

# EUTANASIA

---

GUÍA DE APOYO  
PARA PROFESIONALES

# EUTANASIA

---

GUÍA DE APOYO  
PARA PROFESIONALES

Edita: Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón

**Autores:** Marta Agudo Rodrigo, médico de paliativos, ESAD de Teruel.  
Marisa Aliaga Nuño, trabajadora social, DGTIU.  
Maite Clares Puncel, enfermera, Centro de Salud Actur Norte.  
Marisa de la Rica Escuin, enfermera y trabajadora social, Universidad de Zaragoza.  
Luis Gimeno Feliu, médico de familia, Centro de Salud San Pablo.  
Ana Isabel Fernández Crespo, psicóloga clínica, Hospital Universitario Miguel Servet, miembro CGE.  
Concha Gómez Cadenas, enfermera, Centro de Salud Villel.  
Jesús Martín Martínez, neurólogo, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.  
Juan F. Herrero Perezagua, catedrático de Derecho Procesal, Universidad de Zaragoza.  
Javier Olivera Pueyo, psiquiatra, Hospital San Jorge, miembro CGE.  
Concha Revilla López, médica, asesora técnica. SALUD.  
Ana Rivera Fuertes, médico de familia, Centro de Salud Huesca rural.  
Santiago Trueba Insa, médico de paliativos, ESAD, Zaragoza III.

**Revisores:** José Ramón Ara Callizo, neurólogo, jubilado, miembro de la CGE.  
Carlos Coscollar Santaliestra, médico de familia, jubilado, miembro de la CGE.  
Consuelo Miqueo, médica, jubilada, profesora de Universidad de Zaragoza, miembro del Comité de Bioética de Aragón.

**Coordinación:** Javier Gállego Diéguez, médico, jefe del Servicio de Educación, Participación y Derechos de los Pacientes. DGTIU.  
Javier Olivera Pueyo, psiquiatra, Hospital San Jorge, miembro CGE.  
Concha Revilla López, médica, asesora técnica. SALUD.

**Lenguaje inclusivo:** La publicación tiene en cuenta las recomendaciones para un lenguaje inclusivo. Las menciones genéricas en masculino que aparecen a lo largo del texto se entenderán referidas también a su correspondiente femenino.

**Maquetación e Impresión:** ARPIrelieve, S. A., Zaragoza

ISBN 978-84-8380-489-6

Depósito legal: Z 1407-2023

IMPRESO EN ESPAÑA • UNIÓN EUROPEA

## AGRADECIMIENTOS

---

Esta publicación es fruto de la experiencia de implantación durante los dos primeros años en Aragón de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) que entró en vigor en junio de 2021. Agradecemos a los diferentes grupos y personas que han intervenido en las diferentes etapas para hacer efectivo un nuevo derecho vinculado a la autonomía de los pacientes.

En primer lugar, a los pacientes que han realizado una solicitud de prestación de ayuda para morir y también a las personas cuidadoras, familiares y allegados que les han acompañado. Cada caso responde a situaciones excepcionales y complejas que han sido fuente de mucha reflexión y aprendizaje.

A los profesionales del Sistema de Salud de Aragón que han atendido a estos pacientes y se han implicado en realizar un nuevo procedimiento, sin experiencia previa, que integra el proceso deliberativo, el acompañamiento, la documentación de las diversas etapas y llegado el caso la realización de la prestación de ayuda para morir. Apreciar las condiciones clínicas y la comprobación de que la decisión del paciente es autónoma, libre y consciente ha implicado un intenso trabajo del equipo asistencial. El agradecimiento incluye a los profesionales sanitarios objetivos de conciencia que también han participado en ese trabajo previo, aunque luego no hayan participado en la realización de la prestación de ayuda para morir.

A los equipos directivos y referentes de eutanasia de cada Sector que han orientado a los equipos asistenciales que atendían solicitudes y han prestado el apoyo para que esta nueva prestación fuera efectiva dentro del Servicio Aragonés de la Salud.

A los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) que han desarrollado las funciones para autorizar o no la prestación de ayuda para morir, creando un espacio de deliberación interdisciplinar para interpretar los criterios establecidos en la LORE en los diferentes casos que habitualmente presentaban una gran complejidad.

A los docentes y responsables de formación del SALUD y del IACS que han facilitado el acceso a la formación en diferentes formatos e itinerarios para que los

profesionales del sistema de salud aprendieran los diferentes conocimientos, procedimientos y habilidades que son necesarias para integrar la prestación de ayuda para morir en la cartera de servicios.

Al Comité de Bioética de Aragón, a los Comités de Ética Asistencial y a la Red de Comités de Ética Sanitaria por las propuestas y comentarios recibidos.

A los Colegios Oficiales de las profesiones sanitarias por el diálogo, comunicación y actividades de formación realizadas.

A los profesionales de la Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios (DGTIU) del Departamento de Sanidad que elaboraron los procedimientos iniciales para los profesionales y facilitaron el acceso a la información para los usuarios y ciudadanía sobre la eutanasia.

A las organizaciones de pacientes y otras entidades sociales interesadas en la atención al final de la vida por su contribución activa a la difusión y conocimiento por la ciudadanía y a las sugerencias y propuestas formuladas para el mejor desarrollo del derecho a la eutanasia.

# ÍNDICE

---

Siglas .....	7
Introducción .....	9
1. Derechos de los pacientes en el final de la vida .....	11
1. Viñeta clínica .....	11
2. Desarrollo .....	11
3. Puntos clave .....	17
4. Comentario a la viñeta clínica .....	17
5. Para saber más .....	17
2. Atención a las personas solicitantes de eutanasia: un trabajo en equipo .....	19
1. Viñeta clínica .....	19
2. Desarrollo .....	20
3. Etapas y proceso .....	24
4. Puntos clave .....	25
5. Comentario a la viñeta clínica .....	25
6. Para saber más .....	26
3. Valoración del cumplimiento de los criterios clínicos .....	27
1. Viñeta clínica .....	27
2. Desarrollo .....	28
3. Etapas o proceso .....	33
4. Puntos clave .....	33
5. Para saber más .....	34
4. Valoración de aspectos psicológicos, psicosociales y de la capacidad psíquica para la toma de decisiones .....	35
1. Viñeta clínica .....	35
2. Desarrollo .....	36

3. Etapas y proceso.....	42
4. Puntos clave.....	43
5. Comentario a la viñeta clínica.....	44
6. Para saber más.....	44
5. Proceso deliberativo.....	47
1. Viñeta clínica.....	47
2. Desarrollo.....	47
3. Etapas y procesos.....	48
4. Puntos clave.....	53
5. Comentario a la viñeta clínica.....	53
6. Para saber más.....	54
6. Atención paliativa en el contexto eutanásico.....	55
1. Viñeta clínica.....	55
2. Desarrollo.....	55
3. Etapas y proceso.....	57
4. Puntos clave.....	61
5. Comentario a la viñeta clínica.....	61
6. Para saber más.....	62
7. Prestación de ayuda para morir: adecuación del entorno y aplicación.....	63
1. Viñeta clínica.....	63
2. Desarrollo.....	64
3. Etapas y proceso.....	67
4. Puntos clave.....	71
5. Comentario a la viñeta clínica.....	71
6. Para saber más.....	71
Anexos.....	73
Glosario sobre la eutanasia y la prestación de ayuda para morir.....	73
Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.....	77
Bibliografía y otros recursos.....	93
Índice de preguntas.....	95

## SIGLAS

---

- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria
- ACE: Ayuda para la Evaluación de la Capacidad
- ACIS: Agencia de Conocimiento en Salud
- AECC: Asociación Española Contra el Cáncer
- BOE: Boletín Oficial del Estado
- CE: Constitución Española
- CGE: Comisión de Garantía y Evaluación
- DVA: Documento de Voluntades Anticipadas
- DGTIU: Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios del Departamento de Sanidad.
- ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica
- EM: Esclerosis Múltiple
- ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
- LORE: Ley Orgánica Reguladora de la Ley de Eutanasia, de 24 de marzo (LO 3/2021)
- MR: Médico responsable
- PAM: Prestación de Ayuda para Morir
- PDA: Planificación de Decisiones Anticipadas
- SD: Síndrome de desmoralización
- SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- UE: Unión Europea



## INTRODUCCIÓN

---

La Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (LORE) de 24 de marzo de 2021 reconoce un nuevo derecho del paciente para solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir cuando se cumplan los requisitos previstos en dicha ley. La regulación de la eutanasia responde a una demanda social sobre la atención al final de la vida que tenga en cuenta el derecho a la protección a la vida y a la integridad física y moral junto con otros derechos como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Para poder articular estos derechos, la LORE establece un proceso sistemático para verificar los requisitos de acceso a la prestación de ayuda para morir. Este proceso es una garantía que ofrece seguridad a los pacientes y también a los profesionales. Por eso se considera que es una ley garantista, que establece la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) como una comisión interdisciplinaria e independiente encargada de verificar el cumplimiento de los requisitos de cada caso.

Los requisitos que establece la LORE son, por un lado, la existencia de un contexto eutanásico, definido por un sufrimiento constante e intolerable de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de una enfermedad grave e incurable, y por otra parte, que el paciente sea mayor de edad, disponga de la información adecuada sobre su situación y tenga la capacidad y la consciencia en el momento de realizar la solicitud.

En los dos primeros años de puesta en marcha de la LORE, 43 pacientes han realizado una solicitud de la prestación de ayuda para morir. De las 39 solicitudes con proceso cerrado, 14 fueron denegadas, 14 pacientes fallecieron durante el proceso (especialmente oncológicos) y se han realizado 11 prestaciones de ayuda para morir, tres de ellas con donación de órganos.

La experiencia de puesta en marcha de la LORE muestra que responde a situaciones excepcionales en el final de la vida, donde cada caso es singular y que necesita un atento análisis de los factores que condicionan su complejidad. La solicitud de eutanasia exige una escucha atenta a la situación biográfica y demanda del

paciente y crear una relación de acompañamiento y confianza. Por eso es muy importante una actuación conjunta y coordinada del equipo asistencial multidisciplinar que atiende al paciente, para facilitar el proceso deliberativo, analizar el contexto eutanásico y permitir la continuidad asistencial.

Esta guía pretende ser una ayuda a los profesionales. Quiere proporcionar orientación desde la práctica clínica para atender las solicitudes de los pacientes, facilitar el trabajo en equipo e integrar en la práctica asistencial la prestación de ayuda para morir mejorando la calidad del servicio y la adecuación del entorno. En la elaboración de la guía han participado profesionales sanitarios con experiencia y miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE). En siete capítulos se facilita un abordaje de diversos aspectos clave como los derechos de los pacientes en el final de la vida, el trabajo en equipo, la valoración de los criterios clínicos, la valoración de la capacidad psíquica y los aspectos psicosociales, el proceso deliberativo, la atención paliativa y la prestación de la ayuda para morir.

Este nuevo derecho reconocido por la LORE amplía el marco de la ley de autonomía del paciente de 2002 y complementa la ley aragonesa de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte de 2011. La puesta a punto de estos derechos implica un reto para el sistema de salud de Aragón por la necesidad de aumentar la información y competencias de los pacientes y cuidadores en la atención en el final de la vida.

Junio, 2023

# 1. Derechos de los pacientes en el final de la vida

---

JUAN F. HERRERO PEREZAGUA,  
*Catedrático de Derecho procesal. Universidad de Zaragoza*

## 1. Viñeta clínica

Begoña, de 62 años, cuida de su madre, Adela, de 90 años, con la que convive desde hace más de 15 años, cuando aquella se divorció. Adela está diagnosticada de cáncer de pulmón, con metástasis ósea en la cadera, cabeza del fémur y tres costillas. Su movilidad ha ido reduciéndose. Desde que, hace seis meses, se fracturó el hombro, ni siquiera da paseos con el andador por su domicilio. Todos sus desplazamientos por casa los realiza en silla de ruedas. Su estado durante el día y la noche es de somnolencia interrumpida por continuos dolores que los analgésicos no logran calmarle. Hace un año empezó a dar muestras de demencia senil que, desde entonces, no ha hecho sino aumentar. No es consciente de su aseo personal y apenas reconoce a su hija.

Begoña recuerda que, hace ya mucho tiempo, su madre, cuando se encontraba plenamente lúcida, le dijo que si un día se veía en un estado como el que ahora se encuentra, deseaba poner fin a su vida, que no quería seguir en este mundo. Fiel a la voluntad que tantas veces le expresó, Begoña solicita que se le preste a su madre la ayuda para morir y se ponga fin a su sufrimiento.

## 2. Desarrollo

### 1. ¿Qué regula la Ley de la Eutanasia?

La conocida como Ley de la Eutanasia es la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, (LORE) que se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) un día después y entró en vigor a los tres meses de su publicación.

Regula el derecho de las personas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir. Para ello establece una serie de requisitos que ha de cumplir quien la solicite y un procedimiento a seguir, es decir, una secuencia de actuaciones que han de llevarse a cabo en determinados plazos. Con ello se garantizan tres aspectos fundamentales: 1. que la

decisión se toma libremente, 2. que los requisitos exigidos se verifican y 3. que la decisión se adopta en un tiempo razonable.

### ¿Qué derechos entran en juego?

El derecho a la vida, la libertad personal y la dignidad humana han sido y son los ejes en torno a los que se ha vertebrado el debate que ha precedido a la ley y en torno a los cuales aún se mantiene.

Hoy se entiende que existe un derecho a disponer de la vida propia, al amparo del respeto a la vida privada, es decir, que la decisión sobre el modo y momento de morir forma parte del derecho a la intimidad personal y familiar.

La cuestión es con qué límites puede reconocerse y regularse; aquí entra en juego la garantía del derecho a la vida. En otros términos: el derecho a la vida no puede imponerse a la decisión libre y responsable de quien resuelve acabar con la suya. Pero el derecho a la vida obliga a los poderes públicos a adoptar medidas que garanticen que la decisión se adopta con plena libertad y responsabilidad, lo que se proyecta con especial intensidad en la protección de los sujetos vulnerables.

### ¿Por qué decimos que la ley regula un derecho prestacional?

Hay derechos de libertad cuya característica es que pretenden limitar el poder; son derechos de no interferencia (como la libertad de expresión o la libertad de circulación). Y hay derechos de prestación, en los que el objeto garantizado es una obligación de hacer del Estado. El derecho configurado por la Ley reguladora de la eutanasia es un derecho de prestación. Su titular es el individuo y es exigible frente al Estado. No tiene por objeto proteger la libertad del individuo; su auténtico objeto son actuaciones positivas del Estado que, al ser solicitadas por el ciudadano y al cumplirse los requisitos para ello, suponen la concreción de su obligación. El único obligado es el Estado. La prestación solo puede ser otorgada por el Estado, está «incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública» (art. 13.1 LORE).

### ¿Qué contenido tiene el derecho regulado por la ley?

Este derecho a la prestación de ayuda para morir puede ser desglosado en tres piezas:

- a) el derecho a solicitar la prestación
- b) el derecho a que, cumplidos los requisitos establecidos por la ley, sea examinada y resuelta
- c) el derecho, si se estima la solicitud, a la realización de la prestación.

### ¿Podía haber ido la ley más allá?, ¿dónde se ha detenido?

La ley regula la eutanasia. Esto es: las acciones consistentes en causar directamente la muerte del paciente o en proporcionar los instrumentos adecuados para que se la cause a sí mismo, con su consentimiento, en aquellos casos en que sufra una enfermedad grave e incurable o un padecimiento, grave, crónico e invalidante. No basta la mera voluntad de poner fin a la vida.

## 2. ¿Qué importancia tiene el principio de autonomía del paciente?

El derecho configurado por la Ley de la eutanasia entronca con los derechos del paciente (con este término se refiere la ley constantemente a la persona que solicita la prestación). El principio que vertebra el régimen vigente de los derechos del paciente en relación con toda intervención en su cuerpo y salud es el principio de autonomía. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, es la que regula su contenido. La ley, además, abrió las puertas al desarrollo legal autónómico dentro de su respectivo marco competencial. Es el caso de la Ley aragonesa 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

### ¿Cuál es la relación entre este principio y la eutanasia?

La autonomía del paciente es una manifestación de la autonomía privada y esta, de la libertad, valor superior proclamado en la Constitución. Paulatinamente, el ámbito de la autonomía ha ido extendiendo sus fronteras. En la relación médico-paciente está plenamente aceptada la idea de que es el paciente quien ha de tomar sus decisiones. Expresión del ejercicio de esa autonomía es que el paciente tiene derecho a decidir su propio tratamiento entre las opciones clínicas disponibles y también a rechazarlo. Respecto a la prestación de ayuda para morir el paciente tiene derecho a decidir el momento, el lugar y la modalidad utilizada.

### ¿Qué exige la ley para respetar la voluntad del paciente?

La ley exige que la solicitud de la prestación de ayuda para morir sea una decisión autónoma: libre y consciente. Esto implica la necesidad de otorgar su consentimiento y, para asegurar que no hay vicios del consentimiento, se precisa que tiene que haber recibido la información necesaria. Hay, por tanto, dos elementos esenciales: la capacidad y la información.

- a) El primero, porque es determinante de la libre voluntad del paciente.
- b) Y el segundo, porque garantiza que la decisión es consciente, es decir, que se conocen las alternativas y las consecuencias, de modo que queda claro en qué consiente el paciente.

## 3. ¿Qué prevé la ley para asegurar que la decisión del paciente se adopta con las debidas garantías?

Para garantizar que nos encontramos ante una decisión libre y consciente, la ley atiende a la capacidad del solicitante y al modo en que esa voluntad se expresa.

