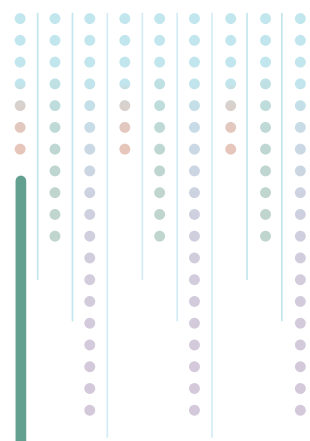




4.

LAS CRÍTICAS
CRITICISM OF THE LAW



D

urante el proceso de elaboración y discusión del texto, primero como Anteproyecto y luego como Proyecto, se produjeron numerosas críticas. Las principales fueron las cinco siguientes.

LA CONSIDERACIÓN DEL PROYECTO COMO INNECESARIO

Este fue uno de los argumentos más utilizados. Según se decía la mayor parte de los contenidos de la Ley ya estaban recogidos en la legislación vigente en España. Por tanto se trataba de una iniciativa inútil. Frente a este argumento se esgrimió sobre todo la experiencia de los casos de Jorge León e

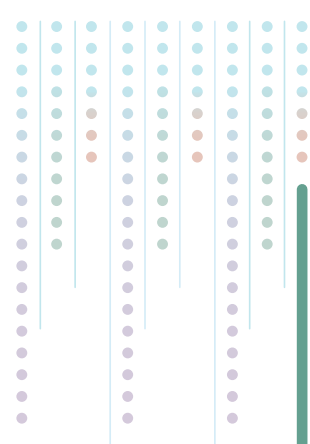
D

uring the process of drafting the Law and debating the text first as a draft bill and later as a bill, several criticisms were voiced. The most important of these were the following.

THE LAW IS UNNECESSARY

This was one of the most common arguments, and alleged that most of the substance of the Law was already covered by legislation currently in force in Spain. It was, therefore, a pointless exercise. This argument was countered above all by the cases of Jorge León and Inmaculada Echevarría, which evidenced the vague





Inmaculada Echevarría, que ponían en evidencia la poca precisión de la Ley 41/2002 en estos casos, ya que fue interpretada en dos sentidos diametralmente opuestos. Además se insistió en la necesidad de dar una cobertura legal a diversos aspectos de los cuidados paliativos, tanto en forma de derechos de los pacientes, como deberes de los profesionales y garantías de las instituciones.

Al argumento de la irrelevancia de la Ley desde el punto de vista jurídico, la Organización Médica Colegial sumó otro: los profesionales no necesitaban que se regulase su conducta mediante leyes porque ya tenían el Código Deontológico. Este argumento era particularmente sorprendente. Primero porque ignoraba que en Andalucía la colegiación es voluntaria cuando se trabaja en el sistema público y, por tanto, no todos los médicos están obligados por dichas normas deontológicas. Pero en segundo lugar, mucho más importante todavía, porque aunque lo estuvieran, al plantearlo de esa manera se estaba confundiendo el plano deontológico-moral con el jurídico. Este es un error conceptual importante. Este argumento equivocado presupone que los

wording of Law 41/2002 when applied to such cases, being given two diametrically opposed interpretations. Furthermore, emphasis was laid on the need to give legal protection to various palliative care practices in the form of patients' rights, professional duties and institutional guarantees.

In addition to the legal irrelevance of the Law, the Council of Colleges of Physicians also pointed out that professionals had no need for legal regulation of their activity, being were already bound by their Code of Professional Conduct. This argument was particularly surprising. First, because it ignored the fact that in Andalusia membership of a professional body is voluntary for professionals employed by the public health system, and therefore not all doctors are bound by the same rules of conduct. Secondly, and more importantly, even if they were so bound, this approach confused the moral-code of conduct field of action with legal rules. This is an important misconception. Such a misplaced argument assumes that medical professionals continue to morally

