

---

# Eutanasia, objeción de conciencia y aplicaciones tecnológicas

## *Euthanasia, Conscientious Objection and Technological Applications*

Ramón Darío VALDIVIA JIMÉNEZ

Facultad de Teología «San Isidoro de Sevilla»  
CES Cardenal Spínola – Fundación CEU Andalucía  
[ramvg1974@gmail.com](mailto:ramvg1974@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0001-9064-1853>

RECIBIDO: 12/09/2022 / ACEPTADO: 12/01/2023

---

**Resumen:** La creciente aceptación social de la eutanasia contrasta con la opinión de la profesión médica que, aunque goce de ciertas garantías en la LORE, puede ver alterado su código deontológico si el Sistema Nacional de Salud transforma la relación humana entre médico-paciente por una relación, cada vez más expansiva, de tipo tecnológico.

La complejidad de la valoración del contexto eutánico y la fuerte animadversión de la profesión médica a la aplicación de la eutanasia no pueden servir de criterio para fomentar la robotización de una sanidad, que tiene como principios el respeto de la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad.

Este trabajo presenta un análisis crítico con la hipótesis de la aplicación de nuevas tecnologías que pudieran suplantar la objeción de conciencia individual y de la profesión médica respecto a la eutanasia.

**Palabras clave:** eutanasia; objeción de conciencia; deontología; inteligencia artificial; robótica.

**Abstract:** The growing social acceptance of euthanasia contrasts with the opinion of the medical profession that, although it enjoys certain guarantees in the LORE, its deontological code may be altered if the National Health System transforms the human relationship between doctor-patient into a relationship, increasingly expansive, of a technological nature.

The complexity of the evaluation of the euthanasia context and the strong animosity of the medical profession towards the application of euthanasia, cannot serve as a criterion to promote the robotization of a healthcare whose principles are respect for human life, the dignity of person and the health care of the individual and the community.

This paper presents a critical analysis of the hypothesis of the application of new technologies that could replace individual conscientious objection and that of the medical profession regarding euthanasia.

**Keywords:** Euthanasia; Conscientious objection; Deontology; Artificial Intelligence; Robotics.

## I. INTRODUCCIÓN

Entre los grandes desafíos y oportunidades que ofrece la inteligencia artificial (IA) están los aportes de su técnica a la medicina y al cuidado de la vida. Son incontables los beneficios que se pueden aplicar, desde el conocimiento e investigación del propio cuerpo hasta los elementos exógenos que pueden ofrecer una calidad de vida impensable hasta hace poco tiempo, entre los que se encuentran los robots, que pueden facilitar el movimiento de arti-

culaciones humanas que carecían de esta facultad. Y, al mismo tiempo que al servicio de la calidad de vida, la inteligencia artificial y la robótica, inevitablemente, colaboran también en el nuevo modo de comprender científica y técnicamente no sólo el final de la vida, sino también el modo con el que se percibe el contexto del sufrimiento en la persona humana. Si en el pasado remoto el problema de la muerte acontecía ante el destino y lo definitivo de la ruptura entre la materia y el principio espiritual; en el presente, estas determinaciones han dado paso a las exigencias materiales de la limitación de la corporalidad, que afecta a la tolerancia al dolor y la limitación psicológica para dar, o negar, sentido al sufrimiento. El dolor físico, el sufrimiento espiritual y la concreción de la muerte ¿pueden ser aliviados con esta nueva tecnología médica?

La imponderable realidad del dolor, del sufrimiento y de la muerte, ha buscado respuestas fundamentalmente a través de códigos religiosos, éticos y, como no, también jurídicos. Esta fue la necesidad de la exigencia del juramento hipocrático que ha regulado los objetivos de la profesión médica desde la antigua Grecia hasta nuestros días; si bien, lo que parecía inalterable, a medida que los nuevos valores han impregnado la sociedad contemporánea, también han afectado a la comprensión de la enfermedad, el dolor y la muerte, introduciendo cambios axiológicos en los que la consideración preponderante de la autonomía del paciente en la valoración ética de los tratamientos y sus finalidades se ha impuesto sobre los criterios externos, ya fueran de matriz religiosa, jurídico-ética o incluso médica<sup>1</sup>.

Desde esta perspectiva los promotores de la eutanasia han pretendido incoar la necesidad de su regulación, de modo que, más que una mera despenalización, el legislador ha tratado de ofrecerla a la sociedad contemporánea como la única respuesta a esa triple «amenaza» que suponen la enfermedad, el sufrimiento y la muerte a nuestra cultura contemporánea, que se halla fuera de resortes con los que hacer frente a la inexorabilidad del tiempo y el deterioro biológico que genera en la condición humana. Pero, lo más significativo de nuestros días es que estas regulaciones de origen parlamentario, formalmente constitucionales de democracias liberales, una vez que se han consensuado

---

<sup>1</sup> En la 68ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial se ha impuesto la consideración de la autonomía del paciente en los tratamientos médicos como uno de los pilares tradicionales de la medicina según el juramento hipocrático, de manera que se incorpora en los mismos términos que el de beneficencia, la no maleficencia y la justicia, <<http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-juramento-medico-se-actualiza-e-incorpora-por-primera-vez-la-autonomia-del-paciente>> [consulta: 08/08/2022].

en la sede política oportuna, dejan el peso moral, el control administrativo y la ejecución de esa única respuesta en las manos de los profesionales sanitarios, obviando otras alternativas que la profesión médica ya había implantado, como pueden ser los tratamientos paliativos al dolor y la colaboración multidisciplinar para ofrecer dinamismos espirituales que sostuvieran la imponente fuerza del sufrimiento, ya que la muerte, como tal, ni tan siquiera el transhumanismo ha logrado, hasta el momento, frenarla<sup>2</sup>.

Así lo corrobora la opción de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia 3/2021 de 24 de marzo<sup>3</sup>, que opta, como todas las regulaciones de la eutanasia en el Derecho comparado, por un modelo medicalizado en la prestación de la ayuda para morir (PAM), incluido en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (art. 13.1 LORE), en la que, ante la eficacia del «tratamiento» que genera la muerte del paciente, no controla nadie más que el médico y la Comisión de Garantías y Evaluación aprobada por la Comunidad Autónoma correspondiente, que toma referencia del caso particular exclusivamente mediante los informes.

Me sorprende que no esté previsto, ni en la LORE ni en ninguna otra norma reguladora de la eutanasia a nivel mundial, el control judicial o del Ministerio Fiscal o alguna otra intervención de los órganos de inspección sanitaria en los procedimientos para ofrecer la PAM, ni tan siquiera en los casos en los que la Comisión hubiera detectado alguna anomalía, cuestión que solventaría la delegación sanitaria pertinente. En todo caso, quedaría una inspección *ex post-facto*, que carece de sentido para el finado.

Es decir, la medicalización de la prestación para la ayuda morir tiene su ámbito lógico en las instituciones sanitarias, pero se echa en falta un procedimiento abreviado o urgente en el que los controles y garantías de la vida

---

<sup>2</sup> BELTRÁN AGUIRRE, J. L., «El procedimiento y controles necesarios con el fin de garantizar la observancia de los requisitos objetivos y subjetivos», *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, 155-198. El triple filtro de la regulación de la eutanasia para comprobar los requisitos establecidos para obtener la prestación de la ayuda para morir (PAM) lo tienen las figuras del médico responsable (en dos ocasiones), el médico consultor, en segunda instancia, y la resolución de la Comisión de Garantías y Evaluación, compuesta por una pluralidad de disciplinas, pero en las que intervienen de manera destacada la profesión médica y juristas fundamentalmente.

<sup>3</sup> Tras algunos intentos de regular la eutanasia, el resultado sólo devino en la LIV legislatura, el 18 de marzo de 2021, el Congreso de los Diputados aprobó esta ley aceptando las enmiendas propuestas por el Senado. En la votación final, el texto obtuvo 198 votos a favor, 142 en contra y 2 abstenciones.

de las personas pueda estar protegida por quienes constitucionalmente están habilitados para ello. No se comprende cómo, por ejemplo, para el necesario proceso de incapacitación de una persona se requiera este control, y para la muerte, aun cuando fuera requerida por el propio paciente, no exista.

Los códigos éticos que han regulado la *lex artis* repudiaron la eutanasia como respuesta a la enfermedad y al sufrimiento, precisamente, porque consideraban que la muerte era la derrota de la medicina en una batalla épica, en la que el argumento de la compasión, que aceleraba el momento de la muerte, no podía ser alegado ni tan siquiera a solicitud del propio paciente, como refiere el juramento hipocrático: «No daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me lo soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo».

Sin embargo, la federación mundial de las sociedades que propician el derecho a morir propugna que ese juramento hipocrático es perfectamente compatible con el principio de la beneficencia médica porque, con la eutanasia se alivia el dolor<sup>4</sup>. En efecto, el argumento del *mercy-killing* es, junto con el de la autonomía de la voluntad, el que sociológicamente tiene un peso mayor para la regulación e implantación de la eutanasia<sup>5</sup>.

Por eso, la presumible resistencia inicial de la profesión médica a la aplicación de la eutanasia, en los términos que establece la nueva regulación española, tiene un doble camino para ser vencida: o la misma asunción social de esta exigencia, también por la profesión médica, en una sociedad cada vez más inclinada a percibir cualquier tipo de sufrimiento como adversario de la humanidad que, presumo, requerirá como mucho una sola generación médica más para que puedan aceptar acriticamente los envites morales que suscita la eutanasia; o la implantación exponencial de las nuevas tecnologías, inteligencia artificial y/o robótica, que puedan suplantar o sustituir a las exigencias que la ordenación jurídica ha depositado en las manos de los profesionales sanitarios.

Finalmente, esta aportación quiere afrontar, desde una perspectiva novedosa, anticipada a los hechos y a la doctrina que ha tratado sobre la regulación de la eutanasia y su problemática ética de la objeción de conciencia, la necesidad de limitar el uso de la inteligencia artificial al procedimiento para calibrar

<sup>4</sup> TORRE (DE LA) DÍAZ, J., «Eutanasia y suicidio asistido. Razones para pensar», *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, Dykinson, Madrid, 2019, p. 23.

<sup>5</sup> WOOD MAK, Y. y ELWYN, G., «Voices of the terminally ill: uncovering the meaning of desire for euthanasia», *Palliative Medicine*, 19 (2005), p. 345.

y determinar el contexto eutanásico y la posible aplicación de la eutanasia a los pacientes. De hecho, la mera posibilidad de que hablemos de introducir aplicaciones tecnológicas a la PAM invita a pensar que, en el proceso deliberativo sobre la vida de una persona, que es de naturaleza moral antes que jurídico, se pueda sustituir la valoración del acto médico por un algoritmo matemático, lo que de momento, como veremos, se está rechazando en la bioética legislativa de matriz europea.