### ¿Quién ha de expresar la voluntad?

La solicitud en que se manifiesta la voluntad de recibir la ayuda para morir ha de realizarse por quien quiere recibir esa ayuda, no por otro. Su consentimiento ha de ser libre y consciente. El sujeto ha de tener una clara representación del acto sobre el que va a consentir, que se encuentra en plena posesión de sus facultades psíquicas y mentales y que, en la toma de su decisión, no hay engaño ni coacción.

La capacidad es un elemento esencial. Tengamos en cuenta que puede estar disminuida ya sea con carácter temporal o permanente (como sería el caso de una deficiencia o enfermedad mental) o de forma sobrevenida (por pérdida del conocimiento). Cuando de una enfermedad se trata, las personas en situaciones de incapacidad y los menores tienen derecho a recibir información de forma adaptada a su capacidad de comprensión. En el caso de la prestación de ayuda para morir, la ley, inequívocamente, establece que para poder recibirla es requisito tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

Bien puede ocurrir que, en previsión de que la capacidad puede perderse, la persona que ahora no se encuentra en pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad para realizar la solicitud, lo haya expresado antes.

### ¿Cómo puede expresarse esa voluntad?

Por lo común, la solicitud que recoge la voluntad del paciente estará firmada por él. La ley exige una solicitud escrita, firmada y fechada. Si su situación personal o condición de salud se lo impidiera (por ejemplo, en una persona con tetraplejia), podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia de su voluntad, o bien otra persona, mayor de edad y plenamente capaz, podrá fecharlo y firmarlo en presencia del paciente y de un profesional sanitario que también habrá de firmar el documento. Pero en ningún caso se suple su voluntad.

### ¿Es posible incluir la eutanasia en el Documento de Voluntades Anticipadas?

Si la persona no está en pleno uso de sus facultades, solo podrá atenderse a su solicitud si la formuló en un momento anterior en el que tenía plena capacidad para hacerlo. ¿Cómo? Mediante el otorgamiento del documento de instrucciones previas, que recibe distintos nombres según la ley autonómica que lo regule (testamento vital, voluntades anticipadas).

El documento, aunque se haya inscrito en el registro autonómico correspondiente, constará en el Registro Nacional de Instrucciones Previas.

El documento puede haber sido aportado por el propio paciente en un momento anterior y haberse incorporado a la historia clínica. También lo puede presentar (con la solicitud de la prestación) al médico responsable otra persona mayor de edad y plenamente capaz (habrá que asegurarse de que ese es el último documento). El médico responsable está legitimado para solicitar y obtener del Registro el acceso al documento. Los profesionales sanitarios, tienen el deber de consultar a los familiares, allegados (un concepto indeterminado), al representante del paciente o al registro para comprobar si existe constancia del otorgamiento de declaración de voluntades anticipadas. Cabe deducir que, obtenida esa información, el médico responsable dirigirá la solicitud de prestación de ayuda para morir a la Comisión de Garantía y Evaluación.

### ¿Cómo se verifica que la voluntad se ha expresado libre y conscientemente?

Para otorgar el documento de instrucciones previas se requiere ser mayor de edad.

La ley exige que la persona que otorga el documento sea capaz en el momento de otorgarlo. Lo que no aclaran las normas es quién se encarga de apreciar tal capacidad.

Y adviértase que hay diferentes formas de otorgamiento (en el caso de Aragón, se admiten las tres): ante notario, ante dos testigos, ante el personal habilitado al efecto por el departamento competente en materia de salud.

En el documento de instrucciones previas, el otorgante puede haber nombrado un representante que será el interlocutor válido para el médico responsable. El representante podrá ejercitar alguna opción dentro de los márgenes establecidos en las instrucciones (por ejemplo, la modalidad de la prestación). Lo que no puede hacer es sustituir el consentimiento del paciente ni hacer prevalecer su opinión sobre la de este. Hay que estar a la voluntad expresada por el otorgante, no a una voluntad hipotética. El representante tiene que ser mayor de edad y capaz: estos dos requisitos tienen que concurrir en el momento en que el representante tenga que intervenir.

#### 4. ¿De qué se debe informar al paciente?

El consentimiento del paciente ha de ser un consentimiento informado. El consentimiento es la expresión de la conformidad libre, voluntaria y consciente. Y la garantía de la conformidad es que haya recibido la información adecuada.

##### ¿Quién es el titular del derecho a la información?

El titular de este derecho es el paciente. Es quien afronta la decisión relacionada con el proceso de morir. Si no dispone de esa información, no podrá entenderse que se ha prestado válidamente el consentimiento, por lo que habrá de concluir que la prestación de ayuda habrá de denegarse. Para consentir, hay que saber.

Sus familiares, o personas vinculadas a él de hecho, serán informadas en la medida en que el paciente lo permita. En el caso de que el paciente no se encuentre en el pleno uso de sus facultades, ni pueda prestar su conformidad libre, y hubiera otorgado el documento de instrucciones previas y nombrado un representante, este será el interlocutor para el médico responsable. La información, en este supuesto, no tiene por objeto recabar la conformidad: el consentimiento ya ha sido expresado.

##### ¿Quién ha de informarle?

El obligado a proporcionar la información es el médico responsable. A través del proceso deliberativo ha de asegurarse de que el paciente comprende la información que se le facilita.

La información debe versar sobre el diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos y recursos sociales disponibles. También habrá de referirse a las modalidades en que se puede realizar la prestación y el modo de llevar a cabo cada una de ellas.

##### ¿Hay alguna exigencia formal?

La información se le debe facilitar al paciente por escrito, sin perjuicio de que se haya adelantado verbalmente.

En esto hay que poner especial cuidado. Conviene expresar con detalle qué posibilidades de actuación se le han ofrecido al paciente, a qué cuidados paliativos puede

acceder, a qué prestaciones sociales (atención o dependencia) puede tener derecho. Y todo ello ha de hacerse con un lenguaje claro, preciso e inteligible.

### 5. ¿Qué es la objeción de conciencia?

La LORE define la objeción de conciencia como «derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resulten incompatibles con sus propias convicciones».

#### ¿Cuál es su alcance en la ley de eutanasia?

Esta es una cuestión discutida. La objeción de conciencia es una excepción al deber jurídico de los profesionales sanitarios. Toda excepción ha de ser interpretada restrictivamente. Se objeta respecto de algo a lo que se obliga.

La interpretación que sigue la Comisión de Garantía y Evaluación aragonesa y el Comité de Bioética de España es que la ley ciñe la posibilidad de objetar a los profesionales directamente implicados en la prestación de ayuda para morir. La negativa del profesional lo es a realizar la debida prestación. La información, acompañamiento y cuidado que deben proporcionarse o dispensarse al paciente que solicita ser ayudado para morir son actuaciones que no son incompatibles con las convicciones personales y la realización de los deberes asistenciales. De esta manera se contempla en el decreto 131/2022 del Gobierno de Aragón que regula el registro de profesionales objetores de conciencia a la PAM.

#### ¿Quién puede acogerse a ella?

La ley lo limita a los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir. Comprende al personal médico y de enfermería y a profesionales de farmacia a quienes se requiera la preparación de los medicamentos a administrar en la realización de la prestación. Quedan excluidos quienes no pertenezcan a alguna de las categorías anteriores, aunque desarrollen su trabajo en el centro sanitario en que se realice la prestación.

La ley configura la objeción de conciencia como un derecho individual. Por otra parte, establece la prestación de la ayuda para morir como obligatoria para todos los centros sanitarios, públicos, privados o concertados, sin que pueda haber menoscabo por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No se contempla, por tanto, la objeción de conciencia de las personas jurídicas o instituciones titulares de esos centros.

#### ¿Qué función cumple el registro de objetores?

La objeción de conciencia no está condicionada a su inscripción en el registro (en Aragón está regulado por el Decreto 131/2022, de 5 de septiembre). Las únicas exigencias de la ley son que la objeción se manifieste anticipadamente y por escrito. El registro tiene una finalidad administrativa, es decir, que permite organizar más eficazmente los recursos humanos para llevar a cabo la prestación.

### 3. Puntos clave

- El derecho a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir y sus requisitos (objetivos, subjetivos y temporales) están regulados en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (BOE de 25-3-2022).
- Es un derecho de prestación: está incluido en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- La decisión del paciente ha de ser libre y consciente: ha de estar en plena posesión de sus facultades mentales, haber recibido la información adecuada y no padecer engaño ni coacción.
- Solo el paciente es quien puede expresar su voluntad; nadie puede hacerlo por él. En previsión de que no se encuentre en situación de hacerlo, puede haberla manifestado a través del documento de voluntades anticipadas.
- El médico responsable debe informar al paciente sobre el diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y los resultados esperables, asegurándose de que comprende la información.
- La objeción de conciencia es un derecho individual al que pueden acogerse los profesionales sanitarios directamente implicados.
- La posibilidad de objetar se ciñe a la realización de la prestación de ayuda para morir. La información, acompañamiento y cuidado que deben dispensarse al paciente no son incompatibles con las convicciones personales y la realización de los deberes asistenciales.
- El registro de objetores cumple una mera función administrativa. La objeción no está condicionada a su inscripción.

### 4. Comentario a la viñeta clínica

La solicitud de Begoña (que se preste a su madre la ayuda para morir) no puede ser atendida. Solo cabe examinar y, en su caso, estimar la solicitud hecha por la propia paciente. Si no se encuentra en el pleno uso de sus facultades y no puede expresar su consentimiento, solo cabe examinar y, en su caso, estimar la solicitud que con antelación hubiera expresado a través del documento de voluntades anticipadas.

### 5. Para saber más

1. [Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, número 274, \(15 de noviembre de 2002\).](#)
2. [Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. Boletín Oficial del Estado, número 115, \(14 de mayo de 2011\).](#)



## 2. Atención a las personas solicitantes de eutanasia: un trabajo en equipo

---

CONCHA REVILLA LÓPEZ,  
*Médica, Asesora Técnica. SALUD*

MAITE CLARES PUNCEL,  
*Enfermera, Centro de Salud Actur Norte*

MARISA ALIAGA NUENO,  
*Trabajadora Social, DGTIU*

### 1. Viñeta clínica

Paciente de 58 años, de profesión cocinero, casado y sin hijos que hace cuatro años comenzó con debilidad y pérdida de fuerza en extremidades superiores. La ausencia de dolor inicial, así como la lenta progresión de los síntomas hizo que tardase en acudir a un profesional. Cuando los síntomas se hicieron más evidentes acudió a su médico de familia y tras seis meses de múltiples pruebas recibió el diagnóstico de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

Actualmente la enfermedad se halla en fase muy avanzada. El paciente se encuentra encamado, precisa alimentación a través de sonda de gastrostomía, así como asistencia ventilatoria no invasiva por insuficiencia respiratoria. Es totalmente dependiente para todas las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), necesita un cuidador permanente siendo su esposa la cuidadora principal y para comunicarse debe utilizar un comunicador alternativo (un sistema que, mediante rayos infrarrojos, lee el movimiento del iris y, con un teclado virtual, le permite escribir y hablar).

Desde el principio fue informado de la gravedad y evolución de la enfermedad por lo que decidió hacer el Documento de Voluntades Anticipadas cuando todavía no había sido aprobada la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia.

En una de las visitas a domicilio que su enfermera de familia realiza periódicamente para valorar su situación y necesidades de cuidados, el paciente refiere un alto nivel de angustia y sufrimiento. A través de los medios de comunicación ha

conocido la entrada en vigor de la Ley de Regulación de la Eutanasia y expresa a la enfermera su deseo de acogerse a ella, pero desconoce el procedimiento. Ha reflexionado mucho sobre ello y lo ha hablado con su familia; desearía que su médico y enfermera de familia le acompañaran en este proceso.

## 2. Desarrollo

### 1. ¿Qué información proporcionar al paciente antes de presentar una solicitud?

Todo el proceso comienza cuando el paciente presenta la Primera solicitud, no obstante, antes de presentarla, el paciente puede solicitar información. Además de la información que le pueda dar el profesional, en la web Salud Informa (ver apartado *Para saber más*), el paciente encontrará información sencilla sobre eutanasia.

Hay que recordar, en todo momento, que el médico no prescribe esta prestación, es una solicitud que se basa en una **decisión autónoma** del paciente, libre e informada.

Tanto el modelo de la Primera solicitud ([Modelo 1](#)) como el resto de modelos, se encuentran disponibles en la Intranet del Servicio Aragonés de Salud (ver apartado *Para saber más*).

### 2. ¿Cómo afrontar una solicitud de prestación de ayuda para morir?

Recibir una solicitud de prestación de ayuda para morir es una **circunstancia excepcional**, no se trata de un servicio asistencial ordinario, es un proceso muy especial y, como tal, hay que abordarlo. En este primer momento, y al objeto de que el profesional pueda apoyarse en otros compañeros, el médico responsable, debería:

- 1. Ponerse en contacto con el Referente del Sector.** En la Intranet del Salud, está publicado el listado con todos los referentes y, puesto que los referentes están más habituados a gestionar estas solicitudes, el médico responsable deberá contactar con él para que lo oriente cómo afrontarla.
- 2. Definir el equipo asistencial** con otros profesionales del equipo que puedan apoyar al médico responsable y que pueden aportar una visión más holística del caso, otros médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc. La prestación de ayuda para morir requiere de una dedicación y atención muy específica por lo que el apoyo al médico responsable es fundamental.

De igual forma, en este primer momento, el equipo asistencial hará una primera valoración de la carga de trabajo que implica la solicitud. Todo proceso de ayuda médica para morir supone una carga añadida a la asistencia habitual, pero desde el momento inicial es necesario valorar las circunstancias de cada caso. Estos pueden incluir: el grado de relación del equipo asistencial con el paciente de forma previa, si el proceso deliberativo ya se ha realizado o es preciso una adaptación del horario asistencial para tener el espacio de tiempo que permita esa o esas entrevistas necesarias, o si tras contactar con el referente del sector y comentar la situación del paciente, esta implique una situación de especial vulnerabilidad que requiera una mayor intervención de todo el equipo.

### 3. ¿Qué hago si soy médico objetor?

Tal y como consta en el capítulo uno, la información, acompañamiento y cuidado que deben proporcionarse al paciente son actuaciones compatibles con la objeción. En el informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción este órgano plantea que no hay lugar para la objeción:

“Durante todo el proceso deliberativo e informativo es una obligación ética y clínica del médico el acompañamiento y la asesoría al paciente”

Así pues, es recomendable que el médico objetor acompañe al paciente durante la tramitación de la solicitud aunque no participe en el momento preciso de realizar la prestación.

Además, el médico debe comunicar al paciente su condición de objetor a la PAM y a su inmediato superior para realizar las gestiones oportunas.

### 4. ¿Qué hacer con una Primera solicitud?

La Primera solicitud se realiza ante el médico responsable (MR), u otro profesional sanitario, que se lo hace llegar, por escrito, fechada y firmada por el paciente. Si este no puede firmar, otra persona mayor de edad y capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.

El **médico responsable** será el encargado de verificar el cumplimiento de los **requisitos**:

- Ser español o residente legal en España durante más de un año, mayor de edad, capaz.
- Padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante con un sufrimiento intolerable.

En este primer momento, si hay dudas sobre la capacidad del paciente, habrá que hacer una valoración y comprobar, en el caso de incapacidad, si existe un documento de voluntades anticipadas. En el capítulo cuatro se desarrolla cómo valorar la capacidad del paciente.

Hay que recordar que, en cualquier momento del proceso, el paciente puede revocar o aplazar la solicitud.

### 5. ¿Cómo participa el equipo asistencial en el proceso?

La labor del equipo asistencial en este primer momento es fundamental como apoyo para el médico responsable, tanto para poner en común la información que los distintos profesionales tienen sobre el paciente, como para participar en el proceso deliberativo y en el acompañamiento al paciente.

### 6. ¿Qué ocurre si el paciente no cumple los requisitos o no es capaz?

Si no cumple alguno de los requisitos o, en el caso de no ser capaz, no existe documento de voluntades anticipadas, el médico responsable **deniega la prestación** ([Modelo 6](#)) y deberá hacerlo por escrito y de manera motivada, en un plazo de 10 días,

e informar al paciente de la posibilidad de reclamar ante la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) en un plazo no superior a 15 días.

### 7. Verificados los requisitos y comprobada la capacidad o incapacidad, ¿cómo continúa?

El médico responsable, en los dos días siguientes a la primera solicitud, realizará con el paciente un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables y cuidados paliativos, en el que participan también el resto del equipo asistencial, en la medida que se considere en cada caso.

Si se considera necesario, se valorará la posibilidad de consultar con otros profesionales ajenos al equipo.

En los cinco días siguientes, deberá entregar al paciente información por escrito de este proceso. En el capítulo cinco, se detalla cómo llevar a cabo esta deliberación.

### 8. ¿Cuándo presenta el paciente la Segunda solicitud?

La Ley establece un plazo mínimo de 15 días para que el paciente presente la Segunda solicitud.

Una vez recibida la Segunda solicitud, el médico responsable inicia un nuevo proceso deliberativo en el plazo de 2 días, y dispone de 5 días más para atender cualquier duda o necesidad de ampliar información.

Una vez aclaradas todas las dudas, el médico responsable deberá recabar del paciente la firma del documento del Consentimiento Informado.