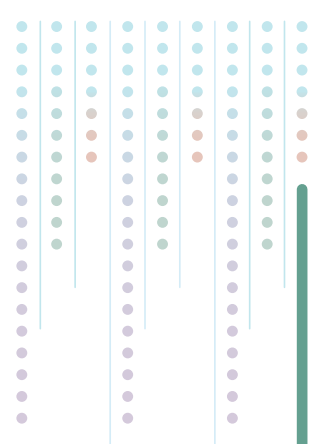
profesionales médicos siguen “autorregulando” su conducta moralmente al margen del control social, al margen del Derecho, de la Ley. La “impunidad jurídica” de las conductas profesionales es algo muy característico de la historia de las profesiones hasta casi mediados del siglo XX. Pero en las sociedades democráticas actuales es inaceptable, pues todos los ciudadanos están sometidos por igual por el principio constitucional de la legalidad; también obviamente, los profesionales de la Medicina. Así pues, si los legítimos representantes de la ciudadanía habían estimado conveniente regular esta conducta profesional en relación con la atención sanitaria al final de la vida estaban en su completo derecho de hacerlo. Otra cosa es que hubiera discrepancias respecto al contenido, algo aceptable, pero lo que no podía cuestionarse era la legitimidad de la decisión de regularlas.

Pero en última instancia, la prueba del tiempo ha venido a desmentir todas estas opiniones: tras la aprobación de la ley andaluza, otras dos Comunidades primero (Aragón y Navarra) y el Gobierno central después, han desarrollado iniciativas simi-

“self-regulate” their conduct, regardless of social control, regardless of legal practice, and regardless of the law. The “legal impunity” of professional conduct has been a feature of all professions until the mid 20th century. However, it has no place in today’s democratic societies where all citizens are equally subject to the constitutional principle of legality, and this obviously includes medical professionals. Therefore, if the legitimate representatives of the people deemed it necessary to regulate professional conduct with regard to end-of-life healthcare, they are perfectly entitled to do so. It would have been another matter if objections to the content of the bill had been raised; these would have been acceptable. However, the legitimacy of the decision to regulate medical conduct was beyond question.

In the final analysis, however, these opinions have not stood the test of time: following approval of the Andalusian Law, another two Autonomous Communities (Aragon and Navarre), followed by the central government, have taken similar initiatives. In the light of this, the Andalu-





lares. No parece pues que la Ley andaluza fuera tan “innecesaria” como en su día se dijo. El mismo cambio de actitud de algunas de las organizaciones que más se opusieron a la Ley andaluza, ante el proyecto del Gobierno central de hacer una Ley de carácter estatal basada directamente en la propia Ley andaluza, es también una buena muestra de ello³⁶.

LA EUTANASIA

Como era de esperar algunas personas o colectivos, bien por estar mal informados o bien por tener el deseo de informar mal, insistieron en que la Ley realizaba una “legalización encubierta de la eutanasia”. Obviamente en ningún momento pudieron explicar cómo era eso posible. El objetivo de algunos de ellos -habitualmente grupos ultraconservadores minoritarios- era pues, simplemente, la calumnia y la descalificación. Pero en general, a medida que la información fue fluyendo y las personas tenían libre acceso al Anteproyecto o Proyecto de Ley, esta crítica prácticamente desapareció por resultar insostenible.

sian Law does not now seem so “unnecessary” as was previously claimed. This fact is well illustrated by the changed attitude of some of the organisations most opposed to the Andalusian Law and who now support the central government's project to pass through a state-level Law directly based on the former³⁶.

EUTHANASIA

As expected, some individuals or groups, either because they were misinformed or because they wished to misconstrue the message, insisted that the Law was a “disguised legalisation of euthanasia”. Obviously, they were unable to explain how this could be possible. The aim of some of these groups - usually ultraconservative minorities - was, then, simply to slander and discredit the Law. Nevertheless, in general, as more information was made available and people were given unlimited access to the draft bill or the final bill, these comments, being untenable, faded away.