## II. LORE: LA DEONTOLOGÍA MÉDICA EN CUESTIÓN

La profesión médica, como ha resuelto la LORE, es la responsable de la aplicación del nuevo derecho subjetivo (Preámbulo LORE § I), para recibir la PAM (art. 13 y 14 LORE)<sup>6</sup>. Esta decisión legal parece estar en contradicción no sólo con lo que los propios profesionales de la sanidad han auto-establecido en la regulación de su profesión, a través de los Códigos deontológicos, sino también con el propio sentido del Derecho, porque supone un problema añadido a la tradicional diatriba entre el valor normativo y axiológico del Derecho, en tanto que al considerar la muerte como un derecho, la convierten en un homicidio legal, lo que implica una quiebra fundamental en la protección del derecho a la vida<sup>7</sup>.

Por eso, antes de entrar en el conflicto propio de la eutanasia, debemos comprender la naturaleza de la tensión entre la ley como fuente del Derecho y la aspiración axiológica de la deontología en la profesión médica. Para centrar el problema, es necesario comprender que la profesión médica ha recibido del Estado el monopolio del ejercicio de la medicina, de modo que, mediante sus compromisarios, elegidos democráticamente entre los miembros de la profesión, redactaron un Código para ordenar el ejercicio de la profesión médica, a través de preceptos, recomendaciones y consejos de la conducta corporativa (cfr. art. 1 CDM [Código Deontología Médica]), no sólo como algo interno a la profesión sino como respuesta ética a la sociedad<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> En definitiva, esta Ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia

<sup>7</sup> ALBERT MÁRQUEZ, M. M., «¿La muerte como cosa justa (lo de cada uno)? Reflexiones sobre la eutanasia desde el realismo jurídico de Javier Hervada, *Persona y Derecho*, 87 (2022), p. 389.

<sup>8</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS [CGCOM], *Código de Deontología Médica*, Madrid, 2011.

Por tanto, el Código de deontología médica, de julio de 2011, es un texto en el que la profesión médica expresa su identidad y la relación con la sociedad a la que quiere servir, pues supone un monopolio vinculado administrativamente a los recursos y exigencias del Estado, en cuanto que la salud se ha extendido al catálogo de los derechos sociales. La función reguladora de los códigos deontológicos es delegada a los Colegios Profesionales para la regulación interna del ejercicio de la profesión, que se lleva a cabo sin perjuicio de las funciones de dirección y supervisión que se reservan las instituciones administrativas para asegurar el respeto a los valores constitucionales. Esta regulación deriva, pues del principio de subsidiariedad, que permite una mayor pericia, competencia, calidad y determinación objetiva de los tratamientos derivados de la experiencia profesional que los que pudieran ser determinados por una ley ordinaria<sup>9</sup>. Ahora bien, esta regulación profesional no puede ser indiferente al principio de legalidad vigente en el ordenamiento constitucional, por lo que dirimir la constitucionalidad de la LORE es, para los colegios profesionales, el quicio de la argumentación para su no aplicación, más allá de la mera imposición normativista<sup>10</sup>. Por eso, en el órgano de comunicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [CGCOM] afirmaba la exoneración del médico<sup>11</sup>.

Así como el Estado ha confiado el monopolio del cuidado de la salud de su población a la profesión médica por su especialidad y tecnicidad, queda claro que también debe respetar que el ethos médico no sólo se deje llevar por el mínimo de la imposición legal, sino por su aspiración a la excelencia del cuidado de la persona humana, más allá incluso de algunas concepciones antropológicas mayoritarias, que pueden producir zonas de conflicto entre lo legal y lo deontológico, entre la perspectiva de un Derecho que se sostenga

<sup>9</sup> SAN JULIÁN PUIG, V., «Distanciamiento entre deontología y Derecho médico», *Cuadernos de Bioética*, 57 (2005), p. 205.

<sup>10</sup> MARTÍN-RETORTILLO BAQUER, L., «Las exigencias éticas de las profesiones», *Seminario sobre deontología profesional*, Unión profesional, Madrid, 1995, p. 326.

<sup>11</sup> COLEGIO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS, «El CGCOM no considera necesario la creación de un registro de objetores de conciencia ante la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido», Madrid, 2021, <<https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/el-cgcom-no-considera-necesario-la-creacion-de-un-registro-de-objetores-de>> [consulta: 07/09/2022]: «Respecto al médico que desee participar en el proceso eutanásico, una vez aprobada la regulación, cabe señalar que estará amparado por las Leyes del Estado y no podrá ser sancionado deontológicamente, salvo que incumpla cualquiera de las condiciones establecidas o realice de forma errónea e incompetente el procedimiento».

exclusivamente por las exigencias sociológicas o por la eticidad de un colectivo profesional que ha recibido la confianza del Estado. Como veremos en el tercer y cuarto párrafo del artículo, este problema puede ser resuelto próximamente con el uso de los métodos tecnológicos como la inteligencia artificial y la robótica.

En el Derecho comparado, la función de los códigos deontológicos depende de si proceden de un sistema de raíz anglosajona o continental. En la disciplina corporativa del área de influencia británica, la sociedad juega un papel preponderante frente al Estado. Este, a través de una ley, delega en un Consejo General o Asociación Médica General para que ejerza de autoridad última, aunque en ocasiones pueda ser acusado por la sociedad como una entidad demasiado «corporativista». Así, en Estados Unidos, por ejemplo, la Asociación Médica Americana dispone de sus propios consejos judiciales para administrar la disciplina médica. En cambio, en el modelo continental, la intervención del Estado es más notable pues, aunque los Colegios Médicos tengan una entidad propia de derecho público, la disciplina debe amoldarse a las leyes aprobadas por el Estado<sup>12</sup>.

En España, la cobertura legal de la deontología en la prestación de los servicios de las diferentes profesiones aparece en la Ley 2/1974 de 13 de febrero, que monopoliza esta función en los Colegios Profesionales, a quienes le corresponde: «ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido de los derechos de los particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial»<sup>13</sup>.

En el contexto de la eutanasia, el Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos señala que el incumplimiento de sus normas supone incurrir en falta disciplinaria cuya corrección corresponde al procedimiento establecido en sus Estatutos (art. 2.2). Como desde el juramento hipocrático la profesión médica ha condenado el provocar intencionadamente la muerte, también su Código, en el art. 36. 3 ha dispuesto: «El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de este». Así parece que tenemos un conflicto con la disposi-

<sup>12</sup> HERRANZ RODRÍGUEZ, G., *Comentarios al código de ética y deontología médica*, Pamplona, EUNSA, 1992, revisada y actualizada en <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/comentarios-al-codigo-de-etica-y-deontologia-medica/capitulo-11>>, comentario del art. 40.4, § 2 [consulta: 07/09/2022].

<sup>13</sup> Art. 5. 1 Ley 2/1974 de 13 de febrero.

ción final segunda de la LORE, que establece: «El médico que actuará amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente».

Frente a la simple consideración de las fuentes del Derecho, primaría la norma legal sobre la regulación axiológica o deontológica por parte del colectivo médico. Sin embargo, la Comisión Central de Deontología Médica del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos ha perseverado en la consideración negativa de la obligación de la PAM bajo el argumento de que esta no es un *acto médico*. Sin embargo, esta norma deontológica ni siquiera es unánime, pues la norma 80 del Código deontológico del Colegio Oficial de Médicos de Cataluña, publicado en el BOE en enero de 2022, prefiere priorizar al juramento hipocrático el respeto a la voluntad del paciente, manifestada personal y anticipadamente en un documento oficial<sup>14</sup>.

La doctrina muestra que el conflicto reside en quién puede determinar lo que sea el acto médico, y si la eutanasia responde a este concepto y, si por tal, la definición deviene por precepto legal, o si la deontología de los propios médicos puede tener algo que decir. Como señala Beltrán Aguirre desde el positivismo más nítido: «Vista la cuestión desde la óptica del Derecho, no cabe duda alguna de que por mor de la entrada en vigor de la LORE y del régimen que diseña para la prestación de ayuda para morir, estamos ante un acto médico»<sup>15</sup>. En cambio, los propios médicos, en sus organizaciones de representación colegial, se oponen a este concepto, sobre todo, por la percepción de que la administración del suicidio asistido o eutanasia no puede ser considerada al mismo nivel que el tratamiento que pretendiera la curación o mejoría del paciente hasta cuando fuera posible, respetando siempre la dignidad en el momento final de la vida, y a pesar incluso de la propia autonomía de la voluntad del paciente, como lo expresó con claridad el Consejo Andaluz de los Colegios de Médicos en su comunicado sobre la eutanasia en abril del año 2022<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> El médico debe respetar y atender, en la medida que sea posible, la voluntad del paciente con relación a decisiones respecto al final de la vida, que se pueden reflejar en el documento de voluntades anticipadas, en el plan anticipado de curas o en anotaciones análogas referidas en la historia clínica del paciente. Cuando el estado del enfermo no le permita tomar decisiones, no conste documentalmente cual es su voluntad o haya dudas sobre esta, el médico juntamente con las personas vinculadas tomará las decisiones, teniendo en cuenta aquello que se cree que habría sido el parecer del enfermo en aquel momento.

<sup>15</sup> BELTRÁN AGUIRRE, J. L., «Desencuentro entre la deontología médica y el derecho positivo en torno a la prestación de la ayuda a morir», *Derecho y Salud*, 32 (2022), p. 8.

<sup>16</sup> CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS MÉDICOS, «Comunicado: 'La eutanasia no es un acto médico'», 2022 [consulta: 05/09/2022]



Así, aparece el eterno conflicto entre la obediencia a la ley positiva y el valor axiológico de la norma. En torno a este conflicto, parece que el legislador ha querido contentar a la posición menos favorable a la eutanasia ofreciendo un carácter garantista en la LORE frente a quienes estuvieran más propensos a la libre determinación de la voluntad<sup>17</sup>, aunque, evidentemente, estas garantías parezcan meras excusas para quienes consideran que la despenalización de la eutanasia no tiene nada que ver con la libre determinación de la voluntad, a que se refiere el art. 10. 1 CE<sup>18</sup>.

## II.1. *La profesión médica: de cuidar la vida a promover la muerte, por ley*

En el contexto del cuidado de la salud, que ha sido monopolizada en la profesión médica por la ley, parece haber una tensión generalizada entre un modelo sanitario que funciona con los cánones burocráticos de la administración del Estado y el modelo de la relación personalizada entre médico y paciente. La reciente crisis de la pandemia de Covid'19 ha puesto de relieve la necesidad de inclinar la balanza hacia un modelo interpersonal en el que no sólo está juego la atención al enfermo considerado en su enfermedad, sino en su humanidad, porque el modelo anterior no sólo provocaba el rechazo en los pacientes sino también en los profesionales sanitarios que experimentaban en todas las especialidades una fatiga crónica, o *burnout*, especialmente en el cuidado de quienes estaban más cercanos a la muerte.

La profesora Olivares ha distinguido los tres modelos predominantes en la cultura médica: la *Patient Centered Care*, que busca empoderar al enfermo en las decisiones acerca de su salud, haciéndole corresponsable también de su resultado; la *Ética del cuidado*, que se centra el propósito en la administración de la salud en la relación médico-paciente con el sentimiento de cuidarlo y la *Whole Person Care*, que busca el cuidado integral de la persona, incluido su en-

---

<sup>17</sup> PEÑARANDA RAMOS, E., «Participación en suicidio, eutanasia, autonomía personal y responsabilidad de terceros», *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, p. 224: «habrá quienes entiendan que la despenalización de la eutanasia es insuficiente, porque se tendría que haber admitido de un modo más general la radical libertad de todos para poner fin a la propia existencia y para contar a tal efecto también con la ayuda de terceras personas».