### 9. ¿Cuándo y cómo pedir el informe del médico consultor?

Una vez realizadas las dos solicitudes, hechos los correspondientes procesos deliberativos y firmado el consentimiento informado, el MR debe solicitar un informe a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en la ley, redactando un informe en un plazo no superior a 10 días desde la segunda solicitud. Este informe pasará a formar parte de la historia clínica del paciente, debiendo comunicarle al paciente las conclusiones en el plazo de 24 horas.

### 10. ¿Qué consecuencias tiene el informe del médico consultor?

Si el informe es favorable, continúa el proceso.

Si es desfavorable y se le deniega la prestación, el paciente podrá recurrir ante la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo de 15 días naturales.

### 11. ¿Cómo realiza la verificación previa la Comisión de Garantía y Evaluación?

En caso de informe favorable del médico consultor, y una vez cumplidos todos los trámites, el MR lo comunica a la CGE, en el plazo de 3 días, para la verificación previa.

El Presidente de la CGE designa, en un plazo de 2 días, una dupla de un médico y un jurista para que verifiquen si concurren los requisitos y condiciones para autorizar la prestación. En el plazo de 7 días, emiten un informe que sirve como resolución para realizar la prestación.

Si la Resolución es favorable, el Presidente de la Comisión la traslada al MR para proceder a realizar la prestación.

Si la Resolución es desfavorable y se le deniega la prestación, esta puede ser recurrida ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

## 12. ¿Cómo se lleva a cabo la prestación?

En el supuesto de que el MR, debido a razones de conciencia, **no desee participar** en la aplicación de la prestación deberá comunicarlo al paciente, y ponerlo en conocimiento de su inmediato superior y del referente del Sector, que asignarán a otro médico que asumirá el papel de médico responsable de la aplicación de la prestación de eutanasia. En el capítulo 7 se desarrolla el proceso de la realización de la prestación, modalidades, adecuación del entorno y aplicación.

## 13. ¿Puede el paciente solicitante de la Prestación de Ayuda para Morir (PAM) revocar sus decisiones?

**Sí.** Tiene derecho a:

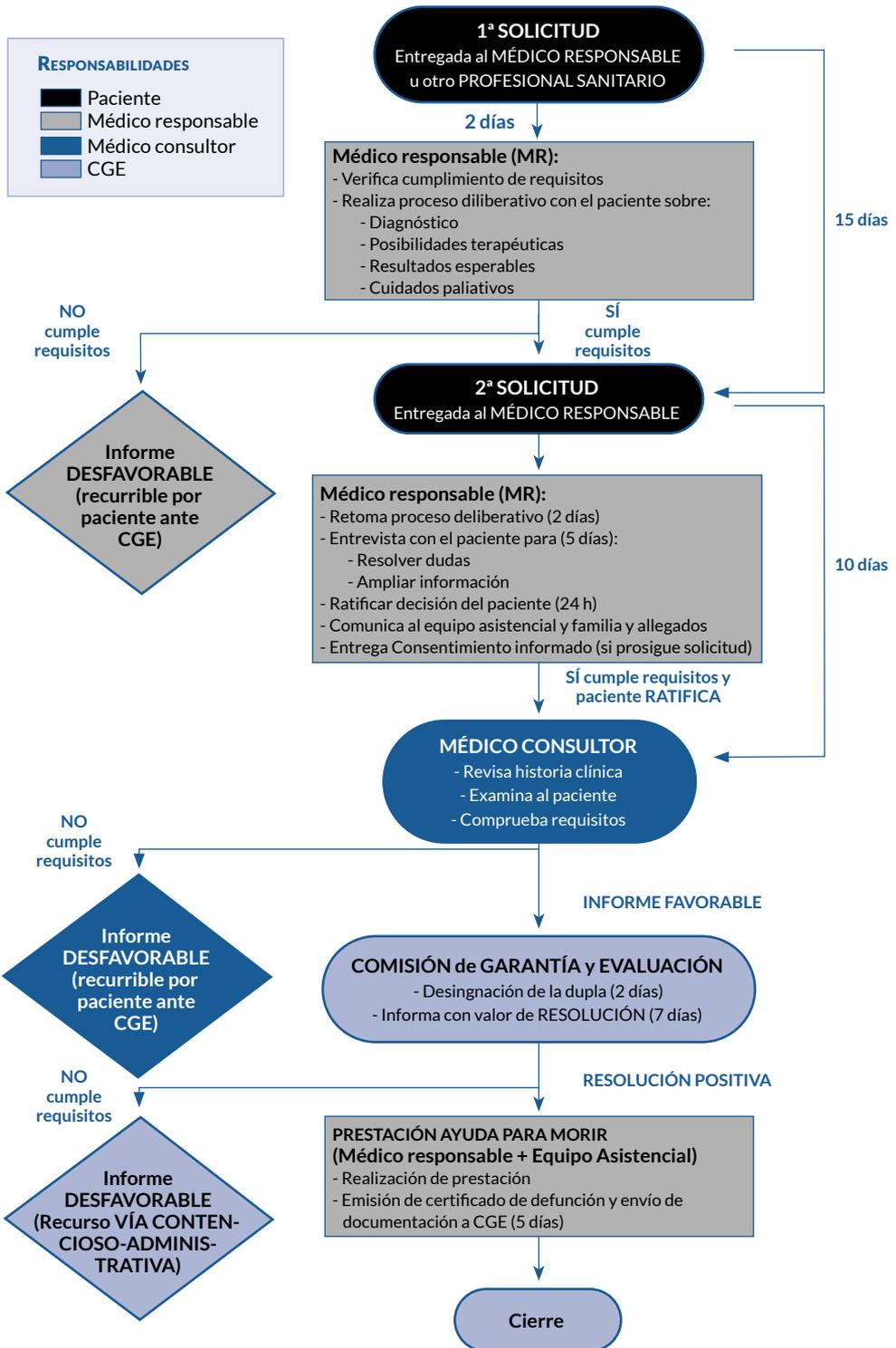
- **Desistir** de su solicitud al finalizar el proceso deliberativo con el médico responsable.
- **Aplazar** la realización de la prestación de ayuda para morir.
- **Renunciar** a su derecho una vez que la Comisión de Garantías y Evaluación reconozca la prestación de ayuda para morir.
- **Expresar su voluntad de desistir, renunciar y rechazar** de manera verbal al médico responsable o equipo sanitario.

Estos derechos del paciente una vez manifestados surten pleno efecto. Los profesionales sanitarios anotarán en la historia clínica todas estas circunstancias.

## 14. ¿Qué se hace después de la prestación?

Una vez realizada la prestación, el MR deberá enviar a la CGE, en el plazo de 5 días, el Documento Primero ([Modelo 7](#)) y el Documento Segundo ([Modelo 8.1](#)) para la Verificación posterior.

### 3. Etapas y proceso



## 4. Puntos clave

- La solicitud de la prestación de ayuda para morir es una **decisión del paciente**, no la prescribe un médico, lo decide y solicita el paciente. Aunque la prestación de ayuda para morir representa el máximo paradigma de la autonomía del paciente, éste necesita de un profesional que le acompañe en este proceso.
- El proceso se inicia con la presentación de la solicitud ante un sanitario, que la rubrica, y que, en la mayoría de los casos, será su médico responsable.
- Aunque el procedimiento es el mismo, cada caso será diferente, por lo que es necesario atender **a las particularidades**. Pero es importante que el médico responsable sienta que no está solo, que es apoyado por el Referente del Sector y el equipo asistencial constituido para el caso.
- **El paciente no está solo**. Aunque podría darse el caso de un paciente que no tuviera redes familiares o sociales, lo habitual será encontrarnos con solicitantes que quieren hacer partícipes a sus familiares en este proceso. Contar con la figura del trabajador social en el equipo facilitará la relación con la familia.
- La decisión final de estimar o desestimar una solicitud es de **la Comisión de Garantía y Evaluación**. Tener esto presente puede ayudar a los profesionales directamente implicados con los pacientes a quitar presión sobre sus actuaciones.
- En cualquier momento, el **paciente puede revocar o aplazar la solicitud**.

## 5. Comentario a la viñeta clínica

En nuestro caso no sería necesario consultar ni modificar el documento de instrucciones previas del paciente ya que este es capaz y está consciente en el momento de la solicitud. A continuación, y dado que el paciente cumple los requisitos del contexto eutanásico, el médico responsable será el encargado de poner en marcha y coordinar hasta el final todo el proceso de PAM.

Es fundamental el trabajo en equipos multidisciplinares y la comunicación con los Referentes de Sector para garantizar una prestación de calidad y el adecuado acompañamiento a todo el equipo responsable.

Finalmente, reseñar que toda la documentación recogida en el proceso de prestación de ayuda para morir (tanto si se concluye todo el proceso, como si se deniega en cualquiera de sus fases) incluyendo las posibles reclamaciones si las hubiera, debe ser incorporada a la Historia Clínica del paciente para ser archivada con esta.

## 6. Para saber más

1. Intranet Servicio Aragonés de Salud. Eutanasia. [Internet]. Aragón: Servicio Aragonés de Salud; 2023 [citado 5 jun 2023]. Eutanasia. Disponible en: <https://intranet.salud.aragon.es/eutanasia.html>
2. Salud Informa. Información para la ciudadanía. [Internet]. Aragón: SALUD [citado 5 jun 2023]. Eutanasia. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/eutanasia>
3. Carreter Oroñez, C. Proceso de la prestación de ayuda para morir. LORE. DGTIU. Departamento de Sanidad. 2021 [citado 5 jun 2023]. Disponible en: <https://intranet.salud.aragon.es/eutanasia.html>

### 3. Valoración del cumplimiento de los criterios clínicos

---

SANTIAGO TRUEBA INSA,  
*Médico de paliativos, ESAD Zaragoza III*

LUIS ANDRES GIMENO FELIU,  
*Médico de familia, Centro de Salud San Pablo*

#### 1. Viñeta clínica

Benito es un varón de 68 años diagnosticado de cáncer de próstata estadio IV con metástasis en columna lumbar L4. Ha estado en tratamiento con diversas líneas de tratamiento sin éxito, con aparición de metástasis en pala ílica izquierda y 8ª costilla izquierda. En el momento actual recibe tratamiento quimioterápico con finalidad paliativa.

Desde la esfera social, Benito es enfermero jubilado y turolense. Ha sido el cuidador principal de su esposa, fallecida por un cáncer de mama y de sus padres también fallecidos. Tiene dos hijos independizados con los que mantiene una excelente relación.

A nivel funcional, Benito presenta desde los últimos dos meses una puntuación de 3 en la escala ECOG (permanece en cama más del 50% del día). Da cortos paseos por su domicilio con andador. Padece astenia que describe como intensa desde el último mes, aunque el dolor y el sueño están controlados. Presenta ánimo deprimido en relación con situación actual, pero no cumple criterios clínicos de depresión. Mantiene un juicio de la realidad conservado, conocedor de todos los aspectos de su enfermedad (diagnóstico, situación, probable evolución y posibilidades terapéuticas).

Benito decide solicitar la prestación de ayuda médica para morir a su oncóloga de referencia. En palabras del propio Benito «Veo cómo avanza la enfermedad y sé que lo me queda por delante es mucho peor, cada vez estoy más débil. Los de paliativos me están ayudando mucho, incluso me han ofrecido sedarme para evitar sufrir; pero lo que realmente deseo es no “apagarme” poco a poco, sino irme con un estado físico no mucho peor al actual. Siento que mi papel en mi vida está ya completo, cuidé de los míos y estoy satisfecho. No quiero llegar a depender de alguien, para mí el ser mínimamente independiente como he sido hasta hace poco es fundamental. Es algo muy meditado».

En este punto el profesional debe hacerse la primera pregunta de todo el proceso: ¿cumple el paciente con los criterios clínicos que marca la LORE para acceder a la eutanasia? En el capítulo presente se intenta responder a estas preguntas y explicar las situaciones clínicas recogidas por la ley.

## 2. Desarrollo

### 1. ¿Qué es el contexto eutanásico?

La prestación de ayuda médica para morir (PAM) establecida en la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) supone la incorporación en el sistema sanitario de un recurso hasta ahora no disponible que, presenta una serie de requisitos para su aplicación.

El contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o emocional en que se encuentra y a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento. Los diversos profesionales implicados en el proceso de PAM deben evaluar, entre otros aspectos, que el solicitante cumpla con los requisitos recogidos por la LORE así como que su situación clínica esté enmarcada en los supuestos establecidos por dicha ley. En caso de no cumplirse algo de lo anterior, se deberá realizar el correspondiente informe negativo.

### 2. ¿Cuáles son los requisitos del solicitante para recibir la PAM?

Se deben cumplir todos los siguientes requisitos:

- Tener la **nacionalidad española** o **residencia legal** en España o **certificado de empadronamiento** que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a **un año**.
- Ser **mayor de edad**.
- Ser **capaz y consciente** en el momento de la solicitud.
- Presentar una **enfermedad grave e incurable** o un **padecimiento grave, crónico e imposibilitante**. Dichas situaciones provocan sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable.

*En el caso que nos ocupa: Benito es mayor de edad (68 años) con nacionalidad española (turolense) y no hay motivos aparentes para dudar sobre su capacidad (juicio de la realidad conservado y sin evidencia de deterioro cognitivo ni de enfermedad psiquiátrica grave que provoque una incapacitación de facto). La decisión parece coherente con su discurso vital («para mí el ser mínimamente independiente como he sido hasta hace poco es fundamental») y está informado de la patología y tratamientos disponibles como se refleja en el texto.*

### 3. ¿Cuáles son las condiciones clínicas que recoge la LORE a los que se puede acoger el solicitante de la PAM?

**Enfermedad grave e incurable:** *la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.*

Se pueden así identificar una serie de características de esta entidad:

- Origina sufrimiento físico o psíquico. Este es intolerable para el paciente incluso con los medios adecuados.
- Deben tener un pronóstico de vida corto (una muerte esperable en un periodo a corto - medio plazo, aunque nunca se tenga la certeza absoluta).
- Suelen ser patologías que producen una pérdida progresiva e irreversible de la capacidad funcional de la persona. Producen que la persona sea cada vez más dependiente para uno o más aspectos de su vida.
- Se acompaña de un aumento progresivo de su fragilidad. Esto es la pérdida de la capacidad del organismo para dar una respuesta efectiva a estresores como infecciones, cirugías, traumatismos, alteraciones hidroelectrolíticas, etc.

Algunos ejemplos: paciente con enfermedad oncológica progresiva en estadio avanzado, enfermedad neurológica progresiva en fase muy avanzada, enfermedad renal terminal en rápida progresión en el que no se inicia diálisis, demencia con carácter progresivo, insuficiencia cardiaca terminal, insuficiencia respiratoria terminal, pluripatologías que provocan un deterioro generalizado y un acortamiento de la esperanza de vida, etc.

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

Esta entidad se caracteriza por:

- Origina sufrimiento físico o psíquico. Este es intolerable para el paciente incluso con los medios adecuados.
- Presenta limitación de su autonomía física y actividades de la vida diaria, lo que provoca mayor dependencia de otras personas o medios (apoyo tecnológico).
- Incide sobre la capacidad de expresión y relación con el entorno.
- No es esperable una reversibilidad de dichas limitaciones.
- No tiene por qué incidir en la esperanza de vida, pudiendo ser esta relativamente larga.

Como se ve en esta definición, se aprecia un carácter restrictivo de las situaciones clínicas compatibles debido a que deben cumplir muchas características relacionadas con la merma de la calidad de vida, su funcionalidad y la aparición de sufrimiento. El paciente debe padecer una enfermedad limitante en diversos aspectos de su existencia como son: la autonomía física, funcionalidad, capacidad de expresión y relación con el entorno; todas ellas con carácter persistente. Algunos ejemplos de padecimiento grave, crónico e imposibilitante serían: tetraplejía, situación de gran incapacidad derivada de enfermedad orgánica (EPOC, insuficiencia cardíaca, etc.).

En el caso concreto de los trastornos mentales, el padecimiento de los mismos no justifica *per se* el contexto eutanásico.

Dentro de la evaluación de estas entidades clínicas es relevante evaluar los siguientes aspectos:

- Diagnósticos clínicos.
- Evolución y tratamientos aplicados hasta el momento.
- Posibilidades curativas y de atención paliativa.
- Fase de la enfermedad (inicial, crónica o terminal).
- Evolución previsible.
- Pronóstico vital.
- Afectación de la autonomía funcional.

*En el caso que nos ocupa: Benito padece un cáncer de próstata metastásico con fracaso de la intención curativa, en tratamiento quimioterápico paliativo y en seguimiento por la unidad de cuidados paliativos. Presenta una fragilidad progresiva evidenciada por un aumento de su dependencia funcional de forma paulatina achacable a la evolución de la enfermedad. Todo ello le provoca un sufrimiento intolerable que le lleva a solicitar la PAM. Es esperable un pronóstico de vida corto a medio plazo dado el deterioro progresivo en las últimas semanas.*

#### 4. ¿Son atribuibles las diversas situaciones que lleguen a consulta a sólo una de las condiciones?

De forma general sí, pero puede haber entidades clínicas que hagan dudar al profesional. En la práctica puede haber entidades superponibles a ambas situaciones como, por ejemplo, un paciente con una forma progresiva de esclerosis múltiple, estable actualmente, pero con elevado nivel de discapacidad y de la que se desconoce su evolución a medio plazo. En otras ocasiones se puede dar que haya pacientes que presenten ambas entidades a la vez, por ejemplo: paciente con tetraplejía y una enfermedad oncológica progresiva, paciente con pluripatología de diversas características, etc.

Ante una situación de solicitud de ayuda médica para morir es necesario describir la situación del paciente que define el contexto eutanásico que puede ser debido a una o varias patologías.