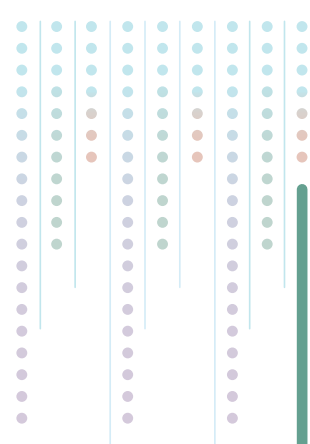
EL RÉGIMEN SANCIONADOR

En los primeros borradores del Anteproyecto de Ley se incluyó un duro régimen sancionador que imponía severas sanciones económicas a quienes incumplieran las obligaciones que la ley les marcara. Este punto acaparó la atención de los medios de comunicación y, especialmente, de los profesionales sanitarios y sus organizaciones. Prácticamente todas las organizaciones profesionales incluyeron en sus informes la solicitud de modificación de dicho régimen de sanciones e incluso algunas su completa eliminación. Esta última petición resultó otra vez sorprendente, pues de nuevo era una expresión de la falta de distinción entre el plano Moral personal o Ético colectivo y el plano del Derecho. Lo característico de la Moral y la Ética es que sólo obligan en conciencia y lo típico del Derecho es que, al jurificar valores que la sociedad ha considerado esenciales para la convivencia pacífica, para protegerlos adecuadamente exige su cumplimiento bajo amenaza de sanción. Todas las leyes que regulan derechos y deberes llevan procedimiento sancionador. Si no fuera así, no serían leyes. Otra cuestión bien

THE PENALTY SYSTEM

Preliminary versions of the draft bill included a strict penalty system that imposed harsh economic fines on those in breach of the legal obligations established. This point caught the attention of the media and particularly of medical professionals and their corresponding organisations. In their statements, nearly all professional organisations included requests to amend this penalty system, some going so far as to call for its complete removal. This latter request was, again, surprising, being a further example of confusing personal-moral or collective-ethical conduct with legal imperatives. A characteristic feature of morals and ethics is that they only bind a person's conscience; the corresponding feature of the law is that, by giving a legal basis to values considered essential by society for peaceful co-existence, it effectively protects them by enforces compliance under the threat of penalties. All laws regulating rights and duties carry fines. If this were not so, they would not be laws. An entirely different issue is whether the penalties imposed in the preliminary versions of the draft bill were perhaps inappropriate or





diferente es si las sanciones que establecieron los primeros borradores del Anteproyecto eran quizás inadecuadas o excesivas. De hecho, tanto el Grupo de Trabajo como la Consejería de Salud, así las consideraron finalmente. Por ello fueron modificadas para ajustarlas al estándar comúnmente aceptado, el que marcaron en su día la *Ley 14/1986, General de Sanidad* y la *Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud* ³⁷.

LA REGULACIÓN DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO.

Aunque esta cuestión pasó más desapercibida por la ciudadanía y los medios de comunicación, lo cierto es que todo lo relativo a la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) estuvo en el centro del debate de carácter más técnico. Prácticamente todos los informes de alegaciones de las Sociedades científicas incluyeron comentarios, tanto sobre las definiciones de los diferentes términos implicados como, sobre todo, sobre el artículo que la regula específicamente. En la

excesiva. In fact, both the working group and the Regional Ministry of Health eventually came to this conclusion. For this reason, they were changed to align them with the commonly accepted standard previously set by *Law 14/1986, General Health* and *Law 55/2003, the framework statute for statutory health service personnel* ³⁷.

REGULATING LIMITATION OF THERAPEUTIC EFFORT.

Although this issue was generally ignored by both the general public and the media, the fact remains that limitation of therapeutic effort (LTE) and everything associated with it was a key factor in the more technical debates. Nearly all the arguments submitted by scientific associations included comments on both the definition of the different terms used, and above all on the article specifically regulating LTE. **TABLE 2** (page 72) compares the content of the first version of the draft bill with the text of the final approved version. With respect to the definition of terms, most changes were made to the definition of LTE

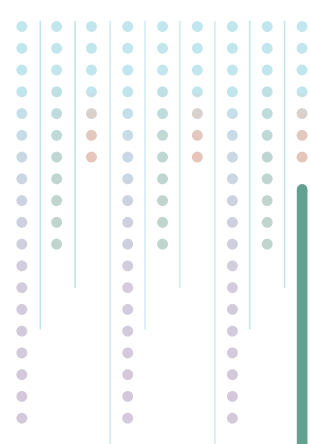
TABLA 2 (pag. 72)puede verse una comparación de lo que contenía el primer borrador del Anteproyecto y lo que contiene la Ley finalmente aprobada. Con respecto a las definiciones de términos, donde se produjeron más cambios fue en la propia definición de LET. El cambio fundamental consistió en pasar de considerar susceptibles de LET sólo a las “medidas de soporte vital” a ampliarla a “cualquier otra intervención”. Las alegaciones de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos insistiendo en que la “obstinación” podía ser no sólo “terapéutica” sino también, por ejemplo, “diagnóstica” fueron muy tenidas en cuenta por el Grupo de Trabajo. En cambio prácticamente nadie cuestionó dos cosas que resultan fundamental en la definición de LET:

- Que no hay distinción ni ética ni jurídica entre “no iniciar” y “retirar”. La corrección o no corrección no reside en la entraña naturalística del acto, si es una “acción” o una “omisión”, sino en si el fundamento para realizar dicho acto es legítimo o no. En este caso, el fundamento para “no iniciar” o “quitar” es la no indicación

itself. The most fundamental change consisted of extending the scope of LTE to include “any other kind of intervention” instead of restricting it to “measures for life support”. The arguments put forward by the Palliative Care Association of Andalusia, which emphasized that “obstinacy” could be both “therapeutic” and, for example, “diagnostic” were very much taken into consideration by the working group. However, very few challenged two issues that turned out to be fundamental in defining LTE:

- There is no ethical or legal distinction between “withdrawal” and “withholding”. Whether or not this is correct does not depend on the nature of the action, whether it is an “action” or an “omission”, but on whether the basis for acting in this way is legitimate or not. In this case, the basis for “not initiating” or “removing” is the absence of clinical indication or clinical contraindication of the treatment based on its purpose, which is to recover, or help recover, an individual's health and not merely to prolong their biological life.





o contraindicación clínica de las intervenciones en función del sentido que tienen, cual es el de recuperar o ayudar a recuperar la salud de las personas y no sólo el de prolongar su vida biológica.

- Que es un "juicio profesional", un juicio clínico sobre la utilidad o inutilidad, indicación o no indicación de las intervenciones. Esto quiere decir que la voluntad, la opinión, deseos y preferencias del paciente o su familia carecen, en principio, de relevancia en la formación de ese juicio. Eso no quiere decir que un paciente o sus familiares no tengan ninguna cabida en un proceso de LET. Pero esa participación es muy diferente en función del grado razonable de convicción al que hayan llegado los profesionales sanitarios al evaluar la utilidad o inutilidad clínica de una intervención.

Así, si los profesionales tienen razonablemente claro que la intervención no está indicada, entonces tienen

- It is a "professional opinion", a clinical opinion on the utility or futility, indication or contraindication, of the treatment. This means that the intentions, opinion, wishes and preferences of the patient and his or her family have, in principle, no bearing on the formation of this opinion. This does not mean that patients and their families have nothing to say in a LTE process. However, their participation differs depending on the justifiable degree of certainty held by doctors after evaluating the clinical usefulness or otherwise of a particular treatment.

Therefore, if the doctors are justifiably sure that the treatment is not indicated, they are compelled to withhold or to withdraw it, as the case may be. This must be communicated to the patient or, as the latter is often incapacitated, to their representative or family. Doctors can negotiate with both family members or the patient's representative to decide when and how to proceed with

obligación de no iniciarla o, en su caso, de retirarla. Deberán comunicárselo al paciente o, como sucederá muchas veces por estar el paciente en situación de incapacidad, a su representante o familia. Podrán negociar con todos ellos cuándo y cómo se procederá a la LET. Pero en ningún caso podrá aceptarse no llevarla a cabo en un momento u otro, por mucho que el paciente o la familia así lo reclamen.

Pero si, por el contrario, los profesionales no llegan a un convencimiento razonable de la utilidad o inutilidad de una medida entonces están obligados a negociar con el paciente, su representante o su familia si procede o no instaurarla o mantenerla. Los profesionales deberán comunicar a todos ellos sus opiniones, impresiones, datos clínicos y conocimientos técnicos, para así permitirles decidir de manera libre e informada. Las voluntades anticipadas serán, en esta situación, una herramienta de ayuda de suma importancia.

LTE. However, they can never agree not to make it at a given time, regardless of the demands of the patient or of the family.