<sup>18</sup> RODRÍGUEZ PORTUGUÉS, M., «Eutanasia y libre determinación de la personalidad, Dignidad y vida humana: eutanasia, gestación subrogada y transhumanismo, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2020, p. 252.

torno relacional y social<sup>19</sup>. Sea cual sea la perspectiva desde la cual se atienda, queda claro que la intencionalidad de la profesión médica es la de cuidar, lo que es propio, pues para ello se ha capacitado técnicamente ya que sus actos, exclusivamente, le corresponden a esta finalidad<sup>20</sup>. Cualquiera de estos modelos médicos, está respaldado por el principio constitucional del derecho a la vida, de modo que su protección se garantiza en el Estado Social y Democrático de Derecho, mediante el Sistema Nacional de Salud. Así, la profesión médica rechaza mayoritariamente la práctica de considerar la eutanasia como «acto médico» puesto que, desde el origen de la profesión se percibe como una perversión del principio médico de beneficencia bajo capa de la compasión ante el sufrimiento humano<sup>21</sup>.

En cambio, la doctrina jurídica favorable a la regulación y aceptación de la eutanasia trata de sustituir esta protección del derecho constitucional a la vida por la convicción de que este derecho puede convertirse para el enfermo sufriente en un deber-de-vivir<sup>22</sup>. Al mismo tiempo que afirman la constitucionalidad de la eutanasia como un acto médico, dependiente de la oferta del Sistema Nacional de Salud porque, entienden, que los cuidados paliativos y los recursos que defienden los anti-reguladores no agotan las exigencias que la autonomía y libertad de los que sufren en el contexto eutanásico, que no culminan sino con el propio fin de la vida<sup>23</sup>.

<sup>19</sup> OLIVARES OSORIO, P., «Cuidar de otros: retorno a una noción básica para la medicina actual», *Cuadernos de bioética*, 33 (2022), p. 47.

<sup>20</sup> SANTOS, J. A.; «Ética jurídica de la vulnerabilidad al final de la vida: ¿entre la compasión y la responsabilidad en el morir?», *Persona y Derecho*, 87 (2022), p. 422-423.

<sup>21</sup> CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS MÉDICOS, «Comunicado: 'La eutanasia no es un acto médico'», 2022 [consulta: 05/09/2022]

<sup>22</sup> CÁMARA VILLAR, G., «La triada 'bien constitucional, vida humana / derecho a la vida / inexistencia de un derecho a la propia muerte' (acerca de la constitucionalidad de la regulación de la eutanasia en España en perspectiva comparada)», *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, p. 36: «de igual manera que el derecho a la vida no engendra, por sí, especularmente, un genérico y fundamental «derecho a la muerte» para el individuo titular del mismo, tampoco genera un «deber fundamental» implícito a tener que seguir existiendo a toda costa».

<sup>23</sup> MORESO J. J., «Dignidad humana: Eutanasia y auxilio ejecutivo al suicidio», *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, pp. 82-83; CÁMARA VILLAR, G., «La triada 'bien constitucional, vida humana / derecho a la vida / inexistencia de un derecho a la propia muerte' (acerca de la constitucionalidad de la regulación de la eutanasia en España en perspectiva comparada)», *op. cit.*, p. 32; PEÑARANDA RAMOS, E., «Participación en suicidio, eutanasia, autonomía personal y responsabilidad de terceros», *op. cit.*, p. 224; DWORKIN, R., «El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual», Ariel, Barcelona, 1994, p. 248.

Las corrientes que promueven el derecho a decidir sobre la propia muerte pretenden avalar sus posiciones ideológicas desde una perspectiva sociológica mediante la difusión de sondeos demoscópicos, que resultan tendencialmente inclinados a la apropiación de esta ideología, tanto en el extranjero como en nuestra nación.

Resultan reveladores los datos tanto de Oregón (pionero en despenalizar la eutanasia en los Estados Unidos) realizado por la *Oregon Public Health Division*<sup>24</sup>, como el elaborado en España por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) en 2009. Este último realizó un cuestionario a la población con 63 preguntas acerca de la atención a pacientes con enfermedades terminales en el que incluían tres preguntas acerca de la eutanasia, en la que el sesgo ideológico se advierte porque da por hecho que la eutanasia es considerada como un *acto médico*, lo que conduce a un resultado favorable para su aceptación social<sup>25</sup>.

Últimamente, en el Barómetro de enero de 2021, el CIS preguntó también acerca de la eutanasia, en concreto a través de tres preguntas sobre si el encuestado estaba en conocimiento de la aprobación de la Ley de regulación de la eutanasia; si estaba de acuerdo o en desacuerdo con la misma y cuál era la razón de la duda acerca de la misma (CIS, 2021, 9). La apreciación positiva sobre el acuerdo con la eutanasia la respondió un 72,3 % de los encuestados,

<sup>24</sup> *Oregon Public Health Division*, «Oregon's Death with Dignity», Act-2014, <<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATH-WITHDIGNITYACT/Documents/year24.pdf>>, 15 march 2022.

<sup>25</sup> CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS, «Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal», <[https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9982](https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9982)>, 28 mayo 2009 [consulta: 03/09/2022]: «Pregunta 24: Cuando una persona tiene una enfermedad en fase terminal, que le causa grandes sufrimientos y que le causará la muerte en poco tiempo ¿cree Ud. que la ley debería permitir que los médicos pudieran poner fin a su vida y a sus sufrimientos, si esta persona lo solicita libremente?» La respuesta fue afirmativa con un 63,3 % frente a un no, con toda seguridad, que respondió el 9, 2 %. Con dudas respecto a la respuesta afirmativa fueron del 17,2 % y del 5,3 negativa. n/s – n/c fue del 5%. Y otra pregunta fue: «Y si esta persona lo solicita libremente a sus médicos, ¿cree Ud. que la ley debería permitir que estos le proporcionasen los medios necesarios para que ella misma pudiera terminar con su vida?», La respuesta afirmativa descendió al 49,7 %, la negativa ascendió al 16,2 %, los márgenes de dudas tanto a la respuesta afirmativa como negativa ascendieron también, mientras que las respuestas del n/s – n/c redujeron su apreciación considerablemente. Y, la tercera cuestión fue: «En el caso de una persona mayor de 18 años, con una enfermedad degenerativa incurable, que le va a incapacitar mental y físicamente en un futuro próximo, ¿piensa Ud. que, si lo ha solicitado, la ley debería autorizar a los médicos a terminar con su vida cuando ella lo decida?» La respuesta fue afirmativa con absoluta certeza en un 49,4 % frente a una negativa del 14,3 %. Las respuestas dudosas tanto afirmativas como negativas ascendieron a un 28,7 %, mientras que los n/s – n/c fueron del 7,6 %.

mientras que los contrarios a la eutanasia estaban sólo el 15,1 %. De manera que parece no existir dudas del aprecio, y el apremio, con el que el legislador ha querido dar razón a las exigencias sociológicas para responder legalmente a la eutanasia. Sin embargo, esa respuesta tan entusiasta parece no concordar con quienes, por ley, deberían llevarla a cabo.

La objeción a esta medicalización de la eutanasia, consecuencia de la monopolización de la medicina, ha sido puesta de manifiesto casi exclusivamente por la profesión médica, como vimos expresada tanto en su Código deontológico, como en otros sondeos a profesionales sanitarios. Si la demoscopia avala la exigencia para legalizarla, también debería avalar la objeción de conciencia que ratificaba el sondeo elaborado por el CIS (año 2002) acerca de la eutanasia, cuya consideración negativa es mucho más alta en la profesión médica que en la población general<sup>26</sup>. Más recientemente se hicieron encuestas en el Colegio de Médicos de Bizkaia en el año 2018, que afirmaba la necesidad de regulación de la eutanasia<sup>27</sup>: 86,39 % y el suicidio asistido en torno a un 71,21 %. También se preguntó sobre la intención de solicitar la objeción de conciencia, que obtuvo un 28,27 % de resultados afirmativos y un 60,48%

<sup>26</sup> CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS, «Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia», <[https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2440\\_2459/2451/Es2451mar.pdf](https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2440_2459/2451/Es2451mar.pdf)>, abril-mayo 2002 [consulta: 03/09/2022]: «Pregunta 9. Un paciente que sufre una enfermedad incurable y dolorosa y está cerca de la muerte, le pide al médico que acelere su muerte. En su opinión, ¿la ley debería...? La respuesta más contundente es Ninguna de las dos cosas [Que el médico proporcionase una dosis letal de fármaco al paciente para que él mismo pueda acabar con su vida: 21,5 %/ Que el propio médico administrase al paciente una dosis letal de fármaco: 21,6 %], con un 50,7 %». Otra pregunta fue: «Pregunta 11. Un paciente que sufre una enfermedad incurable no terminal que le causa un dolor crónico y graves padecimientos que limitan, en gran medida, su calidad de vida le pide al médico que le ayude a morir. En su opinión, ¿la ley debería permitir...? La respuesta más contundente, aún, fue: Ninguna de las dos cosas [Que el médico proporcionase una dosis letal de fármaco al paciente para que él mismo pueda acabar con ella: 17,3 % / Que el propio médico administrase al paciente una dosis letal de fármaco: 9,1 %] con un 67%». También es relevante la pregunta acerca de la administración de la eutanasia a los niños (de tres años específica), que alcanza el 77,9 %. En el caso de que la solicitud de la eutanasia proviniera de los familiares, los médicos descartan que la ley pudiera permitir la eutanasia en un 70,3 %. Por último, la pregunta 19 es directa: «¿Cree Ud. que debe cambiarse la ley para permitir a los enfermos pedir y recibir el suicidio asistido por un médico y/o la eutanasia activa?» Las respuestas fueron: «Sí, pero sólo para los enfermos terminales que conserven todas sus facultades mentales: 41,5 % / Sí, para pacientes que conserven todas sus facultades mentales, independientemente de que su enfermedad sea terminal o crónica (grave o irreversible): 18,4 % . / No: 31,4 % y n/s-n/c: 8,7 %».

<sup>27</sup> COLEGIO DE MÉDICOS DE BIZKAIA, «Eutanasia y suicidio médicamente asistido», 2018, <<https://www.cmb.eus/encuesta-eutanasia-y-suicidio-medicamente-asistido-del-cmb-eutanasia>>

negativo. En el Colegio de Médicos de Tarragona se hizo una encuesta en julio de 2019<sup>28</sup>, que refería que el 86% de los médicos encuestados preferían mayoritariamente una regulación legal de la eutanasia con un 86 %, si bien el número de los que decían que rechazaban participar en prácticas eutanásicas era del 91 %. El profesor Justo Aznar, a la luz de estos datos y de otras encuestas en el ámbito europeo advertía que, a pesar de que los profesionales médicos reclamasen mayoritariamente una regulación sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, no existía propiamente una demanda de legalización de estas prácticas<sup>29</sup>. Así pues, aunque mediante el método sociológico de la demoscopia pudiera admitirse la oportunidad de la eutanasia, el peso del derecho fundamental de la vida debe priorizarse a la más que probable afectación sesgada de estas encuestas.