## 5. ¿Qué otros aspectos pueden abordarse inicialmente?

Además de los aspectos clínicos mencionados es relevante explorar de forma inicial otras esferas que nos ayudarán a sentar las bases del proceso deliberativo a realizar posteriormente (ver capítulo 5):

- **Valoración integral inicial:** es deseable hacer una recapitulación inicial de la situación clínica y sociofamiliar del paciente. Esta evaluación debería incluir al menos las siguientes valoraciones: problemas de salud clínicos, psicológica (afectiva y cognitiva), funcional, sociofamiliar (domicilio, recursos, red de apoyo, situación económica) y de deseos y preferencias (valores espirituales y existenciales). El paciente puede rechazar tratamientos que le sean ofrecidos y eso no puede emplearse para denegar una PAM. Dicha valoración debe ser profundizada posteriormente durante el proceso deliberativo, ayudando a poner en contexto el sufrimiento referido por el solicitante.
- **Sufrimiento del solicitante:** se puede evaluar de forma inicial en las primeras fases del proceso, con el fin de asentar unas bases ante el proceso deliberativo. Se deben evaluar las diversas esferas del sufrimiento y sus principales facetas:
  - **Sufrimiento físico:** es el más fácilmente identificable por los profesionales y abarca los síntomas físicos, cognitivos y psiquiátricos, los efectos de los tratamientos, la progresión de enfermedad, el deterioro funcional, etc.
  - **Sufrimiento psicoemocional:** comprende aspectos psicológicos y de la esfera emocional como son los sentimientos y emociones negativas, la alteración de la autoimagen y de la identidad, el miedo a un futuro sufrimiento, la pérdida de autonomía, el agotamiento emocional, la resiliencia respecto a la situación, etc.
  - **Sufrimiento social:** abarca la afectación de la capacidad de relación del paciente con su entorno así como la alteración del rol familiar, la pérdida del rol laboral, la afectación del estatus social, el rol de enfermo, los problemas de comunicación, la institucionalización, la calidad de los cuidados, los aspectos económicos, el sentimiento de carga al entorno, la red de apoyo, etc.
  - **Sufrimiento existencial:** es probablemente la esfera de mayor impacto en la persona que solicita la PAM y abarca aspectos tan profundos como la afectación de los valores del paciente, la coherencia de su discurso vital, la pérdida de sentido vital, la alteración de la capacidad del control, el legado post-mortem, la desesperanza, la pérdida subjetiva de dignidad, la religión, etc. Suele ser la esfera más compleja de abordar.
- **Información que tiene el paciente:** sobre su proceso patológico (diagnóstico, tratamientos disponibles tanto curativos como paliativos, prestaciones de cuidados paliativos integrales, ayudas potenciales sociales, planes de decisiones anticipadas incluido el DVA, posibilidad de adecuación del esfuerzo terapéutico y de rechazo de tratamiento, etc.) y aquella información relacionada directamente con la PAM (en qué consiste, formas de prestación, lugar y momento de la prestación, posibilidad de donación de órganos, etc.).

- **Condicionantes externos:** la fase inicial del proceso puede también ser un buen momento para detectar posibles condicionantes externos que conlleven a una negativa de prestación (conflictos económicos, familiares, intereses de terceros, ocultación de información, etc.). La PAM debe ser libre, consciente e informada.

## 6. ¿Cómo gestionar la PAM a través de un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)?

El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) recoge las decisiones expresadas por una persona sobre los tratamientos y cuidados que se desean recibir cuando las condiciones del estado de salud no permitan expresarlos personalmente y da el consentimiento para que los profesionales sanitarios actúen en coherencia a dichos deseos.

Tras la entrada en vigor de la LORE los nuevos DVA incluyen un apartado donde la persona puede dejar reflejado su deseo de recibir la PAM en caso de pérdida del pleno uso de sus facultades y no poder expresar dicho deseo. Son imprescindibles una serie de requisitos:

- Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite una permanencia en España superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.
- Que haya suscrito con anterioridad un DVA o documentos equivalentes legalmente reconocidos.
- Haberse valorado la capacidad de hecho del paciente, con un resultado de pérdida de esta capacidad en el momento de remitirse al DVA.
- En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.

De esta forma, ante un paciente con pérdida de capacidad es imprescindible la constancia de un DVA válido y que exprese el deseo claro de recibir la PAM para poder llevarse a cabo, siempre rigiéndose por los requisitos mencionados.

### 3. Etapas o proceso

Con el fin de diferenciar ambas condiciones clínicas se expone en el cuadro siguiente las características que generalmente se cumplen en cada condición clínica y que pueden ayudar a diferenciar al profesional a encuadrar en caso de un caso de PAM.

ENFERMEDAD GRAVE E INCURABLE	PADECIMIENTO GRAVE, CRÓNICO E IMPOSIBILITANTE
Patología con carácter progresivo.	Patología relativamente estable. Provoca una limitación que incide directamente sobre la autonomía física y la capacidad de expresión y relación.
Desemboca en un paulatino aumento de la fragilidad.	Es esperable que la situación clínica se mantenga estable en el tiempo o con una mínima progresión.
Suelen tener un pronóstico de vida más corto.	Suelen tener un pronóstico de vida mayor.
Algunos ejemplos: enfermedad oncológica en estadio avanzado, enfermedad neurológica progresiva en fase avanzada, enfermedad renal terminal en rápida progresión en el que no se inicia diálisis, demencia con carácter rápidamente progresivo, etc.	Algunos ejemplos serían: tetraplejía, demencia progresiva grave de lenta evolución, síntoma no controlable y de gran intensidad que incidiera seriamente sobre la autonomía y provocara sufrimiento extremo, etc.
<b>Sufrimiento intolerable para la persona</b>	

### 4. Puntos clave

- El contexto eutanásico se refiere a aquella situación en la que se enmarca la solicitud de la PAM (prestación de ayuda médica para morir).
- La evaluación del contexto eutanásico constituye el primer paso a dar por el profesional responsable ante una solicitud de PAM y es uno de los principales factores para determinar si procede o no la realización de la prestación.
- Solo una persona con nacionalidad española, residente en España o con empadronamiento mayor de un año y mayor de 18 años puede solicitar la PAM.
- En la evaluación de una solicitud de PAM es imprescindible evaluar la capacidad del paciente y que este realice su solicitud de forma libre, consciente e informada.
- Las dos situaciones clínicas donde se enmarca el contexto eutanásico son: una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante con un sufrimiento intolerable. A veces su distinción puede ser compleja, por lo que es necesario hacer una evaluación profunda.

- La evaluación inicial de un paciente que solicita la PAM comprende tanto los aspectos clínicos como la evaluación de otras esferas que se abordarán durante el proceso deliberativo (valoración integral, sufrimiento, nivel de información, conflictos de interés, etc.).
- Es posible dejar reflejado en un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) el deseo de recibir la PAM en caso de que se cumplan las situaciones clínicas contempladas por la ley.

### 5. Para saber más

1. García-García FJ, Larrión Zugasti JL, Rodríguez Mañas L. Fragilidad: un fenotipo en revisión. Gaceta sanitaria. 2011; 25: 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.001>

## 4. Valoración de aspectos psicológicos, psicosociales y de la capacidad psíquica para la toma de decisiones

---

ANA ISABEL FERNÁNDEZ CRESPO,  
*Psicóloga clínica, Hospital Miguel Servet*

JAVIER OLIVERA PUEYO,  
*Psiquiatra, Hospital San Jorge*

### 1. Viñeta clínica

María es una señora de 78 años de edad, viuda desde hace más de ocho años, madre de 2 hijas. Vive sola en Zaragoza. Sus hijas viven en otras comunidades autónomas. Recibe visitas diarias de los servicios sociales para ayuda domiciliaria y comida por parte de una organización no gubernamental. Presenta una artrosis generalizada con limitación funcional que la obliga a deambular con andador desde hace tres años. Se encuentra en seguimiento por presentar deterioro cognitivo leve. Apenas sale de su domicilio, aunque una vecina se acerca todas las tardes para pasar un rato con ella, charlan, ven la televisión, juegan al parchís. Sin embargo, desde hace unas semanas tanto su vecina como los servicios sociales observan a María más triste, apática, sin ganas de hablar, no quiere participar en los juegos de mesa, la encuentran algo más torpe al caminar, tiene dificultades para comer, para vestirse y dice que “quiere la eutanasia”. Hasta en tres ocasiones les ha referido a las auxiliares de domicilio que se ha enterado que se ha aprobado la eutanasia en España y que ella no quiere seguir viviendo.

¿Tiene esta persona derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir según la LORE? ¿Presenta signos o síntomas que sugieran que su situación afectiva pueda modificar su capacidad o competencia para tomar la decisión? ¿Está deprimida? ¿Requerirá una evaluación cognitiva más precisa?

## 2. Desarrollo

### 1. ¿Qué debemos tener en cuenta antes de iniciar el proceso?

Para solicitar la Prestación de Ayuda para Morir (PAM) (art. 5.1 LORE) se considera un requisito imprescindible que la toma de decisiones vitales sea realizada respetando el derecho a la Autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente).

Para ello debemos asegurarnos de que la decisión se toma de forma:

- Voluntaria y libre de coacciones. Priorizando, siempre, la percepción subjetiva de calidad de vida aceptable para la persona en función de sus valores, principios y creencias.
- Adecuadamente informada, siendo conocedora de los riesgos, beneficios, alternativas posibles y consecuencias de las mismas.
- Y con **capacidad**, es decir, que la persona mantiene conservadas las aptitudes psicológicas, cognitivas, emocionales y volitivas que le van a permitir conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información recibida para tomar una decisión y expresarla de forma explícita y clara.

### 2. ¿Qué es la capacidad para decidir?

La capacidad para tomar decisiones se presupone de manera natural en toda persona, siendo necesario probar la pérdida de esa capacidad para cada decisión específica.

La falta de capacidad no se puede concluir simplemente debido a la apariencia, condición, edad, creencias religiosas o culturales, presencia de comportamientos excéntricos o idiosincrásicos o por el hecho de tener una enfermedad física o mental, **es necesario demostrar la merma en las habilidades.**

En el contexto de la solicitud de la prestación de ayuda para morir, dado que es considerada una situación de alta complejidad, se exige que la persona mantenga un nivel de competencia o capacidad alto en el momento de expresar su libre elección.

Se considera una persona capaz cuando tiene habilidad o capacidad:

1. **De comprensión:** entiende adecuadamente la información que se le proporciona en relación al procedimiento al que se va a someter.
2. **De apreciación:** interioriza la información en el proceso de toma de decisiones y las posibles consecuencias de las distintas alternativas.
3. Para realizar un **razonamiento coherente:** Debe ser capaz de hacer un uso lógico de la información a lo largo del proceso de toma de decisiones y poder razonar sobre las opciones y consecuencias de la decisión.
4. Para **expresar de manera explícita una elección:** puede comunicar de forma clara e inequívocamente una elección libre de coacción y voluntaria.

### ¿Cuándo se considera que la persona está en una situación de incapacidad de hecho?

Cuando debido a un déficit funcional grave, presente en ese momento, la persona carece de entendimiento y voluntad suficiente para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo.

### ¿Quién realiza la valoración de la capacidad?

El médico responsable de gestionar la solicitud, quien puede hacer uso de los medios necesarios para garantizar que la información que se proporciona sea accesible, adecuada y adaptada al nivel de entendimiento de la persona y, sobre todo, que sea completa sobre su situación clínica, su pronóstico y los cursos de acción posibles. A la vez, debe favorecer los medios necesarios de apoyo para que la persona pueda expresar su elección de forma explícita. En situaciones de especial complejidad puede solicitar una segunda opinión de un especialista. Se debe informar a la persona que se va a realizar la valoración de la competencia y, si es posible, contar con su consentimiento.

Es necesario asegurar que la situación de incapacidad de hecho no tiene su origen en un déficit de información, o se debe a dificultades comunicativas o a elementos culturales, que deberán ser abordados específicamente.

### ¿Cuándo evaluar la capacidad de decidir?

La capacidad o competencia no es estable a lo largo del tiempo y puede verse afectada por numerosos factores. Por ello en personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, pueden acontecer cambios en sus estados cognitivos que alteren su capacidad natural, por lo que constituye un acto de responsabilidad y respeto hacia el paciente que **siempre que se plantee cualquier cambio, acción o decisión clínica que implique consecuencias importantes e irreversibles** para una persona se revalúe y confirme que la persona mantiene un nivel adecuado de capacidad para afirmar su elección.

En el contexto de procesos de enfermedad crónicos de larga evolución, la Planificación Compartida de la Atención constituye una herramienta de gran utilidad para garantizar el respeto a la voluntad de la persona, el ejercicio de su autonomía y la valoración de su capacidad.

### ¿Qué situaciones nos deben alertar de la obligatoriedad de evaluar la capacidad?

Siguiendo a Simón-Lorda (3), cuando:

1. El paciente sufre un **cambio brusco de su estado mental habitual** (por ejemplo, en los cuadros confusionales agudos o subagudos tipo delirium de causa orgánica).
2. El paciente **rechaza un tratamiento claramente indicado** y no consigue argumentar los motivos de este rechazo o se basa en ideas excesivamente irracionales para la situación.

3. El paciente **acepta pasivamente y sin demandar información, procedimientos muy invasivos**, molestos o peligrosos, sin llegar a ponderar riesgos ni beneficios.
4. El paciente presenta un **trastorno neurológico (por ejemplo, una demencia) o psiquiátrico de base (por ejemplo, un trastorno psicótico grave)** que puede desencadenar estados transitorios de incapacidad.

### ¿Cómo evaluar la capacidad?

En el contexto de una entrevista clínica a través del diálogo que se establece durante el proceso deliberativo, en los 15 días naturales que abarca desde la primera solicitud hasta la ratificación final de su deseo tras la segunda solicitud. Constituye un juicio de valor por parte del profesional, no obstante contamos con algunos instrumentos de apoyo, que pueden ayudar a realizar una exploración de forma más sistemática:

- **ACE:** *Aid to capacity evaluation*. Ayuda para la evaluación de la capacidad: Entrevista semiestructurada de 15 minutos. Se recomienda su uso en personas con puntuaciones inferiores a 24 puntos en el MMSE (MiniMental State Examination).  
<https://www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e-47f3ee26180726a782.pdf>
- **MacCAT-T**. Evaluación de la Capacidad para tratamiento MacArthur. Se recomienda utilizar en situaciones de incertidumbre que exige una exploración en mayor profundidad.  
[https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389\\_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf](https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf)
- **C4-Servet**. Instrumento sencillo, rápido y breve (5 minutos) que puede ser utilizado a modo de screening, aconsejando utilizar el MacCAT-T en casos de incertidumbre.
- Y, se puede realizar una **Interconsulta** a un profesional experto: un facultativo psiquiatra o psicólogo clínico, neurólogo u otro profesional relevante en la patología evaluada. Es importante establecer cauces ágiles y efectivos de comunicación y coordinación entre los profesionales para favorecer el respeto de los tiempos de respuesta establecidos en el protocolo.

### ¿Qué repercusión tiene la situación de incapacidad de hecho en la solicitud de Prestación de Ayuda para Morir?

Una situación de incapacidad de hecho constituye un motivo de rechazo de la solicitud de la prestación.

La única excepción se realiza si la persona dispone de un Documento de Voluntades Anticipadas con indicación explícita de sus deseos ante esta situación. Dado el caso, aunque la persona no se encuentre en este momento con capacidad total para realizar la solicitud, su representante legal asignado en su DVA, allegados o el equipo sanitario responsable podrá presentarla en su nombre e iniciar el procedimiento. En caso contrario la solicitud será desestimada.

### 3. ¿Qué factores pueden alterar la capacidad para tomar decisiones?

#### ¿Cómo afecta el estado psicológico-emocional?

Debemos conocer el impacto emocional, el significado personal que su situación de enfermedad le ha provocado y valorar si sus reacciones y estilos de afrontamiento están siendo adaptativas o no.

El objetivo es diferenciar un **estado emocional reactivo**, que aunque desajustado o intenso pueda ser considerado normal en el contexto de enfermedad en el que se encuentra, del derivado de una alteración psíquica patológica o deficitaria, en el que se da una percepción distorsionada, limitada o alterada de la realidad.

Es importante evaluar si el deseo de muerte que expresa constituye **una situación estable** y mantenida en el tiempo enmarcada en un contexto de fines y valores significativos para esa persona o se trata de una expresión **transitoria** vinculada exclusivamente al contexto del padecimiento mental.

El deseo de adelantar la muerte puede surgir como un fenómeno reactivo en respuesta al sufrimiento que está experimentando y que percibe como irresoluble y sin capacidad de control. Por ello, es importante detectar la tristeza y la ansiedad esperables y debidas al proceso de adaptación a la situación que está viviendo, o a otros factores relacionados con la pérdida del sentido de dignidad personal y social como consecuencia del deterioro físico presente y de las limitaciones funcionales asociadas, diferenciándolas de las psicopatologías, que en muchos casos tienen una historia previa de larga de evolución.

Detectar la presencia de miedos, niveles de ansiedad y depresión excesivamente intensos, frecuentes o duraderos, sentimientos de culpa e inutilidad excesivos, estilos de afrontamiento basados en la negación, en la represión emocional, en estilos rumiativos o evitativos, que resultan desadaptativos, esto es, que rechazan o impiden la búsqueda de soluciones alternativas, cuando éstas son viables, y que están focalizadas en alteraciones del pensamiento, en percepciones excesivamente catastrofistas y distorsionadas de su futuro, o claramente fuera de la realidad, e impiden desarrollar un sentimiento de control de su situación vital en el momento presente.

