Baón Pérez B, Navío Acosta M, López-Antón R, Lobo Escolar E, Ventura Faci T. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029>

11. Seoane JA. Deliberación bioética y Derecho. *Argumenta Philosophica* 2/2023, pp. 46-48.
12. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:18-23.
13. Duro Robles R, Muñoz Seco E, Peguero Rodríguez E. Comunicación con la persona que solicita eutanasia. Entrevista clínica de ayuda a la deliberación. *AMF* 2021;17(9):505-512.
14. Ortega Lozano R, Martínez-López MV, Liedo B. Eutanasia: razones, mitos y desatinos. *AMF* 2022;18(5):248-254.
15. Blanco Mercadé A. Ayudar a morir, ayudar para morir. Disponible en línea: www.ablancomer.com
16. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982; 306(11):639-645.
17. Benito Oliver E, Maté Méndez J, Pascual López A. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2011;18(7):392-400.
18. Pérez de Lucas N, García-Llana H, Gómez Iglesias E, Júdez Gutiérrez J. Planificación compartida de la atención, comunicación y eutanasia. *AMF* 2022; 18(5):297-302.
19. Del Socorro García Restrepo G. La razón poética en Zambrano: algunas claves interpretativas para desentrañar su sentido. *Universitas Philosophica*, vol 36, núm.73, 2019. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uph36-73.rpmz>

#Noticias

• CONVOCATORIA: PREMIOS TOMÁS BELZUNEGUI 2024

La SNGG ha recibido el reconocimiento de Entidad de Mecenazgo Cultural. Este reconocimiento favorece que aquellas personas o empresas que hagan una aportación económica a la entidad, se vean beneficiadas por deducciones fiscales.

La Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología, en reconocimiento al Dr. Tomás Belzunegui Sarasa, pionero en la atención sanitaria de las personas mayores de Navarra, ha creado este Premio que lleva su nombre.

Premia aquellos trabajos que destacan el papel positivo de las personas mayores en su entorno familiar, social y cultural, sin caer en prejuicios y estereotipos.

Todo ello en un contexto intergeneracional

- Envío de trabajos por correo electrónico a: premiotb@sngg.es
- Envío postal y lugar de recepción de trabajos en formato impreso en:

Premio Tomás Belzunegui 2024 (indicar modalidad)
Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología
(Colegio Oficial de Médicos)
Avenida de la Baja Navarra, 47.
31002 Pamplona/Iruña

Más información
www.sngg.es
secretaria@sngg.es
Tfno.: 687 425 091



Década del
Envejecimiento Saludable
2020-2030



Convocatoria 2024



MODALIDADES

- PERIODISMO**
- ESO**
- RELATO CORTO**
- SENIOR**
- INTERGENERACIONAL**
- UNIVERSIDAD**

En Centro Navarro de la Audición nos importa
su salud auditiva.

Una buena audición ayuda a evitar el aislamiento



¡No necesitarás que te lo repitan!

PAMPLONA

C/ Paulino Caballero 14, bajo
T. 948 15 16 76

info@centronavarrodelaaudicion.com

TAFALLA

C/ Plaza de Navarra 4, bajo
T. 948 987 400

tafalla@centronavarrodelaaudicion.com



**ESTA PUBLICACIÓN NO SERÍA POSIBLE SIN LA PARTICIPACIÓN DE
NUESTRAS ENTIDADES COLABORADORAS**