Finalmente, en representación de una parte de la sociedad, también algunos partidos políticos del arco parlamentario (PP y VOX) se opusieron a la actual regulación de la eutanasia, y plantearon un recurso de inconstitucionalidad en el Tribunal Constitucional, que ha sido admitido a trámite<sup>30</sup>. De todas formas, resulta llamativa la debilidad de la objeción social a esta Ley Orgánica, que ofrece la muerte entre los tratamientos aceptados por el Sistema Nacional de Salud, pues ella misma se presenta como una respuesta legislativa tras haber contado con el consenso casi absoluto de la sociedad, salvo el de la profesión médica y de quienes, a juicio del legislador, pretenden imponer el deber constitucional de tutela de la vida «a toda costa y en contra de la voluntad del titular de derecho a la vida» (Preámbulo, 1).

Entre las razones de esta aceptación parecería estar el hecho de que el Ejecutivo optó para su tramitación parlamentaria por la forma de *proposición* de Ley, y no como *proyecto* de Ley, para obviar las consultas necesarias a instituciones independientes como el Consejo de Estado, el Consejo General del Poder Judicial, el Comité de Bioética y otros órganos cuya obligatoriedad no es exigible<sup>31</sup>. A mayor abundamiento, la paradójica tramitación parlamentaria

<sup>28</sup> COLLEGI OFICIAL METGES TARRAGONA, «Estudi sobre la percepció de l'eutanàsia entre el col·lectiu de Metges. Informe de resultats», <<https://comt.cat/es/resultados-de-la-encuesta-realizada-sobre-la-percepcion-de-la-eutanasia-entre-el-colectivo-de-medicos/>>, 2019 (17 julio 2019).

<sup>29</sup> AZNAR, J., «Opinion of physician and the general population on the legalization of euthanasia and assisted suicide», *Cuadernos de Bioética*, 32 (2021), p. 34.

<sup>30</sup> TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, *Nota informativa* 81/2021.

<sup>31</sup> GUTIÉRREZ VICEN, C., «Sinopsis art. 88 CE», <<https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=88&tipo=2>>, 2005 [consulta: 31/08/2022]

se realizó en un periodo de limitación de libertades públicas a consecuencia de la COVID'19, que también fue declarada inconstitucional<sup>32</sup>. Consecuentemente, si la muerte está silenciada sociológicamente, parece razonable que una legislación favorable a la aplicación de una ayuda a morir, también lo sea, y así fue.

En este contexto, una de las opiniones que el Ejecutivo trató de evitar para la tramitación de la Ley Orgánica fue la del Comité de Bioética<sup>33</sup>, institución pública que se regula por la Ley de Investigación biomédica 14/2007 de 3 de julio<sup>34</sup>. A pesar de no ser consultado, este Comité emitió un informe tanto para criticar el procedimiento parlamentario adoptado por el Ejecutivo<sup>35</sup>, como por la materia que se sustanciaba. Destacaba que la eutanasia no podría ser considerada como un acto médico, a pesar de lo que estableciera la propia ley porque: «Se trata de un cambio de comportamiento médico aceptable que una vez legalizado será enseñado como adecuado y será practicado como necesario»<sup>36</sup>. Señalaba que, en todo caso, podría ser considerado un acto sanitario por desarrollarse en el ámbito natural de la monopolización de la medicina, pero que, como tal, al no estar dirigido a procurar la salud según el principio de necesidad, no podría ser considerado como un acto terapéutico pues, al tener la intención de eliminar el sufrimiento, el resultado era la terminar con la vida del paciente, con lo cual la necesidad está excluida<sup>37</sup>.

<sup>32</sup> TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, «Sentencia 168/2021» <[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-18371](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-18371)>

<sup>33</sup> COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Declaración sobre la tramitación parlamentaria de la reforma legal de la eutanasia y auxilio al suicidio» de 4 de marzo de 2020, <<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Declaracion%20CBE%20tramitacion%20reforma%20eutanasia%20auxilio%20al%20suicidio.pdf>>.

<sup>34</sup> <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-12945#tvii>>, título VII.

<sup>35</sup> COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, *Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir; en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*, <<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>>, 6 de octubre 2020 [consulta: 04/09/2022]. Probablemente, a juicio del legislador no convenía atender a los informes de dicho Comité por razones meramente ideológicas, a pesar de que el art. 80.4 de esta ley que regula su funcionamiento requiera que los miembros actúen con independencia de las autoridades que los propusieron, por lo que se demuestra que más que una exigencia social, la nueva LORE era un proyecto de transformación cultural. Los miembros de dicho comité se renovaron en su totalidad el 26 de julio de 2022 excepto la persona que emitió un voto particular a este informe: <[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-12658](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-12658)> [consulta: 10/08/2022].

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 37.

<sup>37</sup> *Ibid.*, p. 19.

Así, el problema que se vislumbra con la nueva regulación de la eutanasia y el suicidio asistido es la desbordante capacidad de los poderes del Estado, especialmente del Ejecutivo, para erigirse como artífices políticos de una *lex artis* que le precede cronológica y materialmente. Estos poderes han delegado en la profesión médica la salud de la población, luego a pesar de todo, para los problemas médicos, los poderes se deben a esta, rigiéndose por su propio código deontológico, y es esta la que debe poner los límites éticos a su práctica. De lo contrario, puede generarse la sospecha de la sumisión de la profesión médica a los postulados utilitaristas (o posibilistas) que sostengan la política, con el resultado de que puede desarticular todo el entramado ético que secularmente ha sostenido la profesión médica, tal y como sostiene el Comité de Bioética de España<sup>38</sup>, y algunos autores contrarios a la prestación de ayuda a morir<sup>39</sup>.

Estos escrúpulos se hubieran vencido si hubiera habido un diálogo y consenso con los profesionales sanitarios, aunque esto nos parece del todo inverosímil dada la orientación decididamente favorable a la eutanasia de esos representantes políticos, ya que, personalmente, no obvio en absoluto que exista la necesidad de una regulación en materia sanitaria. Sin embargo, el problema es la falta de legitimidad cuando los poderes públicos tratan de definir la identidad social de la sociedad a golpe de legislación. No obstante, la misma LORE trata de superar esas reservas éticas ofreciendo en su articulado la posibilidad de la objeción de conciencia médica (art. 16 LORE), como no podría ser de otra forma en un Estado Social y Democrático de Derecho que respeta el principios de una verdad moral del objetor, como reconoce la Constitución al insertar este derecho en el contenido de la libertad de conciencia y religiosa (art. 16.1 CE y en extenso en la objeción de conciencia al servicio militar en art. 30 CE). La doctrina constitucional lo ha reconocido (STC 53/1985 y STC 145/ 2015) y también ha reflexionado sobre el derecho de objeción de conciencia en materia sanitaria<sup>40</sup>.

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 44: «el riesgo de que una política de eutanasia apoyada por el Estado ya sea como excepción, ya sea como derecho e, incluso, como prestación pública acabe en una expresión de puro utilitarismo no es descabellada».

<sup>39</sup> ZURRIARÁIN, R. G., «La ley Orgánica 3/2021 sobre regulación de la eutanasia: ¿Una ley deshumanizadora?», *Cuadernos de Bioética*, 32 (2021), p. 264: «la muerte provocada no puede ser un atajo que nos permita ahorrar recursos humanos y económicos imprescindibles en el cuidado y acompañamiento integral de los enfermos [...] hemos sustituido todo ese debate sobre prestaciones asistenciales por la opción de pedir la muerte».

<sup>40</sup> GASCÓN ABELLÁN, M. F., «Objeción de conciencia sanitaria», *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, Thomson Reuters – Civitas, Cizur Menor, 2010, pp. 149-154.

## II.2. *La objeción de conciencia en la LORE*

Como hemos visto, el legislador pudo apoyarse en la exigencia de la sociedad para introducir este nuevo «derecho subjetivo», como remite en el preámbulo<sup>41</sup>. Sin embargo, la profesión médica parece verse «agredida» en su dignidad ética para realizar aquello que la conciencia individual y, especialmente profesional, le impide, tal y como subrayan el Código deontológico y la mayoría de los colegios profesionales.

Este «desacuerdo» entre la sociedad y la profesión médica resulta, a mi juicio, uno de los precedentes epistemológicos sobre los que se asienta la crítica más importante a la LORE porque, mientras que la sociedad que legitima la ley está profundamente ligada al subjetivismo cultural<sup>42</sup>, la profesión médica se debe radicalmente al cuidado médico objetivo de la persona a la que sirve y atiende, incluso más allá de la autonomía de la voluntad (subjetiva) del paciente. Por eso, el legislador trató solventar esta falla siguiendo el modelo de objeción de conciencia para el médico, tipificado en la legislación belga<sup>43</sup>, al pensar la necesidad de establecer garantías en la LORE para los médicos, individualmente considerados, que se viesen afectados en conciencia frente a la pretensión de que pudieran solicitarle la eutanasia<sup>44</sup>. En este sentido, el legislador ha seguido la estela de la objeción de conciencia en materia sanitaria regulada en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud reproductiva, en la que el art. 95.2 dispone el reconocimiento de la objeción de conciencia a los profesionales sanitarios para.

Pero el modelo español ha negado totalmente la posibilidad de una objeción de conciencia fuera del estricto ámbito de la conciencia individual. Los centros sanitarios, pues, no podrán ejercer corporativamente esta posibilidad porque el legislador ha considerado que los sujetos colectivos no tienen «conciencia». Como el ámbito de este problema excede lo que quiero expresar en

<sup>41</sup> (Preámbulo LORE § I): «es, precisamente, obligación del legislador atender a las demandas y valores de la sociedad, preservando y respetando sus derechos y adecuando para ello las normas que ordenan y organizan nuestra convivencia».

<sup>42</sup> CABRERA CARO, L., «Un nuevo derecho llamado eutanasia. Revisión crítica al amparo de la concepción clásica del derecho», *Persona y Derecho*, 87 (2022), p. 408.

<sup>43</sup> RUIZ MIGUEL, A., «Objeción de conciencia y eutanasia», *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, p. 263.

<sup>44</sup> (Preámbulo LORE § I): «Al mismo tiempo, mediante la posibilidad de objeción de conciencia, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda médica para morir».



mi colaboración, apunto solo algunas consecuencias de este aspecto, quedando al margen otras tantas matizaciones como pueden hacerse a esta Ley Orgánica.