En muchos casos la intervención por parte de un especialista en psicología clínica o psiquiatría, conjuntamente con el médico responsable de su situación médica, puede ayudar a movilizar esos estados emocionales desadaptativos y desbloquear la capacidad para tomar una decisión vital.

#### ¿Qué alteraciones psíquicas y emocionales pueden poner en cuestionamiento la capacidad de decidir?

- **Depresión clínica**, en la que predominan la tristeza patológica y anhedonia o incapacidad para disfrutar o experimentar placer o interés en las actividades de la vida presente y futura, no debida a las limitaciones físicas derivadas de la patología orgánica. En el trastorno depresivo mayor pueden darse estilos cognitivos distorsionados que alteren la percepción de la realidad.

- **El Síndrome de desmoralización** (SD) es un estado psicoemocional, frecuente en el contexto de una enfermedad en tratamiento paliativo que se define como la conciencia de incapacidad para hacer frente a un problema grave y se caracteriza por la presencia de sentimientos de impotencia, desesperanza, incompetencia subjetiva, desmotivación o incapacidad de afrontamiento, desamparo, aislamiento, sensación de renuncia, pérdida de sentido de la vida, sentimientos de fracaso, malestar emocional y sentimiento de pérdida de control (6).

Es importante diferenciar la depresión clínica del Síndrome de desmoralización, que, si bien puede afectar al estado emocional de la persona y reflejar su nivel de sufrimiento, puede ser entendido como una reacción adaptativa ante su situación de enfermedad, que puede ser objeto de intervención pero que no tiene por qué suponer una situación de incapacidad para decidir.

DEPRESIÓN CLÍNICA	SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN
Tristeza patológica y anhedonia (incapacidad para experimentar placer o interés en actividades presentes o futuras)	Pérdida de interés anticipatorio mantiene capacidad de interactuar con el entorno y disfrutar del presente
Quejas somáticas no relacionadas con patología orgánica de base	Quejas somáticas, pérdida de autonomía, necesidad de ayuda se corresponde con la enfermedad física de base
Abulia, aburrimiento por privación de estímulos y aislamiento e inactividad	Aislamiento asociado a las limitaciones de la enfermedad de base.
Inexpresividad afectiva	Mantiene capacidad de sonreír y capacidad de expresar amplio rango de afectos apropiados al contexto

- **Consumo excesivo de alcohol u otras drogas**, abuso de medicación que podría tener un efecto evasivo de la realidad y que puede interferir en la capacidad de procesamiento de la información.
- **Cuadros confusionales (tipo delirium)** en los que se observan fenómenos perceptivos y alucinatorios patológicos que pueden estar asociados a organicidad por lesiones cerebrales, alteraciones metabólicas o efectos de determinados fármacos de uso frecuente en fases terminales de la enfermedad (analgésicos opiáceos, inmunosupresores, corticoides o psicofármacos).
- **Deterioro cognitivo mayor** asociado a procesos de demencia. La presencia de deterioro cognitivo grave está asociado siempre con incapacidad para la toma de decisiones, pero puede darse incapacidad en personas sin deterioro cognitivo como puede suceder en personas con diagnóstico de psicosis. Las personas con **deterioro cognitivo leve pueden mantener preservada su capacidad** para tomar decisiones.
- **Trastornos psicóticos:** en los que se producen alteraciones del curso y/o contenido del pensamiento, además de posibles alteraciones sensorio-perceptivas (como alucinaciones), que pueden afectar la capacidad para la toma de decisiones debido a una alteración del juicio de realidad personal y contextual.

### ¿Cómo afecta el contexto socio-familiar y económico?

Implicar a los cuidadores primarios y personas significativas para el enfermo durante el proceso deliberativo puede ayudar a identificar la presencia en ellos de creencias irracionales o de desinformación, estilos de afrontamiento o de cuidado negadores, sobreprotectores, evitativos o negligentes, la existencia de intereses personales contrarios al beneficio del paciente, que pueden estar favoreciendo la presencia de sentimientos de culpa excesiva, la percepción de ser una carga para la familia o la percepción de soledad existencial en el enfermo.

Para descartar la presencia de presiones externas que puedan motivar el deseo de muerte en el enfermo, es fundamental, identificar la disponibilidad o falta de apoyos y de recursos socioeconómicos necesarios para abordar las condiciones de dependencia de terceros que pueda tener, así como las preocupaciones que estas situaciones le pueden provocar.

Por otro lado, abordar estos temas con los familiares y allegados puede contribuir favorablemente al afrontamiento del proceso y a la elaboración del duelo posterior en ellos.

### 4. ¿Tienen derecho las personas con discapacidad psíquica a solicitar la PAM?

La presencia de una discapacidad psíquica no implica necesariamente incapacidad para la toma de decisiones vitales y es necesario evitar la discriminación en el ejercicio de los derechos recogidos en la ley.

Dos escenarios pueden suscitar dudas:

1. La posible influencia del trastorno psíquico en la solicitud, es decir, en su capacidad para tomar libremente la decisión, cuando se cumplen todos los criterios exigidos para solicitar la prestación. Si mantiene la capacidad de comprensión, apreciación, razonamiento coherente y capacidad para expresar su elección, podría solicitar la prestación.
2. Cuando la solicitud está exclusivamente ligada a razones asociadas al trastorno mental sin otra patología física incapacitante o degenerativa no justifica per se el contexto eutanásico. En estos casos complejos se recomienda que la valoración de la capacidad sea realizada por varios profesionales especialistas.

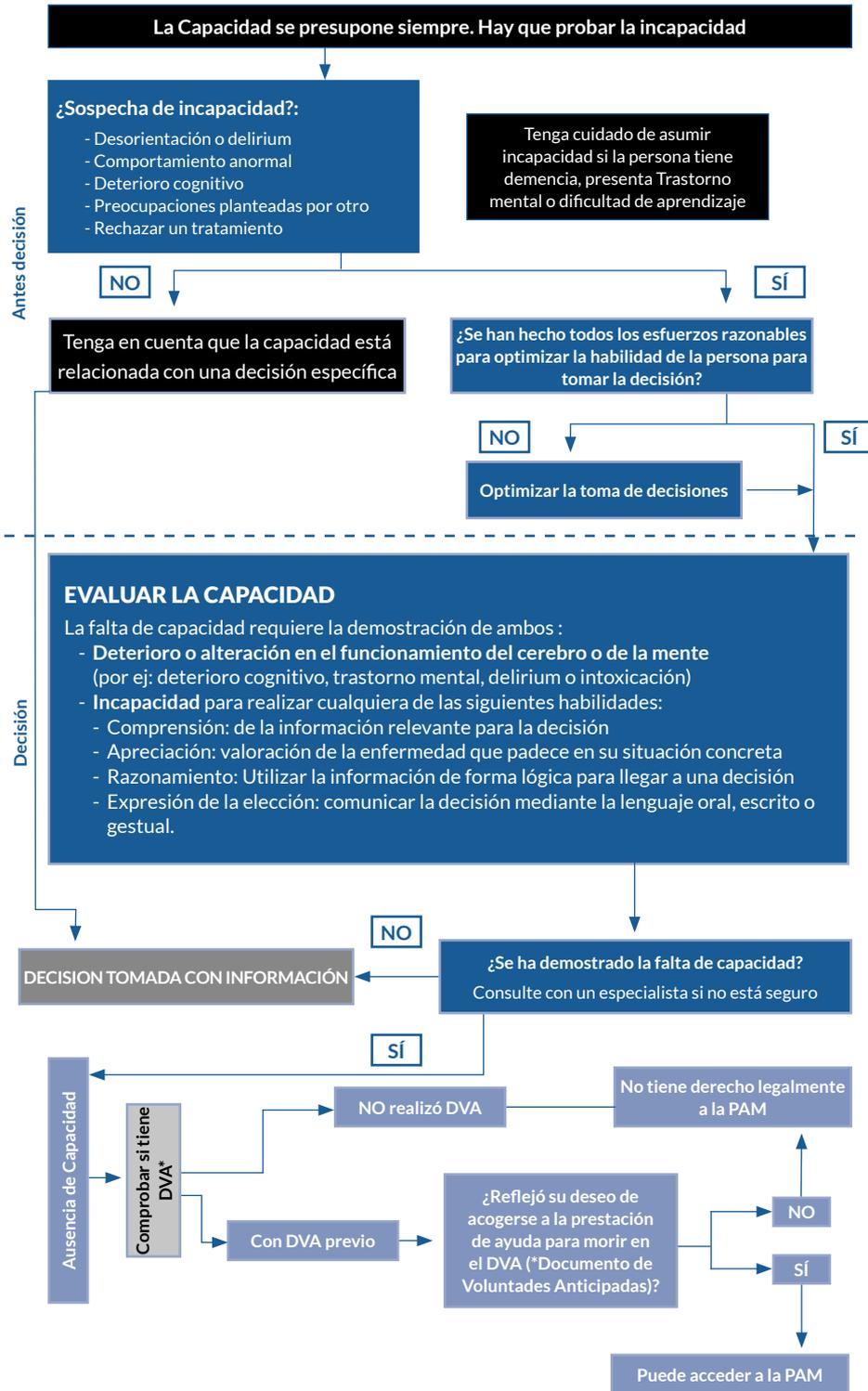
Lo complejo de este escenario es poder determinar si la patología psíquica constituye una enfermedad irreversible o incurable. En sí mismo los trastornos mentales no conducen a la muerte, y están determinados por múltiples y heterogéneos factores, resultando muy difícil poder establecer el concepto de “incurabilidad”.

La apreciación del sufrimiento y la capacidad de tolerancia al mismo es indiscutiblemente subjetiva y compete únicamente a la persona establecer sus límites, resultando muy difícil delimitar si existe posibilidad de mejora o es un sufrimiento incoercible.

¿Podemos garantizar que se están poniendo en marcha todos los protocolos y recursos posibles para que la persona pueda realizar un manejo adecuado del sufrimiento?

En estos casos debemos poder valorar si el deseo de muerte anticipada constituye una decisión estable coherente con su historia, valores y forma de entender la vida o se trata de una expresión transitoria en el contexto de la patología mental vinculada exclusivamente a su deseo de escapar al malestar emocional.

### 3. Etapas y proceso



## 4. Puntos clave

- Es necesario garantizar que la decisión de solicitar la Prestación de Ayuda para Morir se toma de forma:
  - **Voluntaria y libre de coacciones.** Priorizando, siempre, la percepción subjetiva de calidad de vida aceptable para la persona en función de sus valores, principios y creencias.
  - **Adecuadamente informada**, siendo conocedor de los riesgos, beneficios, alternativas posibles y consecuencias de las mismas.
  - Y con **capacidad**, es decir, que la persona es capaz de comprender, apreciar, razonar y expresar su elección de forma explícita y clara.
- En las personas con capacidad legal, la capacidad de hecho para tomar decisiones se presupone de manera natural, siendo necesario probar la pérdida de esa capacidad para cada decisión específica.
- En el contexto de solicitud de la prestación de ayuda para morir, dado que es considerada una situación de alta complejidad, se exige que la persona **mantenga un nivel de competencia o capacidad alto** en el momento de expresar su libre elección.
- La capacidad de decidir puede fluctuar a lo largo del tiempo, por lo que constituye un acto de responsabilidad y respeto al paciente, reevaluarla ante cualquier cambio significativo o ante decisiones con carácter irreversible.
- Numerosos factores psicoemocionales, del contexto social, familiar y económico pueden ejercer un control coercitivo limitando la libre voluntad de elegir sobre su situación vital. Por lo que es fundamental realizar una valoración exhaustiva para descartar este tipo de influencias.
- Los profesionales debemos reflexionar acerca de si la demanda de solicitud de ayuda para morir constituye una demanda transitoria vinculada a un contexto de patología mental o de falta de recursos sociales de apoyo y cuidado o constituye una demanda estable vinculada a una reflexión consciente y racional coherente con sus fines y valores significativos.
- Una situación de incapacidad de hecho constituye un motivo de rechazo de la solicitud de la prestación. La única excepción se realiza si la persona tiene un Documento de Voluntades Anticipadas en el que se recoja de forma explícita sus deseos de acceder a la prestación ayuda para morir alcanzado las situaciones límites que defina. Llegado el momento, aunque la persona no se encuentre con capacidad total para realizar la solicitud, su representante legal asignado en su DVA, allegados o el equipo sanitario responsable podrá presentar la misma en su nombre e iniciar el procedimiento, en caso contrario la solicitud será desestimada.
- Una persona con discapacidad psíquica o emocional si mantiene conservada su capacidad de comprensión, apreciación, razonamiento coherente y expresión explícita, clara y mantenida en el tiempo podría ejercer el derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en la ley.

## 5. Comentario a la viñeta clínica

Respecto al caso que se plantea al principio del capítulo, María cumple los requisitos de capacidad legal, puesto que es mayor de edad. Sería importante realizar una evaluación cognitiva actual para descartar una posible situación de incapacidad de hecho y saber si el deterioro cognitivo que presenta ha evolucionado o se mantiene en esa fase de deterioro leve. Si éste fuese el caso, el hecho de padecer un deterioro cognitivo leve no tendría por qué ser un impedimento para que ella pudiera realizar la solicitud, siempre que mantenga sus habilidades de comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de su decisión. Si hubiera evolucionado hacia un deterioro cognitivo mayor tendríamos que plantear una situación de incapacidad de hecho y por lo tanto no podría presentar la solicitud de PAM. Del mismo modo debería evaluarse la situación afectiva, para descartar la presencia de un posible trastorno depresivo mayor que potenciara sus deseos de muerte y que podría ser objeto de tratamiento. Por otro lado, sería conveniente valorar con más detenimiento los factores sociales, la presencia de un apoyo social deficitario, que puede estar potenciando un estado de soledad, que conlleva un ánimo triste y deprimido, a la vez que puede constituir una variable motivacional determinante para plantear la solicitud de la prestación. Y valorar con ella, y junto a su familia, si es viable, posibles alternativas para optimizar el apoyo social y los cuidados que precisa y confirmar si aun así, se mantiene firme o cambia su decisión.

## 6. Para saber más

### Instrumentos de apoyo para la evaluación de los aspectos psicoemocionales:

- **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, HADS.** Desarrollada para diagnosticar ansiedad y depresión en población con patología física, es la más empleada en cuidados paliativos, Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 3 puntos. Considerándose como punto de corte para caso a partir de una puntuación de 11 en la escala de ansiedad y de 8 en la escala de depresión, con un nivel de especificidad del 84 % y de sensibilidad del 62%.

López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Neipp, M.C., Massutí, B.\*, Rodríguez-Marín, J., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M. y Sitges, Ansiedad y Depresión. Validación en la scala HADS en pacientes oncológicos. Revista de Psicología de la Salud, 12(2), 2000. Disponible en: <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/787/1132>

- **Escala de Bienestar Psicológico de Ryff:** El instrumento cuenta con un total de seis escalas: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal y 39 ítems a los que deben responder utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). A mayor puntuación mayor bienestar psicológico.

Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, van Dierendonck D.. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológi-

- co de Ryff . Psicothema 2006. Vol. 18, nº 3, 2006 pp. 572-577 ISSN 0214 – 9915. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>
- **EI PHQ, Cuestionario de Salud del Paciente.** Es un instrumento de cribado de problemas mentales comunes en las consultas de Atención Primaria.  
Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et al.  
[https://www.ons.org/sites/default/files/PatientHealthQuestionnaire9\\_Spanish.pdf](https://www.ons.org/sites/default/files/PatientHealthQuestionnaire9_Spanish.pdf)
  - **Escala de Soledad Existencial:** consta de 2 partes, una dirigida a la percepción del enfermo y otra al profesional quien cuantifica signos externos a través de una escala de observación de intensidad de 0 a 5.  
Viel Siroto S, Maté Méndez J, Mateo Ortega D, Bernaus Martí M, Sánchez Julvé C, Martínez-Romans J, et al. Desarrollo de la escala “EDSOL” para la detección de la soledad existencial en enfermos al final de la vida. Psicooncología (Pozuelo De Alarcon) [Internet]. 1970 [citado el 5 de junio de 2023];15(1):89–101. Disponible en:  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/59178/4564456546587>
  - **Escala de Desmoralización DS-II** (versión español-Colombia) mide tres factores: sentido de la vida, falta de control emocional y sintomatología depresiva.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v38n3/2145-4515-apl-38-03-84.pdf>
  - **Escalas de Funcionalidad.** Que miden el nivel de funcionamiento y autonomía en las actividades de la vida diaria, como la escala Barthel  
Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 1997 [citado el 5 de junio de 2023];71(2):127–37. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004)
  - **CAMDEX-R.** Prueba de exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez. Incluye una batería de exploración neurológica Camcog para la valoración de la función cognitiva y la detección de Deterioro Cognitivo Mayor.  
Roth M, Huppert FA, Mountjoy CQ, Tym E. CAMDEX-R. Prueba de Exploración Cambridge Revisada para la Valoración de los Trastornos Mentales en la Vejez Ética y ciudadanía. Madrid; 2015.  
<https://web.teaediciones.com/camdex-rprueba-de-exploracion-cambridge-revisada-para-la-valoracion-de-los-trastornos-mentales-en-la-vejez.aspx>

### Artículos para profundizar

1. Ministerio de Sanidad. Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho [Internet]. Gob.es. [citado el 5 de junio de 2023]. [https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Protocolo\\_de\\_valoracion\\_de\\_la\\_situacion\\_de\\_la\\_incapacidad\\_de\\_hecho.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Protocolo_de_valoracion_de_la_situacion_de_la_incapacidad_de_hecho.pdf)
2. Simón-Lorda S, Vallespin T. Eutanasia y capacidad para la toma de decisiones. AMF 2022; 18(5):266-271.