If, on the contrary, doctors cannot reach a justifiable conclusion about the futility of a treatment, they must negotiate with the patient, his or her representative or family members to decide whether to initiate or maintain the strategy. Doctors must relay to the patient's representative or family members their opinions, impressions, clinical data and technical knowledge in order to allow them to freely take an informed decision. In such a situation, advance health directives are an extremely valuable tool.



TABLA 2: Cambios en la regulación de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico desde el borrador 1 hasta el texto definitivamente aprobado y en vigor.

<p align="center">ANTEPROYECTO DE LEY (Borrador 1) 22 de Julio de 2008</p>	<p align="center">LEY 2/2010, 8 de Abril de 2010</p>
<p align="center">Artículo 4. Definiciones.</p>	<p align="center">Artículo 5. Definiciones.</p>
<p>Limitación de medidas de soporte vital: es la retirada o no instauración, de una medida de soporte vital porque, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, el mal pronóstico del paciente en términos de cantidad y calidad de vida futuras, lo convierte en algo fútil y sólo contribuye a prolongar en el tiempo una situación biológica que carece de expectativas razonables de mejoría.</p>	<p>Limitación del esfuerzo terapéutico: Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.</p>
<p>Medidas de soporte vital: intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de un paciente, independientemente de que dicha intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base o el proceso biológico que amenaza la vida del paciente.</p>	<p>Medida de soporte vital: Intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de la persona, independientemente de que dicha intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base o el proceso biológico, que amenaza la vida de la misma</p>
<p>Obstinación Terapéutica: situación en la que se mantienen o se inician medidas de soporte vital inútiles y susceptibles de limitación en un contexto clínico determinado.</p>	<p>Obstinación terapéutica: Situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.</p>

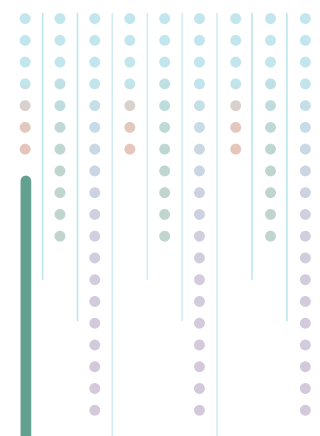
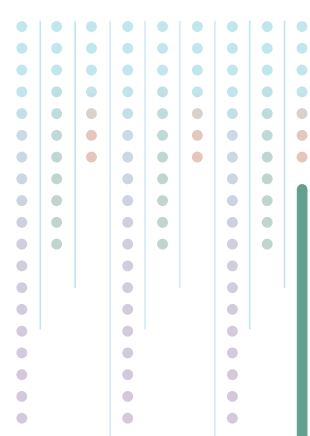


TABLE 2: Changes made to version 1 of the regulation on Limitation of Therapeutic Effort, and the final text approved and in force.

DRAFT BILL (version 1) 22 July 2008	LAW 2/2010 8 April 2010
Article 4. Definitions.	Article 5. Definitions.
<p>Limitation of life support measures Withdrawal or withholding of a life support measure because, in the opinion of the medical professionals involved, the poor prognosis of the person in terms of length and quality of future life would render it futile and would only contribute to prolonging a clinical situation devoid of any reasonable expectations of improvement.</p>	<p>Limitation of therapeutic efforts. Withdrawal of, or failure to initiate, a life support measure or any other kind of intervention that would be futile in the opinion of the health professionals involved, given the poor prognosis of the person in terms of length and quality of future life, and which would only contribute to prolonging a clinical situation devoid of any reasonable expectations of improvement.</p>
<p>Life support measures: Healthcare intervention intended to maintain a patient's vital signs, irrespective of whether or not such intervention has any therapeutic effect on the underlying disease or biological process posing the threat to the patient's life.</p>	<p>Life support measures: Healthcare intervention intended to maintain an individual's vital signs, irrespective of whether or not such intervention has any therapeutic effect on the underlying disease or biological process posing the threat to the individual's life.</p>
<p>Therapeutic obstinacy: situation in which futile life support measures, subject to limitation in a particular clinical context, are initiated or maintained.</p>	<p>Therapeutic obstinacy: Situation in which life support or other interventions are initiated or maintained in a terminally ill or dying patient affected by a serious and irreversible disease, when these are of no clinical use and only serve to prolong biological life with no real possibility of improvement or recovery in the patient and, accordingly, are subject to limitations.</p>