El Comité de Bioética de España publicó un documento sobre la objeción de conciencia y eutanasia en el que contradijo este argumento alegando que la ley 52/2002 de 26 de diciembre había reconocido la cualidad de la conciencia colectiva a los damnificados en la Guerra Civil y la dictadura, como expresión de plena ciudadanía democrática y prolongación de la libertad ideológica. También alega el Comité de Bioética las sentencias del Tribunal Constitucional en las que reconoce un tipo de conciencia colectiva, como el caso de los derechos del pueblo judío (STC 241/1991 del caso Violeta Friedman), y más concretamente, en el caso del respeto al ideario en los centros educativos concertados (STC 106/1996) que, puede ser asimilable a las instituciones sanitarias dependientes con ideario contrario a la PAM, propugnada e impuesta por la LORE. Resulta llamativo que el único voto particular al informe del Comité de Bioética, emitido por D.<sup>a</sup> Leonor Ruíz Sicilia, contrario al sentido de un derecho a la objeción de conciencia institucional, permita la posibilidad de que las instituciones puedan establecer en los contratos de conciertos con la Administración pública en los que se «dispense» de dicha prestación, mas no por la mera objeción de conciencia a la ley, sino al contrato realizado previamente<sup>45</sup>.

La inadmisibilidad de la objeción de conciencia corporativa, refiere la LORE, presume la sospecha del legislador a que se pueda provocar una frustración del derecho individual a solicitar la PAM, cuantitativa como cualitativamente, tal y como reconoce el sector de la doctrina que propicia la eutanasia. Cuantitativamente, por la alta implantación de instituciones sanitarias de ideario católico, lo puede provocar un: «severo impacto en la tutela de una muerte digna»<sup>46</sup>. Además, porque esa objeción «institucional» podría afectar la solicitud de las personas ingresadas en estos centros imponiendo inconvenientes a la prestación de la ayuda a morir y provocando traslados forzosos. Esta objeción institucional también podría afectar cualitativamente la solicitud de la PAM, provocando la desobediencia civil, pues el deber objetado (esta

<sup>45</sup> COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia», p. 38, <<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf>>, 21 de julio de 2021 [consulta: 06/09/2022].

<sup>46</sup> RUIZ MIGUEL, A., «Objeción de conciencia y eutanasia», *op. cit.*, p. 271.

prestación), requiere ser protegido. De esta manera, el legislador reconoce que prima su intención, que coincide con «estabilidad, serenidad o comodidad» del paciente que solicita la PAM, a la conciencia de quien deba llevar a cabo la prestación de ofrecer la muerte, quien concibe estatutariamente la medicina para vencer a la muerte, y para ser su instrumento.

En línea con esta doctrina, pero apuntando más a las consecuencias políticas que éticas, el Comité de Bioética de Andalucía, en su dictamen de abril de 2021, optó por la distinción entre la objeción de conciencia y el «activismo ideológico». La primera tiene un carácter individual, que preserva la libertad de conciencia, mientras que ese activismo, simplemente supone una herramienta política para transformar las instituciones<sup>47</sup>. En el mismo sentido, pero más asépticamente política, es la afirmación de Martín Sánchez, quien alega la decisión de la Comisión Europea de Derechos Humanos 11921/86 que declaraba que, mientras que la libertad religiosa y la ideológica pueden ser ejercidas por una persona jurídica, la de conciencia es un derecho individual, no colectivo<sup>48</sup>. Una importante matización al respecto de los autores del libro *Eutanasia y objeción de conciencia* llama la atención a que la protección de la objeción de conciencia institucional no puede equipararse a la individual en todo caso, sino que debe servir para reforzar la individual, no para sustituirla, lo que provocaría problemas de conciencia a quienes formaran parte de dicha institución<sup>49</sup>.

En definitiva, lo que el legislador busca al conceder la garantía del derecho a la objeción de conciencia individual, y no colectiva, es la protección del mismo derecho subjetivo que concede a la PAM, protagonizada por un médico o personal sanitario, porque, intuye que este derecho subjetivo que crea *ex-novo*, puede generar las suficientes resistencias como para que no se cubran las solicitudes que la supuesta demanda social requiere.

El temor a una «huelga de brazos caídos» provocaría el descrédito de la propia regulación y crearía un peligro de insubordinación al orden constitucional, en tanto no se pronuncie el Alto Tribunal acerca de los recursos planteados de inconstitucionalidad. Aunque, siguiendo la tendencia demoscópica,

<sup>47</sup> COMITÉ DE BIOÉTICA DE ANDALUCÍA, «Informe de Objeción de conciencia y eutanasia», p. 11 <[https://www.bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2021/07/InformeOC\\_CBAF.pdf](https://www.bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2021/07/InformeOC_CBAF.pdf)>, abril 2021 [consulta: 06/09/2022].

<sup>48</sup> MARTÍN SÁNCHEZ, I., «Implicaciones para los profesionales sanitarios de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la Eutanasia, *Derecho y Salud*, 31 (2022), p. 30.

<sup>49</sup> NAVARRO VALLS, R.; MARTÍNEZ TORRÓN, J. y VALERO ESTARELLAS, M. J., «*Eutanasia y Objeción de conciencia*», Palabra, Madrid, 2022, p. 129.

no creo que se produzca una objeción de conciencia tan severa como para que esta prestación quede vacante en todo el Sistema Nacional de Salud, quedándose en un mero deseo lo que se ha estipulado como una realidad.

No obstante, me parece que, en los términos en los que se trata el proceso de solicitud de la PAM, la objeción de conciencia médica no sólo incomoda en el proceso final de la aplicación o ejecución, sino también en el momento deliberativo en el que el paciente, que está en un contexto eutanásico y persistentemente, solicita la PAM. El problema reside en que, en este periodo crucial para ayudar a convivir con el final de la vida, el art. 6. 2 LORE refiere que el documento de la solicitud ratificada por el paciente, también «debe firmarse en presencia de un profesional que lo rubricará», es decir, que la firma personalísima del facultativo se debe imprimir en un expediente administrativo que conduce directamente a la muerte del paciente. Es cierto que ha sido solicitada por el propio paciente, pero el médico debe enfrentarse éticamente a que su convicción personal se haya visto «traicionada» en la firma de un documento. Por eso, aunque el Comité de Bioética asuma que tanto el médico responsable como el médico consultor no deben hacer objeción de conciencia hasta el momento de la ejecución<sup>50</sup> veo razonable la opinión de la otra parte de la doctrina que lo niega aún a riesgo de que así, ningún solicitante de la PAM pueda encontrar facultativos que le ayuden a transitar hacia el fin de su vida sin la necesidad de la PAM<sup>51</sup>.

Como refiere el Comité de Bioética, la complejidad de definir o concretar los parámetros de ese contexto eutanásico personalizado puede sobrepasar las competencias profesionales, o las condiciones personales del facultativo, pues este análisis requiere conjugar valores puramente biológicos con los psicológicos y también sociales<sup>52</sup>. Entonces, me parece que, no por negligencia médica, ni por deseo de cumplir con el deber de atender el acompañamiento

<sup>50</sup> COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir en la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia», *op. cit.*, p. 16.

<sup>51</sup> RUIZ MIGUEL, A., «Objeción de conciencia y eutanasia», *op. cit.*, p. 265: «los médicos que objetan en conciencia participar en cualquier momento del proceso, cuya objeción constará previamente en el Registro, deben quedar exentos de las funciones de recibir la petición de eutanasia, deliberar con el paciente y evaluar la petición que la LORE encomienda a los médicos responsables y consultores».

<sup>52</sup> COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir en la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia», *op. cit.*, p. 15.

y asesoría al paciente, ni mucho menos por «oposición política», el médico puede y debe trasladar el expediente a otro responsable. Sin embargo, esos traslados son los que precisamente quiere evitar el legislador, para que sea la voluntad autónoma del paciente, de que alguien acabe con su vida, y que, por tanto, se imponga la libre determinación de que un médico acabe con su vida en aras del derecho a morir «con dignidad».

A resultas de este conflicto, intuyo que la Inteligencia Artificial ya formula algoritmos para identificar estos conflictos personales, biológicos, sociales y, por qué no decirlo, también económicos, que pueden resolverse sin tanto dilema profesional. El problema, empero, persiste y se agrava, porque entonces, ya no son sólo los factores biométricos, sino que, al introducir este elemento sociológico, la cuestión parece complicarse más profundamente.

### III. EUTANASIA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Aunque no hayamos tratado inicialmente este problema, entre las primeras labores que la LORE exige a la profesión médica está la valoración, en primer lugar, por el médico responsable de las condiciones del llamado contexto eutanásico del paciente que solicita la eutanasia. El contexto eutanásico es un concepto definido en la LORE como: «una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante, o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables»<sup>53</sup>. Una labor que, como señala el Comité de Bioética, es muy compleja debido a las circunstancias subjetivas, además de los parámetros objetivos, que pueden ser registrados biométricamente<sup>54</sup>.

Para ayudar a esa valoración, y en principio sin sustituir el criterio humano del médico responsable, la Inteligencia Artificial puede desarrollar algoritmos que puedan combinar no sólo los datos objetivos de la salud del paciente, sino también los subjetivos, e interrelacionarlos para determinar tanto los umbrales del sufrimiento humano tolerables, como los contextos sociales en los que se desarrolla la vida del paciente, tales como los datos familiares,

<sup>53</sup> Preámbulo LORE § 1.

<sup>54</sup> COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir en la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia», p. 15.

el alejamiento (físico) de los hijos, y, por supuesto ¿por qué dudar?, el coste sanitario de los tratamientos que se aplican a los enfermos. Sin duda alguna, la Inteligencia Artificial puede elaborar este algoritmo. De hecho, desde una perspectiva remota en la salud de los pacientes, antes de llegar a ese contexto eutanásico, un reciente estudio del CSIC y algunas universidades americanas ha propuesto el uso de indicadores médicos para determinar la esperanza de vida de las personas a partir de los 65 años<sup>55</sup>.

En efecto, el acopio de los datos obtenidos en las memorias médicas de los pacientes presupone un acervo documental que un sistema informático o de IA puede archivar, estructurar, organizar y utilizar con una capacidad muy superior a la humana<sup>56</sup>, de modo que la máquina o algoritmo puede hacerse cargo de la masa arbitraria de los datos del historial desarrollando una mayor eficacia computacional gracias al aprendizaje automático<sup>57</sup>. Así, la hipótesis de que, en la relación entre el médico y la máquina que gestione los datos de la vida del paciente, la máquina pudiera diagnosticar con mayor precisión y pudiera sugerir el tratamiento más adecuado, ya lo había previsto a principios de los años setenta del siglo pasado el pionero de la nefrología contemporánea<sup>58</sup>. De esta manera, el problema de desconfianza que genera la eutanasia para la profesión médica se podría trasladar hacia una aplicación matemática que resolviera el problema de conciencia del médico y de la confianza en su profesión.

Los problemas que percibo son tres: a) cómo puede ser usada éticamente esta IA en el ámbito médico para determinar si una persona es susceptible no de recibir la PAM<sup>59</sup>, es decir, si es posible que, dado que el criterio de discernimiento médico plantea problemas éticos para el profesional (médico responsable), el algoritmo pueda, y hasta dónde, definir con mayor seguridad el estado del contexto eutanásico del paciente, para luego, pasar su valoración a la Comisión de

<sup>55</sup> <<http://www.medicosypacientes.com/articulo/cientificos-proponen-el-uso-de-indicadores-medicos-para-determinar-la-esperanza-de-vida-de>> [consulta: 18/08/2022]

<sup>56</sup> PÉREZ LUÑO, A. E., «La inteligencia artificial en tiempo de pandemia», *Inteligencia artificial y Derecho. El jurista ante los retos de la era digital*, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2021, p. 41.