3. Simón-Lorda S. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, n.o 102, pp. 325-348, ISSN 0211-5735.
4. Guía para la Valoración de la Capacidad mental en la toma de decisiones sanitarias. Comité de Ética Asistencial del Sector II Zaragoza. 2016.
5. Palacios GJ et al. Valoración de la competencia de los pacientes para tomar decisiones. *Rev. Clin. Esp.* 2019 <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.04.009>
6. Rudilla D, Barreto P, Oliver A, Galiana L. Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos. *Psicooncología*. Vol. 12, Núm. 2-3, 2015, pp. 315-334 ISSN: 1696-7240. Disponible en:  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/51012/47340>
7. Informe de la comisión sociosanitaria del comité de ética de Euskadi. Colegio de Médicos de Bizkaia [Internet]. 2020. Cmb.eus. [citado el 5 de junio de 2023]. Disponible en:  
<https://www.cmb.eus/informe-de-la-comision-sociosanitaria-de-comites-de-etica-de-euskadi-9-de-diciembre-de-2020-eutanasia#>
8. Guía para hablar de los deseos y voluntades al final de la vida. Asociación Derecho a Morir Catalunya. Associació Dret a Morir Dignament -Catalunya (DMD-CAT) [Internet]. *Derechoamir.org*. [citado el 5 de junio de 2023]. Disponible en:  
<https://derechoamir.org/wp-content/uploads/2021/10/5-hablemoslo.pdf>
9. Denizon Arranz S, Arranz Carrillo P, Coca Pereira C, Perez Viejo J, Costa Cabanillas M, Cervera Barba E, et al. Comunicación consciente para acompañar de forma eficaz: protocolo de 5 pasos. *Psicooncología (Pozuelo De Alarcon)* [Internet]. 2020 [citado el 5 de junio de 2023];17(1):165–77. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/68248>

## 5. Proceso deliberativo

---

CONCHA GÓMEZ CADENAS,  
*Enfermera, Centro de Salud de Villel*

ANA RIVERA FUERTES,  
*Médico de familia, Centro de Salud Huesca rural*

### 1. Viñeta clínica

Marina, de 72 años, es una paciente con antecedentes de cáncer de mama hace 13 años en teoría en remisión completa tras cirugía, quimioterapia y radioterapia, que, a raíz de unas dificultades progresivas para la marcha, con caídas, inestabilidad, etc., se diagnostica de una atrofia multisistémica. Ha probado diversos tratamientos, pero la enfermedad ha progresado estando actualmente en silla de ruedas y precisando ayuda para las actividades de la vida diaria, incluso para comer sola ya que tiene afectación de extremidades superiores. Tiene marido y dos hijos, que trabajan y viven independientemente, y está institucionalizada porque en su casa ya no pueden ocuparse del cuidado, y solicita al médico de la residencia “la eutanasia”.

### 2. Desarrollo

#### 1. ¿Cuál es el papel del equipo asistencial en el proceso deliberativo?

Uno de los requisitos para recibir la prestación es haber realizado por parte del equipo responsable un proceso deliberativo con el paciente y allegados sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como asegurar su acceso a unos cuidados paliativos adecuados, asegurándose de que comprende la información que se le facilita, también por escrito.

Para garantizar que se realiza de forma correcta es fundamental que se contemple como un proceso deliberativo, entre el paciente, la familia y el equipo sanitario. El equipo asistencial, por su posición privilegiada en contacto continuo con el paciente y la familia deberá velar por un correcto proceso de reflexión y deliberación, ejerciendo como garante de los cuidados, realizando un abordaje integral.

## 2. ¿Por qué es importante seguir un método estructurado para el proceso deliberativo?

La entrega de una solicitud de eutanasia o el mero aviso de que vaya a ocurrir puede generar al profesional una serie de emociones de rechazo, miedo, incertidumbre o angustia, ante una situación clínica para la que no se está preparado. A veces los profesionales puedan reaccionar de manera muy rápida y emocional, tratando de evitar el miedo a lo desconocido y el exceso de trabajo que implica si no existe un apoyo en la organización. Una respuesta frecuente es el rechazo: “yo objeto desde ya”, “no cumple criterios”, “a ver a quién se la paso”, “¿quién era el responsable en mi sector?”

Cumpliendo con nuestro papel de profesional, debemos intentar centrarnos en el paciente, que a priori “está sufriendo tanto que prefiere la muerte”, y dejar que nuestras reacciones emocionales no nos impidan hacer bien la entrevista clínica y la deliberación a la que debemos enfrentarnos, al margen de que al final se llegue a una conclusión u otra. Para ello, es importante utilizar un método estructurado, que, al ir siguiendo paso por paso, nos ayude a centrar y objetivar el tema, en orden a llegar a la decisión óptima en cada caso en concreto.

La entrevista deliberativa brinda la oportunidad de explorar que la prestación de ayuda médica para morir, se basa sobre una decisión autónoma, que se realiza de manera informada, libre (sin presiones externas) y en una persona capaz (con una correcta capacidad de hecho -véase capítulo 4-).

Es importante explorar los hechos objetivos, y los valores del paciente, ya que en muchas ocasiones una correcta caracterización de éstos de manera estructurada ayudará, a los profesionales, pero fundamentalmente al paciente, en la toma de una decisión tan trascendente.

## 3. Etapas y procesos

Se puede seguir el guion en 10 pasos propuesto por Rosa Duro y otros en el artículo *Comunicación con la persona que solicita eutanasia. Entrevista clínica de ayuda a la deliberación* (1), adaptándolo al método deliberativo que utilizamos en ética clínica (2).

### A) EXPLORAR Y CLARIFICAR LOS HECHOS

#### 1. ¿Cómo deberíamos preparar el proceso deliberativo?

Previamente a la entrevista deliberativa propiamente dicha, se pueden realizar otras con el paciente o allegados, o con compañeros sanitarios del entorno del paciente con los siguientes objetivos:

- Llegar a la entrevista con el paciente con la lección “aprendida”. Se debe saber qué diagnóstico o diagnósticos precisos tiene, cuál de ellos ocasiona principalmente el deseo de adelantar la muerte, cuál es su pronóstico en este caso concreto, qué tratamientos lleva o ha llevado, si tiene realizado un documento de voluntades anticipadas. Si para ello hay que hablar con otros especialistas u

otros profesionales del entorno del paciente, es preciso hacerlo, comunicándose directamente con él para saber todos los detalles del proceso.

*Por ejemplo, en el caso que nos ocupa, se puede hablar con el neurólogo que la lleva para conocer exactamente el tipo de enfermedad, pronóstico, tratamientos... también con la enfermera de la residencia en la que vive, con las auxiliares que nos explican cuál es su dependencia, etc.*

- Explorar la situación familiar, personal, social del paciente, así como espiritual, e identificar familiares o acompañantes de proceso. La LORE establece la prestación como expresión de autonomía del paciente (desde un punto de vista individual) pero es relevante tener una visión del entorno en vista de algunos elementos relevantes: detectar problemas presentes o futuros que dificulten la prestación o incluso modulen su aprobación (conflictos de interés, presiones de terceras personas, etc.), el impacto en la familia si se realiza la prestación y en el acompañamiento de estos durante el proceso, etc.

*Se puede pedir permiso a Marina para hablar con su marido e hijos, y preguntarles a éstos su opinión y percepción del tema, siempre que ella nos autorice.*

- Explicarle al paciente que esta reunión deliberativa sirve, tras su primera solicitud, para ayudarle a considerar los pros y contras y todos los elementos que influyen en su proceso de eutanasia, informarle que ese día puede estar acompañado por quién considere que puede ayudarle.

*Si quieres, el día de la entrevista podrá acompañarte tu marido, tus hijos... o quién tú quieras.*

- Buscar el sitio más idóneo, creando un clima de comodidad y confianza, centrado en la persona

*¿Dónde quieres que hablemos?*

## 2. ¿Cómo podemos iniciar la entrevista?

Se trata de verificar que el momento es adecuado para la persona, y que se siente acogida y con ganas para hablar en ese momento para expresarse con total libertad y autonomía.

*Hoy hemos quedado para reflexionar sobre tu solicitud... ¿Qué tal estás hoy para realizar esta entrevista, te apetece hablar del tema ahora? ...*

*Saludo a los acompañantes si los hay e invitación a que participen si lo consideran.*

## 3. ¿Qué debemos conocer sobre la enfermedad del paciente y su pronóstico?

El profesional sanitario debe asegurarse de que la persona que solicita la ayuda para morir conoce y entiende qué tipo de enfermedad padece, cuales son los tratamientos disponibles y, de ellos, cuales son los que considera más adecuados a la situación del paciente, incluido tratamientos experimentales si los hubiera, así como la posibilidad de participar en un ensayo clínico.

Así mismo, es imprescindible que el paciente conozca el pronóstico, la evolución natural esperada a lo largo de la trayectoria de su enfermedad y los escenarios probables, así como las alternativas posibles de abordaje de cada uno de ellos.

Grado de conocimiento del diagnóstico: *¿Sabes que enfermedad tienes?, ¿Conoces el alcance actual de la enfermedad en tu organismo?*

Grado de conocimiento del pronóstico: *¿Qué sabes de la evolución en un futuro de su enfermedad?*

#### 4. **¿Qué aspectos hay que abordar en cuanto a las posibilidades terapéuticas y paliativas del paciente?**

Antes de dar información es aconsejable preguntar a la persona y, una vez que se ha expresado, completar dicha información.

*¿Qué sabes de su enfermedad y cómo crees que va a evolucionar?*

*¿Qué alternativas te han ofrecido para el tratamiento de tu proceso? ¿Qué conoces sobre las posibilidades que hay para tratarte o aliviarte?*

*¿Sabes que los tratamientos se pueden rechazar y también ajustar en función de cómo te encuentres, y llegar a retirarlos si se considera que en la actualidad no te aportan ningún beneficio o te causan molestias?*

*¿Te han hablado de lo que son los cuidados paliativos y para qué sirven?*

En cuanto a la sedación paliativa:

*¿Sabes que, en el caso de que los síntomas que tienes no se controlaran a pesar de los tratamientos empleados, te podrían dormir de forma intermitente o definitiva para evitar el sufrimiento?*

Explicar las diferencias entre adecuación de esfuerzo terapéutico, medidas de no reanimación, cuidados paliativos, sedación paliativa (ver capítulo seis).

#### 5. **¿Conoce el paciente el procedimiento para la realización de la ayuda médica para morir?**

Completar la información que le falte al paciente, recordar que en cualquier momento del proceso puede revocar su decisión

*¿Sabes qué implica la petición de ayuda para morir y cómo sería el proceso que solicitas iniciar?*

#### 6. **¿Conocemos el contexto del paciente? (contextualización del entorno)**

*Háblame de tu vida.*

*De todo lo que estamos hablando, ¿qué opinan tus personas cercanas?*

### B) EXPLORAR Y CLARIFICAR LOS VALORES

#### 7. **¿Cómo podemos analizar las razones por las que el paciente ha solicitado la eutanasia? ¿Cómo podemos explorar los valores del paciente?**

La deliberación sobre los valores es la parte más delicada de la entrevista, ya que no trata de cuestionar los valores de nadie. Todo lo contrario, se trata de conocerlos para poder respetarlos y, si el paciente nos lo permite, ayudarle en la reflexión acerca de

qué es más importante para él en estos momentos. Es necesario conocer qué amenazas percibe y qué miedos tiene.

*¿Por qué has decidido solicitar la eutanasia? ¿Cuándo y cómo empezaste a pensar en la eutanasia?*

En este punto hay que **explorar el sufrimiento**. La experiencia de sufrimiento es vivida por cada persona de forma única. Hay que explorar, además, qué técnicas de afrontamiento del mismo y qué recursos para enfrentarlo tiene el paciente. Se deben de explorar todas las dimensiones (3, 4).

**Dimensión física:** Es más fácilmente identificada por los profesionales. Integra los síntomas físicos

Control de síntomas: *¿Tienes algún síntoma que te moleste?*

Miedo al sufrimiento físico: *¿Te preocupa que algún síntoma pueda aparecer?*

Dependencia funcional: *¿Qué cosas puedes hacer?, ¿Qué cosas no puedes hacer?, ¿Cómo te adaptas al cambio en su movilidad?*

**Dimensión psicoemocional:** Integra la pérdida de identidad, los sentimientos negativos, el miedo al futuro, la pérdida de autonomía, y el agotamiento mental

Vivencia de la enfermedad: *¿Qué sentimientos o emociones te provoca la enfermedad? ¿Cómo describirías el sufrimiento que te produce esta enfermedad?*

Ansiedad ante la muerte: *¿Qué te preocupa en relación con la muerte?*

Pérdida de autonomía: *¿En qué medida tienes sensación de control en tu vida? ¿Hay situaciones que te parecen peores que la muerte? ¿Cuáles son? (Necesidad prolongada de respiración artificial o alimentación por sonda nasogástrica, o incapacidad de reconocer a tus seres queridos familiares, etc.)*

Es importante tener en cuenta que algunos sentimientos y emociones del paciente hacia su situación (rabia, ira, miedo, desesperanza, frustración, tristeza, etc.) pueden tener relación con la fase de adaptación del paciente en el proceso de su enfermedad, e incluso, que un sentimiento intenso, pero pasajero (por ejemplo: ira inicial tras recibir una mala noticia) podría modificar la capacidad de juicio del paciente de forma temporal y no hacerlo capaz para tomar la decisión de recibir la prestación de ayuda médica para morir en este momento.

**Dimensión social y familiar:** Pérdida del rol social, vivencia de ser una carga

Vivencia de ser una carga: *¿Te preocupa ser una carga para los demás?, ¿Quiénes son las personas más importantes para ti?, ¿Te preocupan las personas que dejarás atrás?*

Vivencia del Cuidador Principal: *¿Quiénes son las personas que más te ayudan y/o cuidan?*

Aspectos económicos. *¿Te preocupa algún aspecto económico?*

**Dimensión existencial-espiritual.** Sentimientos de desesperanza, desmoralización, sentimiento de pérdida de la dignidad

*¿Qué es o ha sido importante para ti en la vida?*

*¿Has perdido algo, que fuera importante para ti, a causa de la enfermedad?*

*¿Qué aspectos de tu vida actual te aportan valor? ¿Qué es la enfermedad para ti? ¿Un castigo por algo o simplemente mala suerte?*

*¿Pensar en la muerte te produce miedo, alivio, indiferencia...?*

*¿Crees que has aportado algo valioso a la vida de tus seres queridos o a la sociedad?*

*¿Hay alguna creencia religiosa o espiritual que te ayuda cuando piensas en la muerte?*

Debemos procurar no expresar nuestro punto de vista sobre la calidad de vida del paciente, ni criticar sus valores y prioridades. El significado de algunas palabras que designan valoraciones de una situación es subjetivo, y hay que intentar no hacer juicios al respecto de lo que para el paciente es, o no es, insostenible, inhumano, sufrimiento “máximo”.

## 8. ¿Qué barreras o miedos puede encontrar el paciente ante el proceso de eutanasia?

Aunque la persona solicite ayuda médica para morir, es frecuente que tenga dudas sobre el proceso (será doloroso, podré estar acompañado, será mi médico quien me aplicará el tratamiento, etc.) o sobre alguna repercusión del mismo (mi marido/esposa/amigo/a sufrirá mucho, mi sacerdote no está de acuerdo, mi hijo/a no querrá ni venir a despedirse, etc.). Por otro lado, al hablar del acto de la prestación de ayuda para morir, se pueden abordar los cuidados se desean recibir al final de la vida, la modalidad de prestación (oral o intravenosa), lugar de la prestación, personas presentes, fecha de la prestación (posibilidad de prórroga tras un acontecimiento importante para el paciente), donación de órganos, etc.

*¿Hay algo que le preocupa o le asusta del proceso de la eutanasia?*

*¿Qué cosas hay en contra de seguir adelante?*

## C) EXPLORAR Y CLARIFICAR LOS DEBERES

### 9. ¿Existe algún motivo por los que la persona se replantearía su decisión?

En este punto, exploraremos posibles alternativas a la eutanasia, ya que perder la vida es *per se* perder un valor y por lo tanto siempre es un curso extremo. Siguiendo a Diego Gracia, optar por los extremos solo es ético cuando se han agotado otras posibles salidas que salven todos los valores en juego. Es por ello fundamental formular la pregunta:

*¿Qué tendría que ser diferente en su vida para que usted no deseara la eutanasia?, ¿Qué podría pasar para que cambiara de opinión?*

Este apartado es muy útil ante un paciente que pueda presentar una actitud de ambivalencia frente a la decisión que nos pueda hacer dudar de la firmeza de esta. Si este fuera el caso, en esta última fase, lo habitual es que hayan aparecido alternativas, o “cursos intermedios”. Hay que ofrecérselos si la persona no se los había planteado: limitación de esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos, sedación paliativa, u otras más concretas que salgan de las particularidades del caso, por ejemplo, acompañamiento si es un caso precipitado por la soledad, apoyo social si hay desencadenantes económicos o percepción de carga, etc.

## 10. ¿Cómo y cuándo termina el proceso deliberativo?

Preguntar dudas, miedos, preguntas que no hayan salido hasta el momento. Que sea el paciente quien dé por finalizada esta entrevista.