Artículo 28. Deberes respecto a las medidas de soporte vital	Artículo 28. Deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico
<p>1. El médico o médica responsable del paciente tiene obligación de limitar las medidas de soporte vital cuando lo estime necesario para evitar la obstinación terapéutica. Dicha justificación deberá ser consignada en la historia clínica del paciente.</p>	<p>1. El médico o médica responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica.</p>
<p>2. La justificación de dicha limitación requiere la opinión coincidente de al menos otros dos profesionales sanitarios de los que participan en la atención sanitaria del paciente. Al menos uno de ellos deberá ser facultativo médico. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.</p>	<p>2. Dicha limitación se llevará a cabo oído el criterio profesional del enfermero o enfermera responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica responsable de, al menos, otro médico o médica de los que participen en su atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.</p>
<p>3. En caso de que el paciente o quien ejercite sus derechos no estén de acuerdo con la limitación de las medidas de soporte vital el médico responsable solicitará informe a la Comisión de Ética Asistencial correspondiente. Para ello remitirá a la Comisión toda la información y documentación que resulte necesaria. El informe elaborado por la Comisión no tendrá carácter vinculante, pero obligará a revisar, junto con el paciente o la persona que ejercite sus derechos, la decisión tomada inicialmente. Por último será, el médico o médica responsable, quien adopte la decisión final al respecto que deberá ser respetada por todos los profesionales sanitarios implicados en la atención sanitaria del paciente. Todo este proceso será adecuadamente reflejado en la historia clínica.</p>	

Article 28. Duties regarding life support measures	Article 28. Duties with regard to the limitation of therapeutic efforts
<p>1. The doctor in charge of each patient is obliged to limit life support measures when deemed necessary to avoid therapeutic obstinacy. Said justification must be consigned to the patient's clinical history.</p>	<p>1. The doctor in charge of each patient must engage in good clinical practice by limiting their therapeutic efforts when the clinical situation so dictates, avoiding therapeutic obstinacy. Said limitation must be justified in the clinical record.</p>
<p>2. The justification for said limitation must be seconded by at least two other medical professionals involved in caring for the patient. At least one of these must be a doctor. The names of said professionals and their opinion shall be recorded in the patient's clinical history.</p>	<p>2. Such limitation shall be exercised after seeking the professional opinion of the nurse in charge of the patient, and must be seconded by at least one other physician involved in the patient's care. The names of these professionals together with their opinions shall be entered into the clinical record.</p>
<p>3. If the patient or the person exercising their rights does not agree with the decision to limit the life support measures, the attending physician shall request a report from the corresponding Healthcare Ethics Committee. For this purpose, they shall send to the Committee all the information and documentation required. The report drafted by the Committee will not be binding, but will necessarily result in the reappraisal, together with the patient or person exercising their rights, of the initial decision. Finally, the doctor in charge will take the final decision in this regard. This decision must be respected by all the medical professionals involved in the patient's care. All these processes shall be correctly recorded in the clinical history.</p>	





4. El médico o médica responsable, así como los demás profesionales sanitarios que atiendan al paciente, están obligados a ofrecerle todas las intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y confort, aunque se proceda a la limitación de las medidas de soporte vital.

3. En cualquier caso, el médico o médica responsable, así como los demás profesionales sanitarios que atiendan a los pacientes, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y confort

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA

Como ya se ha explicado anteriormente la reivindicación de la inclusión de una regulación de la objeción de conciencia en la Ley fue uno de los puntos que generaron más fricción en todo el proceso. De hecho se arrastró hasta el mismo momento de la votación en el Parlamento e impidió la unanimidad total en el resultado.

El Grupo de Trabajo abordó la cuestión desde el primer momento. La ponencia de la Comisión de Ética e Investigación de Andalucía, “Ética y Muerte Digna, recomendaba al respecto lo siguiente:

“Una cuestión a valorar de manera adicional sería la posible inclusión de una refe-

CONSCIENTIOUS OBJECTION

As we have explained above, the call to regulate conscientious objection in the Law was one of the most conflictive points in the entire process. Indeed, negotiations dragged on right up to the day the Law was put to the vote in Parliament, and prevented it from being passed unanimously.