<sup>57</sup> GARRIDO MARTÍN, J., «Inteligencia artificial y cultura tecnológica. Hacia una técnica fragmentada», *Inteligencia artificial y Derecho. El jurista ante los retos de la era digital*, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2021, p. 156.

<sup>58</sup> SCHWARTZ, W. B., «Medicine and Computer: The promise and Problems of Change», *New England Journal of Medicine*, 283 (1970), p. 1259.

<sup>59</sup> SAVINI NICCI, M. y VETRUGNO, G., «Intelligenza artificiale e responsabilità nel settore sanitario», *Intelligenza artificiale. Il diritto, i diritti, l'etica*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 607.

Garantías; b) el siguiente problema está conectado procedimentalmente con el anterior según la LORE, pues me pregunto si esta Comisión puede llegar a conceder un valor superior al resultado que establezca el algoritmo, o deberá confiar más en la capacidad valorativa del médico responsable; y c) si, en un futuro no contemplado por la LORE, el algoritmo puede llegar a sustituir, en este ámbito tan delicado, no sólo a la figura del médico responsable, sino a la propia persona solicitante de la PAM, imponiéndole la eutanasia por motivos utilitaristas.

Planteo entonces, cómo una máquina u algoritmo puede convertirse en un agente normativo, cuya decisión puede tener un *impacto ético*<sup>60</sup> tan explícito que pueda no sólo decidir qué personas pueden recibir o no la PAM, sino que pueda condicionar, con el poder de sus datos empíricos, incluso, el informe de la Comisión de Garantía, generando así una máquina con una «moralidad artificial»<sup>61</sup> que llegue a condicionar la vida de los enfermos que han solicitado la eutanasia. Sin embargo, espero, como Asimov, descartar la hipótesis de que pueda llegar el día en que la máquina esté tan perfeccionada que no se necesite siquiera el consentimiento del paciente<sup>62</sup>.

El complejo problema ético para determinar el contexto eutanásico de un paciente mediante la IA en una persona que ha solicitado la eutanasia supondría hacer un uso tecnológico, y por tanto más preciso, de los datos impresos en el historial médico, lo que supondría un plus de seguridad respecto al tratamiento humano. Sin embargo, la persona enferma, en cierta manera, también debe ser considerada independiente de su propio historial médico, que debe ser cuidado no sólo por exigencia del secreto profesional, sino porque revela la intimidad de la persona en la que están en juego valores como las relaciones familiares, económica y sociales, por ejemplo, vive sola, o bien factores económicos, que se subrayan simplemente en el lugar de la vivienda habitual.

Caso de implantarse este modelo, tendrá que someterse al ecosistema de confianza propio del marco regulador de la IA en Europa que protege los derechos fundamentales<sup>63</sup>, especialmente en lo relativo a la protección de datos,

<sup>60</sup> ANDERSON, M., *Machine Ethics*, Cambridge University Press, New York, 2011, p. 7.

<sup>61</sup> FERREIRA, A. E., «Antropogenia, principios normativos y ética artificial», *Inteligencia Artificial y Derecho. El jurista ante los retos de la era digital*, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2021, p. 103.

<sup>62</sup> ASIMOV, I., «Runaround – A short story», *Astounding Science Fiction* (march, 29, 1942).

<sup>63</sup> COMISIÓN EUROPEA (COM, 2020, 65 final), *Libro blanco sobre la inteligencia artificial. Un enfoque orientado a la excelencia y a la confianza*, Bruselas, 2020, <[https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/commission-white-paper-artificial-intelligence-feb2020\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/commission-white-paper-artificial-intelligence-feb2020_es.pdf)> 2020.

y, por ende, en esos datos tan complejos que pueden determinar el contexto eutanásico. No obstante esta precisa regulación no deja de tener algunos obstáculos<sup>64</sup>, como los riesgos imprevistos que puedan surgir en la incorporación y elaboración de los datos en un mismo procesador, la incertidumbre en la imputación de responsabilidades médicas o administrativas, y por supuesto, el más grave de todos a mi juicio, la introducción de determinados sesgos algorítmicos que, consciente o inconscientemente, pueden definir un resultado con apariencia objetiva, pero que también pueden llevar implícitos factores de exclusión y/o discriminación<sup>65</sup>.

En esta hipótesis, la sustitución del algoritmo por la valoración del médico responsable, a fuera de una mayor precisión en la elaboración de los datos y falta de arbitrariedad, gracias a la ausencia de sesgos discriminatorios<sup>66</sup>, plantea un subsiguiente problema: ¿qué hacer con el proceso deliberativo entre el médico responsable y la persona solicitante, si es mucho más efectivo el algoritmo? ¿podría ese proceso deliberativo llevarse a cabo por sistemas de IA como Siri o Alexa preparados para ello? Y, una vez concluido el plazo para el proceso deliberativo, ¿quién debería firmar el documento de comunicación dirigido a la Comisión de Garantías?

En sustancia, la pregunta central es ¿quién o qué es ese algoritmo? ¿quién es su responsable? Como puede deducirse, una tecnología de este calibre, que utilice una tecnología de tipo predictivo que conduce nada menos que a la prestación de la ayuda a morir, debe entenderse como de alto riesgo, por lo que se requieren las garantías establecidas en el marco de la Unión Europea<sup>67</sup>, entre los que destaco: la necesidad de la supervisión humana constante (n.º 22); que la IA sea un instrumento, no un sustituto de los profesionales sanitarios (n.º 240); que se impida a las compañías de seguros y análogas el acceso a la información almacenada (n.º 242), y, también, la necesidad de que

<sup>64</sup> MORAL SORIANO, L., «Modelos de gobernanza global de la inteligencia artificial», *Inteligencia Artificial y Derecho. El jurista ante los retos de la era digital*, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2021, p. 243.

<sup>65</sup> BELLOSO, N., «La problemática de los sesgos algorítmicos (con especial referencia a los de género). ¿Hacia un Derecho a la protección contra los sesgos?», *Inteligencia artificial y Filosofía del Derecho*, Laborum, Murcia, 2022, p. 45.

<sup>66</sup> LLANO ALONSO, F. H., *Homo Excelsior. Los límites ético-jurídicos del transhumanismo*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, p. 133.

<sup>67</sup> PARLAMENTO EUROPEO, «Resolución del 3 de mayo de 2022 sobre la inteligencia artificial en la era digital» (2020/2266 [INI]), <[https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0140\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0140_ES.html)> 2020.

la Comisión que promueva la investigación sobre esos sesgos a los que me he referido (n.º 246).

De esta manera, parece que la respuesta a estas preguntas, desde la Unión Europea (no así en los marcos regulatorios de Estados Unidos o China) es conclusiva, pues, en cualquier caso la labor del médico responsable y de la Comisión de Garantías deberá ser imprescindible porque no podrá ser sustituida por ninguna aplicación de IA, lo que facilita su incardinación en un sistema propio de garantías en el Estado de Derecho ante los riesgos y los sesgos que pueden generarse en una regulación más marcada por los principios utilitaristas<sup>68</sup>.

Sin embargo, no podemos descartar que, como la esperanza de vida se ha prolongado y la calidad de vida también (LORE, preámbulo § 1), puedan ser en un sombrío futuro, las mismas administraciones públicas, aquellas que debieran regular ese sistema de valoración del contexto eutanásico, las que lleguen a introducir los sesgos necesarios para que el resultado fuera favorable a la aplicación de la PAM, sin la debida diligencia de respeto al Derecho a la vida de la persona vulnerable<sup>69</sup>.

#### IV. APLICACIÓN DE EUTANASIA POR ROBÓTICA

Como advertimos, la comunidad ético-médica está dividida por el recurso a la objeción de conciencia en todo el proceso deliberativo con el paciente, protagonizado por los médicos responsables, consultores, equipos sanitarios y la Comisión de Garantías hasta la aplicación, propiamente dicha, de la PAM. Así, por ejemplo, difieren el informe posibilista del Comité de Bioética de España, que aconseja el deber moral del médico responsable al acompañamiento al paciente en el momento de deliberación<sup>70</sup> y, por otro lado, la Asociación

<sup>68</sup> WISNER GLUSKO, D. C., «Breves reflexiones sobre la importancia del Estado de Derecho en el desarrollo del marco legal sobre los sistemas de Inteligencia artificial en la Unión Europea», *Inteligencia Artificial y Derecho. El jurista ante los retos de la era digital*, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2022, p. 544.

<sup>69</sup> ITURMENDI MORALES, G., «Ética de las nuevas tecnologías», *Derecho de los riesgos tecnológicos*, Eolas, León, 2021, p. 90: «es probable que según avance el desarrollo tecnológico de la IA, aún surjan nuevos escenarios de riesgos escalofriantes que atenten a los principios éticos de la IA en detrimento de los valores de respeto a la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, no discriminación, Estado de Derecho y respeto de los derechos humanos».

<sup>70</sup> COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir en la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia», *op. cit.*, p. 15.



Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) insiste en la necesidad de no colaborar en ninguno de los procesos de la PAM, y formalizar la objeción de conciencia a la ley por cualquier profesional sanitario<sup>71</sup>.

Ante estas dudas éticas, y a pesar de las garantías en el ámbito europeo ¿no sería posible la delegación en un robot que, con apariencia de médico solventara, con el procesador de datos de IA, todo ese proceso deliberativo? Si la misma LORE trata, no sólo de regular, sino de facilitar el proceso de la ayuda a morir basada en la misma autonomía de la voluntad del paciente que ha decidido terminar sus días, aunque la ley quiera mostrar garantías, ¿no bastaría, acaso, un robot que reprodujera la acción del profesional médico y le descargara toda objeción de conciencia al médico trasladándola simplemente a un algoritmo? Pero, en ese caso, ¿no podría devenir la intervención robótica en un problema de manipulación de esa autonomía?

La profesora Rosalie Waelen, en el Instituto Ratheneau, destaca que es posible que el robot o la IA introduzca elementos que llama de «manipulación negligente», que en otros sectores doctrinales llaman también sesgos. Esta manipulación o tratamiento de datos sesgados, en el caso de la eutanasia, pretendería influir sobre la libertad de elección del paciente gracias a la asimetría del conocimiento que tuviera el robot extraído del historial médico. Sobre estos datos, se puede forzar al paciente (y/o familiares) a aceptar unos datos o una decisión que, por él mismo, sin esa manipulación, nunca hubiera aceptado<sup>72</sup>.

En el uso de la IA o de un robot que formulara todo el proceso de la PAM, resultaría muy fácil la hipótesis de este tipo de manipulación negligente, ¿por qué? La misma Wealen ofrece una respuesta cuando afirma que ante las decisiones complejas, la robótica programada con la IA ofrece una respuesta sencilla, hasta el punto de que puede eliminar la deliberación personal gracias a la confianza que genera la eficacia de los datos proporcionados.