*¿Hay algo que no hayamos hablado que me quiera comentar?, lo que sea...*

*¿Estás satisfecho con lo que hemos hablado hasta ahora o ha habido algún tema en el que te gustaría profundizar más?*

*¿Cómo te sientes después de haber formalizado la solicitud para recibir la ayuda para morir? ¿Te sientes en paz con esta petición?*

No se puede pretender abarcar en una sola entrevista el proceso deliberativo con el paciente. Es frecuente que el profesional, en el contexto del seguimiento del paciente por su situación clínica, realice entrevistas sucesivas donde se pueden abarcar los diversos puntos. A veces, la información aportada por nosotros abre nuevas perspectivas al paciente, que puede necesitar tiempo de reflexión nuevo. Como es obvio, es de vital importancia no precipitarse en una decisión tan relevante como es la prestación de ayuda para morir.

*Si te han surgido dudas con lo que hemos hablado, podemos vernos mañana u otro día antes de presentar el informe.*

## 4. Puntos clave

1. No adoptar decisiones rápidas. Para ser objetivo y tomar la decisión “óptima” hay que seguir un proceso estructurado.
2. No agobiarse con los plazos ni la burocracia. Establecer el tiempo y planificar las entrevistas que se precisen, al margen de las mínimas establecidas.-
3. Asegurar que el paciente tiene capacidad de hecho y comprende los detalles de su proceso **y todas las alternativas.**
4. Mantener la comunicación con el resto de los profesionales a los que concierne la atención al paciente, médicos de atención especializada, su médico y su enfermera de familia, profesionales de cuidados paliativos, enfermería, trabajadores sociales, psicólogos... todos aquellos que tengan relación con el paciente te pueden ayudar a comprender mejor la situación.
5. En caso de duda acerca del procedimiento o del informe que ha de fundamentar la decisión, contactar con el referente de eutanasia del sector. Si existen dudas éticas “¿qué debo hacer en este caso concreto?”, se puede pedir ayuda al Comité de Ética Asistencial del sector:

## 5. Comentario a la viñeta clínica

Marina, tras dos entrevistas con su médico de familia, comprende las diferentes alternativas que tiene en su proceso, que no había contemplado. Entiende que la evolución natural del mismo es al fallecimiento, sin necesidad de una intervención activa, y, ya que su principal problema es no ser una carga cuando ya no pueda alimentarse o

valerse por sí misma, tras ver diferentes opciones, se decide por hacer una planificación compartida de la atención, plasmada en su historia clínica y además con un documento de voluntades anticipadas, en la que solicita limitación del esfuerzo terapéutico, pidiendo que no se le apliquen medidas extraordinarias, nutrición, hidratación parenteral e incluso antibioterapia si el proceso que va evolucionando lo requiriera, solicitando únicamente medidas de confort.

### 6. Para saber más

- (1) Duro Robles R, Muñoz Seco E, Peguero Rodríguez E. Comunicación con la persona que solicita eutanasia. Entrevista clínica de ayuda a la deliberación. AMF. 2021;17(9):505-512.
- (2) Diego Gracia et al. Ética y ciudadanía. Madrid; 2016.
- (3) Morera Pérez B, Cruz Piqueras M, Barrena Ezcurra A. Las dimensiones del sufrimiento y su evaluación ante el deseo de adelantar la muerte. AMF. 2022; 18(5):291-296.
- (4) “Proceso deliberativo” Recomendaciones para los profesionales sanitarios. Comunidad de Madrid.
- (5) Pérez de Lucas N, García-Llana H, Gómez Iglesias E, Júdez Gutiérrez J. Planificación compartida de la atención, comunicación y eutanasia. AMF. 2022;18(5):297-302.

## 6. Atención paliativa en el contexto eutanásico

---

MARTA AGUDO RODRIGO,  
*Médica de paliativos, ESAD de Teruel*

MARISA DE LA RICA ESCUÍN,  
*Enfermera y Trabajadora Social, universidad de Zaragoza*

### 1. Viñeta clínica

Teresa tiene 67 años, presenta un estadio avanzado de cáncer de mama con lesiones óseas, pulmonares, pericárdicas. Teresa cursó estudios universitarios, jubilada desde los 60 años vive con su esposo de 76 años en zona urbana, tienen una hija que vive en su misma localidad y les apoya en distintas tareas, Buen soporte social. Hace 6 años, en el momento de su diagnóstico aceptó intervención quirúrgica, pero rechazó tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia y dejó de acudir a sus controles en Oncología. Actualmente precisa de silla de ruedas para sus desplazamientos por dolor óseo intenso y disnea lo que le supone un sufrimiento intolerable, solicita la prestación de ayuda a morir. Valorada en domicilio por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) de su sector se plantean opciones terapéuticas. La paciente acepta tratamiento domiciliario ya que se niega a ingreso hospitalario. Con tratamiento ambulatorio se consigue control de dolor y disnea, se presta atención psicológica con el apoyo profesional de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). La paciente decide hacer DVA y esperar a presentar solicitud. Teresa falleció en domicilio tras precisar sedación paliativa por delirium terminal a los 2 meses.

### 2. Desarrollo

#### 1. ¿Son excluyentes los cuidados paliativos y la prestación de ayuda para morir?

Los cuidados paliativos y la eutanasia no son ni contrarios, ni complementarios, ni excluyentes. Son dos cosas totalmente diferentes. En primer lugar, se debe garantizar una atención paliativa precoz para toda persona con necesidad de atención paliativa,

pero también hay personas que rechazan desde el principio recibir cuidados paliativos y piden directamente la ayuda para morir, pero la mayoría elige recibir cuidados paliativos para aminorar el sufrimiento que las enfermedades terminales comportan y algunas de ellas solicitarán la eutanasia a lo largo de la evolución.

## 2. ¿Qué garantizamos con la identificación precoz de las personas en situación de enfermedad avanzada y sus familias?

La identificación precoz tiene como objetivo mejorar activamente la calidad de atención introduciendo un enfoque paliativo integral y una atención integrada, respetando valores y preferencias de pacientes y familias, y que ha demostrado promover buena praxis y beneficios para los pacientes.

Promueve la equidad, el acceso universal y la cobertura de necesidades, así como el pleno ejercicio de los derechos de los pacientes a una atención de calidad

Deben instaurarse medidas activas para reducir los posibles riesgos de su mala utilización, tales como el de la estigmatización, la pérdida de oportunidades curativas, o el impacto negativo, mediante la participación activa de pacientes, la formación generalizada de los profesionales en el manejo paliativo, la visualización de información clínica relevante, la protocolización de las medidas de mejora de calidad, y la participación activa de los comités de ética en el diseño y seguimiento de los programas.

El beneficio más relevante de la evaluación integral precoz es contribuir al diagnóstico situacional y permitir redefinir algunos de los objetivos, activando, en su caso, un enfoque paliativo progresivo y gradual.

## 3. ¿Qué tipo de cuidados de atención paliativa se pueden ofrecer a los pacientes que solicitan la eutanasia?

En el caso de que antes de que se realice la petición de eutanasia el paciente no haya recibido tratamiento paliativo, la LORE incluye como requisito que el paciente tenga la posibilidad de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios. La atención paliativa tiene como objetivo aliviar el sufrimiento y lograr la mayor confortabilidad del paciente en el final de la vida. Según el contexto del paciente se le pueden ofrecer una serie de cuidados de atención paliativa. Los profesionales que realizan el acompañamiento del paciente deben mostrar y clarificar diferentes procedimientos en la atención al final de la vida, como el rechazo de tratamiento, la limitación o adecuación de tratamientos, el manejo de los síntomas (dolor, disnea, náuseas y vómitos, ansiedad y delirium, estertores) [1], la sedación paliativa o terminal. El acompañamiento del paciente implica un proceso de comunicación e información con el paciente y los cuidadores y la toma de decisiones para el desarrollo del plan de cuidados.

## 4. ¿Qué debe saber el paciente para comprender las diferencias entre la atención paliativa y la eutanasia?

El equipo asistencial debe verificar que el paciente comprende el significado de los diferentes tipos de atención paliativa que son distintos del procedimiento de eutana-

sia. El paciente puede no comprender las diferencias de estas medidas y los procedimientos asociados a las mismas. Es importante clarificar las diferencias entre la sedación terminal y la eutanasia. El acompañamiento y la comunicación por parte del equipo asistencial debe ser continuado y asegurar la comprensión y la toma de decisiones mediante la planificación anticipada de la atención y la elaboración del consentimiento informado. De acuerdo con el principio de autonomía, el paciente tiene derecho a elegir cómo quiere vivir el proceso del final de la vida, incluso a rechazar el tratamiento y los cuidados paliativos.

## 5. ¿Cómo se puede simultanear la atención paliativa con el procedimiento de prestación de ayuda para morir?

Cuando después del proceso deliberativo el paciente ha confirmado su decisión de solicitar la eutanasia, realizadas las dos solicitudes y realizado el consentimiento informado, es importante mantener la continuidad asistencial y en muchas ocasiones proporcionar cuidados paliativos. El procedimiento de eutanasia establecido por la LORE, puede dilatarse, según los casos, unos 40 días. El equipo asistencial debe asegurar la continuidad asistencial en comunicación con el paciente y sus cuidadores, de acuerdo con sus preferencias y decisiones sobre los cuidados en el final de la vida. También es posible que el paciente decida no recibir la atención paliativa, y el equipo asistencial tendrá que estar informado.

## 3. Etapas y proceso

En los servicios sanitarios hay personas con necesidades de atención paliativa en proporciones variables. Se estiman las siguientes prevalencias: 1.3-1.5% en población general (depende de la tasa envejecimiento); 1% en población atendida por equipos de atención primaria; 40% en hospitales de agudos; 70% en centros socio-sanitarios; y 30-70% a centros residenciales

Esta constatación muestra la importancia cuantitativa y cualitativa y la necesidad de abordar este reto de manera sistemática y precoz en todos los servicios y mantener la atención y acompañamiento hasta el final de la vida de la persona, independientemente de si esta solicita la prestación de ayuda para morir, tal como recomienda el *Modelo Integral de Cuidados Paliativos*.

La puesta en marcha gradual de un enfoque paliativo debe ser compatible y sincrónica con tratamientos con objetivos específicos de la enfermedad o curativos de procesos intercurrentes, evitando posiciones dicotómicas. No indica necesariamente la intervención de equipos específicos de cuidados paliativos, que se establece en función de la **complejidad**, y con modelos de intervención flexibles y adaptados. Así podemos hablar de los siguientes pasos:

### Paso 1: Identificar necesidades multidimensionales de enfermo y familia

El modelo de necesidades se basa en el carácter multidimensional de éstas, permitiendo explorar e identificar los aspectos relevantes de cada dimensión.

Una vez identificadas necesidades, conviene aplicar un modelo de atención paliativa basado en unas competencias básicas (clínicas, comunicativas, éticas, de atención planificada, de atención continuada y, finalmente, de gestión de caso), respondiendo a las necesidades nucleares del paciente (espirituales y trascendentes, dignidad, respeto y esperanza), incorporando a la familia y practicando actitudes y comportamientos adecuados (empatía, congruencia, confianza y honestidad).

### Paso 2: Evaluar el estado de la enfermedad y su posible evolución identificando de forma anticipada situaciones generadoras de sufrimiento

Los aspectos básicos a explorar y registrar serían:

La **evaluación del estado del enfermo**: considerar los criterios de severidad y los criterios de progresión, que aportan las visiones de gravedad y dinámica, respectivamente, a la evaluación. La metodología para el control de síntomas contempla:

- Evaluar, antes de tratar: causa, severidad, factores agravantes, impacto físico y emocional, significado, etc.
- Definir, con enfermo y equipo, los objetivos terapéuticos: realistas, graduales y escalonados.
- Asociar tratamiento farmacológico con tratamiento general y prevenir iatrogenias.
- Planificar tratamiento fijo, tratamiento preventivo y respuesta a crisis.
- Informar, educar y comunicar sobre objetivos, tratamiento, recursos y respuesta a las crisis.
- Registro, monitorización y revisión del proceso con accesibilidad y disponibilidad por parte del equipo.

Se debe **revisar la situación de la enfermedad**, objetivos e indicaciones de los tratamientos específicos, valorando:

- Estado de la enfermedad: grado, estadio, etc.
- Pronóstico previsible.
- Probabilidad de respuesta a tratamiento específico.
- Balance entre respuesta, toxicidad y tolerancia.
- Evolución previsible: descompensaciones, crisis, etc.
- Medicación.

**Realizar preguntas básicas** en el contexto de la relación terapéutica de confianza (consultar la guía de la entrevista deliberativa del capítulo 5). Se consideran preguntas básicas las siguientes:

- Información y comprensión de la situación: *¿Cómo ve la enfermedad y su evolución?*
- Preocupaciones: *De lo que hemos hablado de la evolución y el futuro, ¿qué cosas le preocupan más?*
- Dudas y temas pendientes: *De lo que hemos hablado, ¿tiene alguna duda?*

- Expectativas y demandas: *¿Qué le gustaría que hiciéramos por usted?*

Los aspectos fundamentales sobre información, comunicación y counselling a integrar en la atención paliativa quedan recogidos en los siguientes puntos:

- Proceso (en vez de acto) gradual, respetuoso y multidireccional.
- Medidas verbales y no verbales.
- Contenido, forma, ritmo, tiempo, espacio, interlocutor y límites escogidos por el paciente.
- Entender y respetar mecanismos adaptativos.
- Añadir siempre compromiso de apoyo, seguridad y disponibilidad.
- Compartir con la familia y el equipo, respetando voluntades y deseos del paciente.

Para que un proceso de comunicación sea efectivo se requiere:

- Establecer un contexto adecuado.
- Explorar qué sabe el paciente.
- Explorar qué quiere saber el paciente.
- Compartir la información.
- Responder a emociones del paciente.
- Organizar y planificar.

### Paso 3: Identificar valores y preferencias de enfermo y familia

La Ética clínica y la Planificación de Decisiones Anticipadas como (PDA) constituyen la metodología de trabajo de la atención paliativa. La atención paliativa de calidad es un derecho fundamental y el respeto por los valores y preferencias del enfermo es un requisito ineludible para tomar decisiones. La Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA), consiste en explorar e identificar los valores, preferencias y objetivos del enfermo para poder establecer objetivos y medidas adecuados, adaptándolos a escenarios evolutivos previsibles (consultar la guía de la entrevista deliberativa del capítulo cinco).

Es muy importante registrarlo adecuadamente en el curso clínico y explicitarlo en la información clínica, especialmente en la transferencia de los pacientes entre servicios. Se puede iniciar generando un clima de confianza terapéutica, explorando las preferencias para decisiones a corto plazo e introduciendo, muy gradualmente, las preferencias ante escenarios previsibles a medio y largo plazo. Todo este proceso debe extenderse hasta el final de la vida de la persona, independientemente de si ésta solicita la prestación de ayuda para morir.

### Paso 4: Involucrar a la familia y al cuidador principal

La familia, o entorno afectivo - relacional, deben ser considerados como una **unidad a tratar** y hay que involucrarlos en el proceso de atención.

Los aspectos relevantes a considerar serían:

- Estructura de la familia y recursos.
- Persona cuidadora principal: identificación y evaluación.

- Necesidades y demandas, preocupaciones y expectativas.
- Capacidad cuidadora emocional.
- Capacidad cuidadora práctica.

Las acciones a implementar serían:

- Información y comunicación.
- Accesibilidad, participación.
- Apoyo.
- Identificación y prevención del riesgo de claudicación.
- Atención del duelo y prevención del duelo complicado.

### **Paso 5: Elaborar un plan terapéutico multidimensional y sistemático**

La atención paliativa puede definirse como un abordaje sistemático de las necesidades multidimensionales de enfermos y familias con enfermedades avanzadas, practicada por un equipo interdisciplinario competente, con la Ética clínica y la Planificación de Decisiones Anticipadas como metodologías para tomar decisiones, y la gestión de caso y la atención continuada como metodologías de seguimiento.

Una vez identificadas y evaluadas, con mayor o menor complejidad, las necesidades de cada dimensión se deben elaborar los objetivos para cada una de acuerdo con los valores y preferencias del enfermo. Una vez establecidos los objetivos para cada dimensión, se podrá implementar un Plan de Cuidados Sistemático e iniciar el seguimiento, con la evaluación y la monitorización que sean necesarios. Este proceso se repetirá siempre que sea necesario, con la frecuencia que aconseje la situación.

### **Paso 6: Gestión de caso, seguimiento, atenciones continuada y urgente, coordinación y acciones integradas de servicios de salud y sociales**

El concepto de gestión de caso consiste en incluir en el Plan Terapéutico las indicaciones de recursos adecuados en el seguimiento, con un enfoque preventivo de las crisis evolutivas frecuentes en pacientes en situación de enfermedad avanzada y terminal, para asegurar la atención apropiada, la calidad y eficiencia.

Los componentes esenciales son la Evaluación, seguida del Plan Terapéutico y, finalmente, del Plan de Seguimiento. Es fundamental decidir y compartir, en todo momento, con enfermo y cuidadores.

Acciones por parte del propio equipo

- Evaluación multidimensional interdisciplinaria conjunta inicial, elaboración del Plan Terapéutico y reuniones formales interdisciplinarias de seguimiento
- Atención preventiva y continuada.
- Profesionales referentes al equipo.
- Propuestas de seguimiento, definición de funciones y tareas de cada miembro.
- Aumentar cobertura e intensidad en función de necesidades.
- Evaluación, revisión, monitorización y registro.