The working group tackled this issue from the start. The paper published by the Andalusian Research Ethics Committee, “Ethics and Death with Dignity”, made the following recommendation:

“An additional issue to be taken into consideration would be the option of including

4. The attendant physician together with other medical professionals involved in the patient's care are required to provide any healthcare interventions needed to guarantee the patient's care and comfort, even when limiting life support measures.

3. Nonetheless, the attendant physician, together with other healthcare personnel caring for the patient, are required to provide any healthcare interventions needed to guarantee the patient's care and comfort.

rencia a los cauces y límites del derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios en estas materias".

Por ello el Grupo de Trabajo preparó en sus borradores iniciales un posible artículo sobre objeción de conciencia. Pero finalmente decidió no incluirlo en el primer borrador de Anteproyecto que salió de sus manos. Las razones fueron las siguientes:

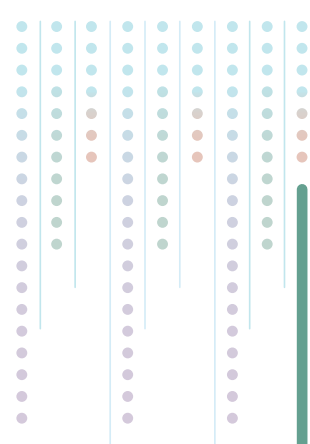
- Es un tema sobre el que no existe regulación previa; no hay substrato jurídico claro sobre el que apoyarse. No es fácil por tanto definir ni los contenidos, ni los límites ni los procedimientos adecuados para ejercer la objeción.

a reference to the channels and scope of doctors' right to exercise conscientious objection in such cases".

Based on this, in their preliminary versions the working group prepared an optional article on conscientious objection, but finally decided not to include it in their first version of the draft bill. Their reasons for this were:

- There is no existing regulation on this subject; there is no legal foundation on which it can be based. Therefore, it would not be easy to define the substance, scope or correct procedure for exercising conscientious objection.



- 
- El debate acerca de si la Comunidad Autónoma puede o no tener competencias en la materia esta abierto, a pesar de que los juristas del Grupo pensaban que sí hay competencia.
 - No está claro a qué se puede objetar en esta Ley. En todo caso a algunas prácticas de LET y poco más. No cabe desde luego objeción al rechazo de tratamiento, las Voluntades Anticipadas, la sedación paliativa o el tratamiento del dolor.
 - En todo caso parece más sensato hacer una regulación de carácter más general y no sólo circunscrita al final de la vida. En este sentido algunos miembros del Grupo pensaban que era mejor una ley estatal sobre la materia.

Muchos informes de Sociedades y Organizaciones plantearon repetidamente la cuestión. El Grupo de Trabajo y otros miembros de la Consejería lo debatieron varias veces a lo largo de todo el proceso. Pero final-

•The issue of whether or not the Autonomous Region has powers over this is still on the table, although the lawyers in the working group considered that this was indeed so.

•It is not clear what grounds there would be for conscientious objection in this Law, aside from a few LTE strategies and little else. Certainly no objection can be made on the issue of refusal of treatment, advance healthcare directives, palliative sedation or pain management.

•In any event, it would be best to develop a broader regulation, and not one limited to end-of-life treatment. Some members of the working group thought that a state-level law on this subject would be more advisable.

Many reports submitted by association and organisation made repeated mention of this issue. The working group and other members of the Regional Ministry discussed it several times throughout the process, but finally decided not to include it. This does not

mente se optó por no incluirlo. Eso no quiere decir que la Ley 2/2010 “prohíba” la objeción; simplemente no la regula. Por tanto su práctica queda en el mismo limbo jurídico en el que está actualmente en cualquier punto del territorio español, a excepción de lo referente a la interrupción voluntaria del embarazo, que ha sido regulado por el artículo 19 de la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*³⁸.

mean that Law 2/2010 “prohibits” conscientious objection; it simply does not regulate it. This means that the exercise of conscientious objection remains in the same legal limbo it occupies all over Spain, except on the issue of voluntary termination of pregnancy, which is regulated by article 19 of Organic Law 2/2010, of 3 March, on sexual and reproductive health and on the voluntary termination of pregnancy³⁸.