En efecto, frente a la medicina tradicional, si el Sistema Nacional de Salud introdujera la deliberación por medio de la robótica en beneficio de esa eficacia médica, también cabe la amenaza de que junto a los datos de la salud de la persona (contexto eutanásico), se cruzara también un análisis con los

<sup>71</sup> A.E.B.I. (Asociación Española de Bioética y Ética Médica); «ante la entrada en vigor de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España», *Cuadernos de Bioética*, 32 (2021), pp. 365-366.

<sup>72</sup> WAELLEN, R., «AI and manipulation: the ethical question», *Rathenau Instituut*, <<https://www.rathenau.nl/en/digital-governance/ai-and-manipulation-ethical-questions>>, 8 april 2022 [consulta: 06/09/2022].

datos del coste de la vida, de los tratamientos, de la previsible esperanza de vida, de las exigencias vitales de los acompañantes, o del tipo de deterioro que conduciría la prolongación de la vida. De modo que al mismo tiempo que, efectivamente, la robótica pudiera analizar la compleja decisión de la evaluación clínica, también pudiera servir para abrumar al paciente para que aceptara definitivamente la eutanasia.

Pero no se trata solo de la eficacia de los números que puede arrojar el informe elaborado por el robot, sino que también, en ese momento tan trascendental para la vida de una persona, incluso si ella deseara terminar con su vida, será necesario articularla según establece los índices de calidad de la Unión Europea, que también requiere la presencia de una persona, tal y como se advierte en el informe *Human rights in the robot age* del Instituto Ratheneau, en el que se destaca el potencial de un nuevo «derecho humano» definido como el derecho a un contacto humano digno, especialmente en el cuidado de los enfermos y personas mayores, pues el contacto con los robots no puede compensar la falta de contacto humano, y más en las circunstancias del llamado contexto eutanásico, alegando que el cuidado de las personas es una característica clave de la cultura humana, puesto que reemplazar el factor humano con los robots podría deshumanizar la práctica del cuidado<sup>73</sup>.

Así pues, ante la imposibilidad ética para delegar en ese algoritmo, o en la robótica programada convenientemente para la deliberación en el contexto eutanásico, mi pregunta se dirige entonces a la hipótesis de que fuera un sistema robótico el que, en el caso de que la objeción de conciencia fuera unánime en el centro del Sistema Nacional de Salud, ejecutara prácticamente la eutanasia. ¿Cabría la posibilidad ética y jurídica de que la ejecución de la PAM pudiera ser llevada a cabo por un robot, lo que no se contempla en la LORE? Y, subsiguientemente, ¿Sería posible la mercantilización de un producto robótico, que solventara la necesidad de recurrir al Sistema Nacional de Salud, sin tener que iniciar todo el proceso deliberativo y de garantías?

En primer lugar, habría que destacar la complejidad para ofrecer una definición jurídicamente cualificada de los robots ya que una de sus características es la capacidad de sus productores para escapar a la normativa, a pesar de que grupos de investigación multidisciplinares y trasnacionales pretendan

---

<sup>73</sup> VAN EST, R.; GERRITSEN, J. y KOOL, L., «Human Rights in the robot age. Challenges arising from the robotics, artificial intelligence, and virtual and augmented reality», *Rathenau Instituut*, The Hague, 2017, pp. 44-45.

regularlo como Robolaw, de modo que este ámbito sigue ofreciendo una visión proyectiva o futurista en el que la realidad robótica parece estar cómoda, sin el intervencionismo regulatorio pertinente, luego, cuánto más, cuando la mayoría de los productos en el mercado proceden de países que prescinden de la pretensión regulatoria en torno a la defensa de valores como la dignidad humana o la salud que tiene, por ejemplo, la Unión Europea<sup>74</sup>.

No obstante, a pesar su indeterminación, hay quien apunta algunas características o patrones sobre lo que podemos definir la realidad robótica como un objeto capaz de interactuar por sí mismo gracias a capacidades imitativas de los humanos<sup>75</sup>. Ahora bien, al menos por ahora, esas «capacidades» sensitivas, procesadoras y actuadoras no son absolutamente independientes del software creado por el hombre, por lo que el problema de la autoconciencia no lo planteo aún, pero sí es factible la posibilidad de que, en la programación del producto robótico pudieran introducirse elementos, sean sesgos o manipulación negligente, para realizar actos ilícitos y eludir la responsabilidad para imputárselas al robot<sup>76</sup>, entre los cuales ilícitos estaría el que un robot pudiera aplicar la PAM ajeno al procedimiento reglado por la LORE, como si se implantase comercialmente un proyecto de robot como la *fake news* de SeppuKuma<sup>77</sup>, un robot que, supuestamente, fue creado por ingenieros de la *Japan Society for Dying with Dignity* y la *Orient Industry Company*, para ejecutar la PAM sin ninguna referencia a regulación establecida.

## V. CONCLUSIONES

Sobre la profesión médica recae el monopolio del cuidado de la salud de las personas del Estado a través del Sistema Nacional de Salud (público y privado). Una responsabilidad que procede de su capacitación técnica, pero

<sup>74</sup> LLANO ALONSO, F. H., *Homo Excelsior. Los límites ético-jurídicos del transhumanismo*, op. cit., p. 139.

<sup>75</sup> BARRIO ANDRÉS, M., «Aspectos jurídicos de la robótica: hacia un derecho de los robots o Lex robótica», *Derecho de los riesgos tecnológicos*, Eolas, León, 2021, p. 33: «un objeto mecánico que capta el exterior, que lo percibe, y a su vez, actúa positivamente en mundo [...] bajo el paradigma de ‘sentir-pensar-actuar’ [...] dispositivos fabricados por el hombre con tres componentes seminales: a) *sensores* que vigilan el entorno y detectan cambios en él, b) *procesadores* o inteligencia artificial que deciden cómo responder y c) *actuadores* que operan sobre el entorno de manera que reflejen las decisiones».

<sup>76</sup> MORAVEC, H., *Mind Children: The future of Robot and Human Intelligence*, Harvard University Press, Cambridge, 1988, pp. 48-49.

<sup>77</sup> La noticia y desmentido en: <https://www.snopes.com/fact-check/seppukuma/>; también otros intentos en: <http://luispedraza.es/2008/03/23/eutanasia-robotica/> [consulta: 23/03/2008].

también humana, dado que esta profesión no sólo exige una serie de conocimientos que pudieran estar concentrados en la compleja ecuación que relacione la historia médico-clínica del paciente, el vademécum y la destreza quirúrgica. La pandemia que apenas hemos superado lo ha demostrado. La profesión médica tiene un plus sobre esa incógnita que pudiera derivarse de la ecuación, que se llama humanidad. Y en el centro de esa cualidad diferencial está su propia conciencia que, a pesar de lo que pueda determinar la pretensión del monopolio de la salud, exige emerger como condición de su calidad de médico.

Las condiciones sociales del ejercicio de la profesión médica han variado sustancialmente en los últimos años: capacidad de resistencia al dolor, soledad, movilidad humana, envejecimiento poblacional, prestación de las pensiones, etc. He mostrado cómo, sociológicamente, la población exige para sí un nivel de calidad humana que no lo otorga la propia naturaleza humana. Por eso aparece, también en los tratamientos médicos, niveles de sufrimiento que superan la capacidad del hombre de resistirlo, a pesar de los avances científicos. Surge, entonces, desde quienes promueven la eutanasia, la pretensión de legitimar el derecho a decidir la propia muerte como un proyecto sostenido por una mayoría social, que intentan demostrar demoscópicamente, con la que reclaman el derecho subjetivo a la eutanasia al que la LORE quiere responder.

Sin embargo, a pesar de que la mayoría social pudiera ser favorable a este «nuevo derecho», que se explica antropológicamente por la ausencia del sentido del sufrimiento y un cierto pacto de silencio sobre la realidad de la muerte en esta sociedad inmanentista, la profesión médica se resiste mayoritariamente a su aplicación porque consideran que la exigencia social sostenida por valores como la autonomía individual o la compasión ante el sufrimiento no concuerdan con la especificidad de su *lex artis*, surgiendo así, la necesidad de reclamar el derecho constitucional de la objeción de conciencia.

En los procesos que describe la LORE para la prestación de la ayuda a morir (deliberación, análisis, trato con el paciente y ejecución del procedimiento) inevitablemente se deben poner en juego no sólo las capacidades técnicas de la profesión médica: vademécum y pericia quirúrgica, sino también la propia humanidad del médico y del personal sanitario que lo acompaña. Por eso, no puede ser sustituido por un algoritmo capaz de resolver esa compleja ecuación en la que está en juego ni más ni menos que el derecho constitucional más importante: la vida del hombre.

La tecnificación de los procedimientos médicos puede resolver problemas muy complejos con los algoritmos que conjuguen más de un ámbito de conocimiento (médicos, estadísticos, económicos, etc.). La tentación del monopolio del sistema nacional de salud puede ser la de sustituir, como en otros ámbitos de la vida social y económica, la pericia humana por la capacidad tecnológica más precisa y rápida con el objeto de responder a las exigencias sociales y la resistencia de la profesión médica.

Sin embargo, a mi juicio, la capacidad de resolución de conflictos de las aplicaciones tecnológicas no puede solventar las garantías necesarias para que se pueda llevar a cabo la prestación de la ayuda para morir. En primer lugar, los algoritmos, creados por ingenieros computacionales no están legitimados para resolver un conflicto humano, pues este «servicio» no depende de las exigencias matemáticas, sino de la humanidad que es propia de la profesión médica. Sería considerado como un intrusismo profesional. En segundo lugar, en la prestación sanitaria cada vez se está exigiendo con mayor insistencia la cualidad humana de la profesión médica, por lo que introducir la esperanza de una PAM aplicada por procesos tecnificados, no sólo alteraría la delicada relación médico paciente que está ya mermada por la legalidad de la eutanasia, sino que desconfiguraría a la misma profesión médica, desde los principios de su formación hasta la conciencia social de la misma profesión que, por cierto, la LORE niega.

Mucho más delicada sería aún, la incorporación de robots quirúrgicos que pudieran ser diseñados para aplicar la eutanasia, sin necesidad alguna de referencia humana, sólo la del origen del mismo producto robótico. Destaco principalmente el peligro de la manipulación de estos productos, que lejos del criterio prudencial de la profesión médica que se basa en los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, además de los invocados por quienes favorecen la eutanasia de la autonomía, e incluso de la justicia.

Finalmente, aunque la hipótesis de solventar la objeción de conciencia de la profesión médica para la aplicación de la eutanasia por medio de las aplicaciones tecnológicas esté deslegitimada actualmente por la opción ética de la Unión Europea, la educación de la profesión médica y las presiones sobre los estados de opinión fácilmente manipulables, harán de estos instrumentos tecnológicos verdaderos protagonistas en el Sistema de Salud. Observo con preocupación que el plus de humanidad de la profesión médica puede rendirse ante una técnica, que no lo dudo, está regida por un utilitarismo que cercene la primacía de lo humano sobre la economía.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEBI (Asociación Española de Bioética y Ética Médica), «Ante la entrada en vigor de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España», *Cuadernos de Bioética*, 32 (2021), 365-366.
- ALBERT MÁRQUEZ, M. M., «¿La muerte como cosa justa (lo de cada uno)? Reflexiones sobre la eutanasia desde el realismo jurídico de Javier Hervada», *Persona y Derecho*, 87 (2022), 377-393.
- ANDERSON, M., *Machine Ethics*, Cambridge University Press, New York, 2011.
- ASIMOV, I., «Runaround – A short story», *Astounding Science Fiction* (march, 1942).
- AZNAR, J., «Opinion of physician and the general population on the legalization of euthanasia and assisted suicide», *Cuadernos de Bioética*, 32 (2021), 23-36.
- BARRIO ANDRÉS, M., «Aspectos jurídicos de la robótica: hacia un derecho de los robots o Lex robótica», *Derecho de los riesgos tecnológicos*, Eolas, León, 2021, 23-58.
- BELLOSO, N., «La problemática de los sesgos algorítmicos (con especial referencia a los de género). ¿Hacia un Derecho a la protección contra los sesgos?», *Inteligencia artificial y Filosofía del Derecho*, Laborum, Murcia, 2022, 45-78.
- BELTRÁN AGUIRRE, J. L., «Desencuentro entre la deontología médica y el derecho positivo en torno a la prestación de la ayuda a morir», *Derecho y Salud*, 32 (2022), 6-11.
- BELTRÁN AGUIRRE, J. L., «El procedimiento y controles necesarios con el fin de garantizar la observancia de los requisitos objetivos y subjetivos», *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, 155-198.
- CABRERA CARO, L., «Un nuevo derecho llamado eutanasia. Revisión crítica al amparo de la concepción clásica del derecho», *Persona y Derecho*, 87 (2022), 395-415.
- CÁMARA VILLAR, G., «La triada ‘bien constitucional, vida humana / derecho a la vida / inexistencia de un derecho a la propia muerte’ (acerca de la constitucionalidad de la regulación de la eutanasia en España en perspectiva comparada)», *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, 25-74.
- CENTRO INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS, «Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia», <[https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2440\\_2459/2451/Es2451mar.pdf](https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2440_2459/2451/Es2451mar.pdf)>, abril-mayo 2002 [consulta: 03/09/2022].
- CENTRO INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS, «Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal», <[https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9982](https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9982)>, 28 mayo 2009 [consulta: 03/09/2022].

- CENTRO INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS, «Barómetro enero 2021», <[https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14543](https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14543)>, 7 enero 2021 [consulta: 07/09/2022].
- COLEGIO DE MÉDICOS DE BIZKAIA, «Eutanasia y suicidio médicamente asistido», 2018, <<https://www.cmb.eus/encuesta-eutanasia-y-suicidio-medicamente-asistido-del-cmb-eutanasia>>.
- COL-LEGI OFICIAL METGES TARRAGONA, «Estudi sobre la percepció de l'eutanàsia entre el col·lectiu de Metges. Informe de resultats», 2019, <<https://comt.cat/es/resultados-de-la-encuesta-realizada-sobre-la-percepcion-de-la-eutanasia-entre-el-colectivo-de-medicos/>>.
- COLEGIO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS, «El CGCOM no considera necesario la creación de un registro de objetores de conciencia ante la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido», Madrid, 2021, <<https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/el-cgcom-no-considera-necesario-la-creacion-de-un-registro-de-objetores-de>> [consulta: 07/09/2022].
- COMISIÓN EUROPEA, *Libro blanco sobre la inteligencia artificial. Un enfoque orientado a la excelencia y a la confianza*, Bruselas, 2020, <[https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/commission-white-paper-artificial-intelligence-feb2020\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/commission-white-paper-artificial-intelligence-feb2020_es.pdf)>
- COMITÉ DE BIOÉTICA DE ANDALUCÍA, «Informe de Objeción de conciencia y eutanasia», <[https://www.bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2021/07/InformeOC\\_CBAF.pdf](https://www.bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2021/07/InformeOC_CBAF.pdf)>, abril 2021 [consulta: 06/09/2022].
- COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Declaración sobre la tramitación parlamentaria de la reforma legal de la eutanasia y auxilio al suicidio» de 4 de marzo de 2020, <<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Declaracion%20CBE%20tramitacion%20reforma%20eutanasia%20auxilio%20al%20suicidio.pdf>>
- COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación», 6 de octubre 2020, <<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>> [consulta: 04/09/2022].
- COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia», <<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf>>, 21 de julio de 2021 [consulta: 06/09/2022].
- CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS MÉDICOS, «Comunicado: 'La eutanasia no es un acto médico'», 7 abril 2022, <<https://cacm.es/2022/04/07/la-eutanasia-no-es-un-acto-medico/>> [consulta: 05/09/2022].

- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS [CGCOM], *Código de Deontología Médica*, Madrid, 2011.
- DWORKIN, R., *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, Ariel, Barcelona, 1994.
- FERREIRA, A. E., «Antropogenia, principios normativos y ética artificial», *Inteligencia Artificial y Derecho. El jurista ante los retos de la era digital*, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2021, 91-112.
- GARRIDO MARTÍN, J., «Inteligencia artificial y cultura tecnológica. Hacia una técnica fragmentada», «*Inteligencia artificial y Derecho. El jurista ante los retos de la era digital*», Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2021, p. 153-167.
- GASCÓN ABELLÁN, M. F., «Objeción de conciencia sanitaria», *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, Thomson Reuters – Civitas, Cizur Menor, 2010, 143-162.
- GUTIÉRREZ VICEN, C., «Sinopsis art. 88 CE», <<https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=88&tipo=2>>, 2005 [consulta: 31/08/2022].
- HERRANZ RODRÍGUEZ, G., *Comentarios al código de ética y deontología médica*, Pamplona, EUNSA, 1992, revisada y actualizada en <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/comentarios-al-codigo-de-etica-y-deontologia-medica/capitulo-11>>, comentario del art. 40.4, § 2 [consulta: 07/09/2022].
- ITURMENDI MORALES, G., «Ética de las nuevas tecnologías», *Derecho de los riesgos tecnológicos*, Eolas, León, 2021, 61-91.
- LLANO ALONSO, F. H., *Homo Excelsior. Los límites ético-jurídicos del transhumanismo*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- MARTÍN-RETORTILLO BAQUER, L., «Las exigencias éticas de las profesiones», *Seminario sobre deontología profesional*, Unión profesional, Madrid, 1995.
- MARTÍN SÁNCHEZ, I., «Implicaciones para los profesionales sanitarios de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la Eutanasia», *Derecho y Salud*, 31 (2022), 12-38.
- MORAL SORIANO, L., «Modelos de gobernanza global de la inteligencia artificial», *Inteligencia Artificial y Derecho. El jurista ante los retos de la era digital*, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2021, 235-258.
- MORAVEC, H., *Mind Children: The future of Robot and Human Intelligence*, Harvard University Press, Cambridge, 1988.
- MORESO J. J., «Dignidad humana: Eutanasia y auxilio ejecutivo al suicidio», *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, 75-91.
- NAVARRO VALLS, R.; MARTÍNEZ TORRÓN, J. y VALERO ESTARELLAS, M. J., *Eutanasia y Objeción de conciencia*, Palabra, Madrid, 2022.



- OLIVARES OSORIO, P., «Cuidar de otros: retorno a una noción básica para la medicina actual», *Cuadernos de bioética*, 33 (2022), 41-53.
- OREGON PUBLIC HEALTH DIVISION, «Oregon's Death with Dignity», Act-2014, <<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ar-index.aspx>>.
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, <<http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-juramento-medico-se-actualiza-e-incorpora-por-primera-vez-la-autonomia-del-paciente>> [consulta: 08/08/2022].
- PARLAMENTO EUROPEO, «Resolución del 3 de mayo de 2022 sobre la inteligencia artificial en la era digital» (2020/2266 (INI)), <[https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0140\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0140_ES.html)>
- PEÑARANDA RAMOS, E., «Participación en suicidio, eutanasia, autonomía personal y responsabilidad de terceros», *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, 199-242.
- PÉREZ LUÑO, A. E., «La inteligencia artificial en tiempo de pandemia», *Inteligencia artificial y Derecho. El jurista ante los retos de la era digital*, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2021, 33-50.
- RODRÍGUEZ PORTUGUÉS, M., «Eutanasia y libre determinación de la personalidad», *Dignidad y vida humana: eutanasia, gestación subrogada y transhumanismo*, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2020, 231-258.
- RUIZ MIGUEL, A., «Objeción de conciencia y eutanasia», *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, 243-282.
- SAN JULIÁN PUIG, V., «Distanciamiento entre deontología y Derecho médico», *Cuadernos de Bioética*, 57 (2005), 191, 220.
- SANTOS, J. A., «Ética jurídica de la vulnerabilidad al final de la vida: ¿entre la compasión y la responsabilidad en el morir?, *Persona y Derecho*, 87 (2022), 417-455.
- SAVINI NICCI, M. y VETRUGNO, G., «Intelligenza artificiale e responsabilità nel settore sanitario», *Intelligenza artificiale. Il diritto, i diritti, l'etica*, Giuffrè, Milano, 2020, 601-618.
- SCHWARTZ, W. B., «Medicine and Computer: The promise and Problems of Change», *New England Journal of Medicine*, 283 (1970), 1257-1264.
- TORRE (DE LA) DÍAZ, J., «Eutanasia y suicidio asistido. Razones para pensar», *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, Dykinson, Madrid, 2019, 15-52.
- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, «Sentencia 168/2021», <[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-18371](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-18371)>

- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, «Nota informativa 81/2021», <[https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP\\_2021\\_081/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2081-2021.pdf](https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP_2021_081/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2081-2021.pdf)>
- VAN EST, R.; GERRITSEN, J. y KOOL, L., «Human Rights in the robot age. Challenges arising from the robotics, artificial intelligence, and virtual and augmented reality», *Rathenau Instituut*, The Hague, 2017.
- WAELEN, R., «AI and manipulation: the ethical question», *Rathenau Instituut*, <<https://www.rathenau.nl/en/digital-governance/ai-and-manipulation-ethical-questions>>, 8 april 2022 [consulta: 06/09/2022].
- WISNER GLUSKO, D. C., «Breves reflexiones sobre la importancia del Estado de Derecho en el desarrollo del marco legal sobre los sistemas de Inteligencia artificial en la Unión Europea», *Inteligencia Artificial y Derecho. El jurista ante los retos de la era digital*, Thomson Reuters – Aranzadi, Cizur Menor, 2022, 529-548.
- WOOD MAK, Y. y ELWYN, G., «Voices of the terminally ill: uncovering the meaning of desire for euthanasia», *Palliative Medicine*, 19 (2005), 343-350.
- ZURRIARÁIN, R. G., «La ley Orgánica 3/2021 sobre regulación de la eutanasia: ¿Una ley deshumanizadora?», *Cuadernos de Bioética*, 32 (2021), 251-267.