Indicación de intervención de equipos específicos de cuidados paliativos siempre en función de:

- Criterios de complejidad.
- Necesidades y demandas.
- Criterios específicos y acuerdos sectorizados.

Para pasar de la coordinación a las acciones integradas, hay que establecer:

- Equipo responsable / referente y equipos que pueden intervenir
- Seguimiento convencional, único o compartido.
- Accesibilidad de los equipos y servicios, especialmente en situaciones de crisis (urgentes, atención continuada).
- Sistema de información, coordinación y comunicación entre niveles (especialmente, en los transfers).
- Atención continuada que debe extenderse hasta el final de la vida de la persona, independientemente de si ésta solicita la prestación de ayuda para morir.

#### 4. Puntos clave

Toda la atención paliativa que se inicie debe extenderse hasta el final de la vida de la persona, independientemente de si ésta solicita la prestación de ayuda para morir.

- **Identificar y registrar enfermos crónicos avanzados** que pueden requerir atenciones paliativas. Consiste en disponer y utilizar un mecanismo estandarizado de identificación de enfermos avanzados.
- **Formación de los profesionales.** Consiste en la garantía de que los profesionales disponen de la formación necesaria para atender a los enfermos con necesidades de atención paliativa y que el recurso cuenta con liderazgos internos, así como de la documentación clínica reglada para aplicar la asistencia con calidad.
- **Trabajo interdisciplinar.** Consiste en realizar el proceso de trabajo interdisciplinario en la atención de personas con necesidades de cuidados paliativos.
- **Atención de la persona cuidadora principal y la familia.** Consiste en la atención integral de la familia, muy especialmente de la persona cuidadora principal.
- **Mejora de la accesibilidad.** Mejorar la accesibilidad de enfermos y familias (espacios y tiempos, flexibilidad, facilitación, etc.).
- **Coordinación y acciones integradas sectorizadas.** Consiste en activar mecanismos específicos de coordinación o acciones integradas para la organización sectorizada de las intervenciones paliativas.

#### 5. Comentario a la viñeta clínica

Los pacientes como Teresa que por la evolución de su enfermedad se encuentran al final de la vida frecuentemente tienen necesidades paliativas, presentan múltiples síntomas y cambiantes, que deben ser atendidos e identificados de forma precoz por su equipo de referencia. La información sobre las posibles opciones terapéuticas, incluidas las técnicas de sedación paliativa o terminal, así como la aclaración de conceptos al

paciente en el proceso deliberativo puede ayudarle y ayudarnos en la toma de decisiones frente a un deseo expresado de adelantar la muerte, lo que llevará a elegir la opción más acorde a los valores del paciente.

### 6. Para saber más

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/09/gpc\\_612\\_atencion\\_paliativa\\_avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/09/gpc_612_atencion_paliativa_avaliat_compl.pdf)
2. Grupo de trabajo del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía Sedación Paliativa. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2012. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/main/files/mig/guia\\_sedaccion\\_paliativa\\_online.pdf](https://www.cgcom.es/sites/main/files/mig/guia_sedaccion_paliativa_online.pdf)
3. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Martínez Roca; 2001.
4. Ollero Baturone M et al. Atención a pacientes pluripatológicos [Recurso electrónico]: proceso asistencial integrado. 3ª ed. Sevilla: Consejería de Salud. 2018. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af-1956d9925c\\_atencion\\_pacientes\\_pluripatologicos\\_2018.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af-1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf)
5. Martín-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cía-Ramos R. IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación Cudeca. Accesible en: <https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2018/12/IDC-Pal-2014-Complejidad.pdf>
6. Del Corral Beamonte E, Gómez Ponce L, Cano del Pozo M, Amestoy Chiesa MC, González Pérez E, Zamora Mur A, Corral Subías M, De Ramos Galar E, Calvo Gascón A, Agudo Rodrigo MC, Gracia SA, Anadón Moreno JA, Martín Roy J, Chaverri Alaman C. Proceso de atención a pacientes subsidiarios de cuidados paliativos. Aragón. 2022. Disponible en: [https://www.aragon.es/documentos/20127/93704596/Proceso\\_atención\\_paliativos\\_Aragón.pdf](https://www.aragon.es/documentos/20127/93704596/Proceso_atención_paliativos_Aragón.pdf)
7. Gómez-Batiste X, Amblàs J, Turrillas P, Tebé C, Peñafiel J, Calsina A, Costa X, María Vilaseca J, Montoliu RM. Recomendaciones prácticas para la identificación y la aproximación pronóstica de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades paliativas en servicios de salud y sociales. NECPAL 4.0 Pronóstico. Cataluña. 2021. Disponible en: [https://www.catedrapaliativos.com/media/42/media\\_section/8/2/5482/INSTRUMENT-NECPAL-4.0-2021-ESP.pdf](https://www.catedrapaliativos.com/media/42/media_section/8/2/5482/INSTRUMENT-NECPAL-4.0-2021-ESP.pdf)

## 7. Prestación de ayuda para morir: adecuación del entorno y aplicación

---

JESÚS MARTÍN MARTÍNEZ,  
*Neurólogo del Hospital Universitario Miguel Servet*

### 1. Viñeta clínica

Isabel tiene 54 años, padece una Esclerosis Múltiple (EM); proceso neurológico inmunomediado y degenerativo desde hace 20 años. En la actualidad en fase progresiva y no hay un tratamiento curativo o que modifique el curso de la enfermedad. Ha perdido autonomía y precisa de asistencia para transferencias, vestirse, ir al baño. Esta situación de dependencia y falta de autonomía la hace sufrir y sentirse despersonalizada. No desea vivir en esta situación. Se ha planteado la eutanasia y ha pedido cita a su médica de familia. Cuando la médica recibe la solicitud, no se ha extrañado porque en las conversaciones previas había manifestado su voluntad de solicitar la prestación de ayuda para morir. Se lo comunica al coordinador del equipo de atención primaria y se pone en contacto con el referente de sector para solicitar apoyo y asesoramiento para el proceso. El equipo asistencial que atiende a Isabel, formado por la enfermera, el trabajador social y la médica de familia, se reúne para estudiar el caso y programar las actuaciones. El referente de sector les ha puesto en contacto con un médico que forma parte de la Comisión de Eutanasia del sector que les puede asesorar en la elaboración del proceso deliberativo y la elaboración de los informes que hay que preparar. Primero, analizan la historia clínica y la información que posee el equipo asistencial en su relación con la paciente. La enfermera que tiene trato cercano con la paciente ha acudido recientemente a su domicilio y conoce su situación, los cuidados que se prestan y las limitaciones en su vida diaria. Planifican una visita domiciliaria previa por parte del trabajador social para valorar los apoyos sociales y familiares. La médica de familia se pone en contacto con su neurólogo para informarle de la solicitud y analizar la situación y evolución clínica de la EM. El equipo asistencial con la información recabada decide planificar la entrevista deliberativa con Isabel. No existen sospechas que tenga una pérdida de la capacidad para decidir, Isabel comprende lo que solicita y tiene un razonamiento lógico para tomar decisiones. La primera entrevista deliberativa deciden hacerla la médica de familia y la enfermera. En el guion de la entrevista quieren explorar la información que tiene Isabel sobre la evolución de su enfermedad, la valo-

ración de su sufrimiento, el conocimiento de la prestación de ayuda para morir y sus razones para solicitarla, su valoración de otras alternativas y del tratamiento paliativo, incluida la sedación terminal paliativa. Isabel expresa su cansancio, la falta de esperanza, el sufrimiento en la vida diaria por la falta de autonomía y la pérdida de la independencia. La paciente realiza una segunda solicitud, pasados quince días. La médica de familia tiene una nueva entrevista para cerrar el proceso deliberativo y la paciente firma el documento del consentimiento informado. Se solicita un informe al neurólogo consultor que confirma el contexto eutanásico. La médica de familia envía toda la información y documentación del caso a la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) para realizar la verificación previa. El caso de Isabel es analizado en la Comisión por una dupla de médico y jurista que informa positivamente de la solicitud de Prestación de Ayuda para Morir. El presidente de la CGE firma una Resolución que autoriza la PAM y se lo comunica a la médica responsable.

## 2. Desarrollo

### 1. ¿Qué implica la prestación de ayuda para morir en la atención al final de la vida?

La legalización de la eutanasia ha añadido un nuevo escenario en la atención al final de la vida e implica una necesidad de integrar la muerte, entendida como límite temporal de la vida, propósito y significado del individuo, en la continuidad de atención y cuidados del individuo.

Esta perspectiva centrada en el paciente devuelve el concepto de atención al final de la vida a sus orígenes al abordar la totalidad de las necesidades de un paciente, deseos de apoyo del paciente, necesidades emocionales, espirituales y prácticas de enfrentar el final de la vida e implica un espacio para la narrativa y la reflexión legitimando dentro del amplio abanico de cuidados la prestación de ayuda para morir (PAM).

La PAM viene definida en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia como la *acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir*. El resultado es el fallecimiento de la persona.

### 2. ¿Cómo se empieza?

*Isabel solicita en la consulta con su médica de familia su deseo de que se le facilite ayuda para morir.*

**El inicio del proceso lo realiza el paciente.** El médico que la atiende verifica que cumple los criterios de derecho a la prestación y los requisitos de contexto eutanásico. Una vez verificado abre en la historia clínica del paciente el episodio de eutanasia y cumplimenta la primera solicitud. El facultativo lo comunica al equipo asistencial que atiende al paciente y al referente de sector para solicitar apoyo y asesoramiento. En este momento el equipo asistencial organiza el proceso deliberativo y analiza el cumplimiento de los requisitos

En cada paso del proceso, el médico responsable irá añadiendo a la historia clínica los documentos exigidos de acuerdo con las etapas del mismo.

### 3. ¿Dónde se realizará la prestación de ayuda para morir?

El paciente decide donde desea que se realice la PAM independientemente de la modalidad que elija (administración de fármacos intravenosos o autoadministración oral).

### 4. ¿Varía el médico responsable y equipo asistencial si la PAM se realiza en el hospital o en el domicilio?

El lugar donde se realice la prestación no supone el cambio de equipo asistencial. Si el equipo asistencial proviene de Atención Primaria, y el paciente desea fallecer en el hospital, se procederá a la comunicación por parte de la Dirección del Hospital o del referente de sector al equipo asistencial para coordinar la PAM. Si el equipo asistencial es de Atención Especializada y el paciente desea fallecer en el domicilio, será dicho equipo asistencial el que se desplace al domicilio del paciente.

Es importante que el equipo asistencial y médico responsable controlen posibles riesgos de procedimiento de la prestación, tales como dificultad de acceso venoso, marcapasos, dispositivos intracardiacos, que puedan modificar el lugar de la prestación o precisen de ayuda específica que necesite comunicarse con antelación.

### 5. ¿Cuándo puede realizarse la PAM?

Cuando la Comisión de Garantía y Evaluación ha dictado resolución favorable para llevar a cabo la prestación solicitada.

El paciente podrá revocar su solicitud en cualquier momento y también puede solicitar un aplazamiento.

### 6. ¿Qué aspectos se deben tener en cuenta en la prestación en la PAM?

Debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios. El médico responsable, para adecuar la prestación de ayuda para morir, contando con el equipo asistencial, dialogará con el paciente, sobre el momento, el lugar, las condiciones y sobre el acompañamiento de familiares y allegados. El acuerdo con el paciente se comunicará al resto del equipo asistencial.

Se garantizará al paciente y a sus familiares y allegados un entorno asistencial confortable, empático y con la medicalización estrictamente necesaria. Se tratará de facilitar al máximo la calidad humana en esta situación. El médico responsable, el equipo asistencial y los responsables de los equipos y servicios que competan en cada caso, deben adoptar las medidas necesarias para asegurar la intimidad de los pacientes y de sus allegados durante la realización de la prestación. Tras el fallecimiento, el personal médico y enfermería responsable prestará el apoyo emocional necesario a familiares y allegados del paciente en el ámbito donde se haya realizado la prestación de ayuda a morir.

## 7. ¿Cómo se realiza la prestación?

De acuerdo con la modalidad elegida por el paciente, en las condiciones especificadas por el mismo en cuanto acompañamiento y confort.

Los fármacos utilizados para la PAM, tienen una eficacia comprobada y el protocolo utilizado es similar al resto de países donde la prestación de ayuda médica para morir es legal. Los fármacos se remiten en dos kits al equipo asistencial que va a realizar la prestación una vez conocidos día y hora por el Servicio de Farmacia Hospitalaria.

En términos generales, la secuencia de la administración es en todos los casos la misma en administración intravenosa: primero, ansiolítico; segundo, anestésico local; tercero, fármaco inductor del coma; y cuarto, bloqueante neuromuscular.

En la administración oral, el procedimiento se inicia con: primero, antiemético y facilitador del vaciado gástrico; segundo, ansiolítico oral; y tercero, agente inductor del coma.

En el apartado *etapas y proceso*, a) se aportan una serie de recomendaciones para la prevención de errores en la administración de fármacos para la prestación de ayuda para morir; y b) se indica el algoritmo de secuencia y tiempo de administración de los fármacos en la modalidad por vía intravenosa y en la modalidad de autoadministración oral.

## 8. Y si aun estando dispuesto a la PAM, me siento inseguro, ¿A quién podría pedir ayuda?

En cualquier caso, se puede solicitar apoyo a los referentes de sector, a la comisión de sector que pueden facilitar asesoramiento para el proceso asistencial y acompañamiento para el médico responsable y equipo asistencial que va a realizar la prestación.

## 9. ¿Se debe plantear la posibilidad de donación de órganos?

Este proceso tiene consideraciones especiales en el contexto de la PAM, dado que el paciente debe fallecer y la donación es en asistolia

La donación de órganos y la PAM son procesos distintos. Debe conjugarse el derecho a la PAM y la voluntad de donación, pero debe evitarse el conflicto de intereses por todas las partes implicadas. Así, debe evitarse en el proceso deliberativo introducir factores de cualquier tipo (culturales, altruistas, percepción de débito) que puedan influir en la libertad de la decisión, cuando se establecen deliberaciones de las que depende un resultado en un marco de máxima vulnerabilidad.

No obstante, si el paciente introduce el deseo de donación voluntariamente o existen el deseo expreso de donación en un DVA o registro de donaciones, el médico responsable, si el paciente es candidato para ser donante, debe comunicar dicha solicitud al coordinador de trasplantes del sector para que informe adecuadamente de los procedimientos y las condiciones de realización en nuestro medio en el momento actual. Si el paciente no introduce el tema de la donación, es importante asegurar la deliberación libre sin otros condicionamientos y facilitar la viabilidad de la donación si el paciente expresara la voluntad de la misma.

### 3. Etapas y proceso

#### CLAVES EN LA PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

##### Uso de Kits de Medicamentos suministrados por la Farmacia Hospitalaria

- Etiquetado claro con diferentes colores estandarizados, con nombre del paciente, medicamento y dosis.
- Si es posible, usar jeringas de diferentes tamaños para cada sustancia.
- Utilizar numeración en cada jeringa para especificar el orden de administración.

##### Un buen acceso venoso es esencial. Las recomendaciones son:

- Para la modalidad intravenosa canalizar 2 vías periféricas en cada paciente con cánulas mínimas de 20 G.
- Para la modalidad autoadministrada, canalizar al menos una ruta.
- Si no es posible, canalice el catéter de línea media o PICC según Protocolos del Área de Salud.
- Revisar todas las vías antes de la infusión de fármacos con la administración sin resistencia salina de 10 ml o con goteo por gravedad adecuado para un suero.
- Es muy recomendado colocar una válvula de 3 pasos para facilitar la conexión segura de las jeringas y la administración del medicamento.

##### No aparición del efecto esperado tras la administración de fármaco vía intravenosa

- Continuar el proceso por la segunda vía, si es necesario, con el uso de los medicamentos del Kit de Emergencia.
- Utilizar las alternativas propuestas en el apartado de riesgos que puedan presentarse.

##### La medicación intravenosa se administrará dentro de los rangos de tiempo establecidos en la guía

- La administración es rápida para, por un lado, para evitar los efectos indeseables de las drogas y, por otro, para lograr el fallecimiento en el menor plazo de tiempo, evitando prolongaciones dolorosas del procedimiento.
- Las dosis son lo suficientemente altas para producir la muerte de pacientes de diferentes edades y pesos en el menor tiempo posible.

### La administración de fármacos intravenosos debe realizarse en el orden marcado

- Se maximizan los efectos de los fármacos.
- Se evitan errores que pueden causar algún tipo de sufrimiento a la persona.

### Comprobar signos clínicos del coma antes de administrar el relajante muscular

- Es esencial que después de la administración intravenosa del inductor del coma, se espere hasta que se hayan comprobado todos los signos clínicos del coma farmacológico en el paciente, antes de administrar el relajante muscular.

### Infusión de suero fisiológico después de la administración de cada fármaco

- Debe realizarse para asegurar el paso de toda medicación y, en particular, después del tiopental para lavar bien la vía, porque el rocuronio (relajante muscular) produce tras el tiopental, precipitados que incluso podría obstruir el acceso venoso.
- Si se utiliza un suero con goteo continuo, no es necesaria la administración de las jeringas con una dosis de 10 ml.

### Se debe administrar el kit completo en todos los casos

- El paciente puede experimentar un colapso circulatorio y respiratorio antes de completar la administración de todos los medicamentos intravenosos. Sin embargo, debe administrarse el KIT completo en todos los casos.

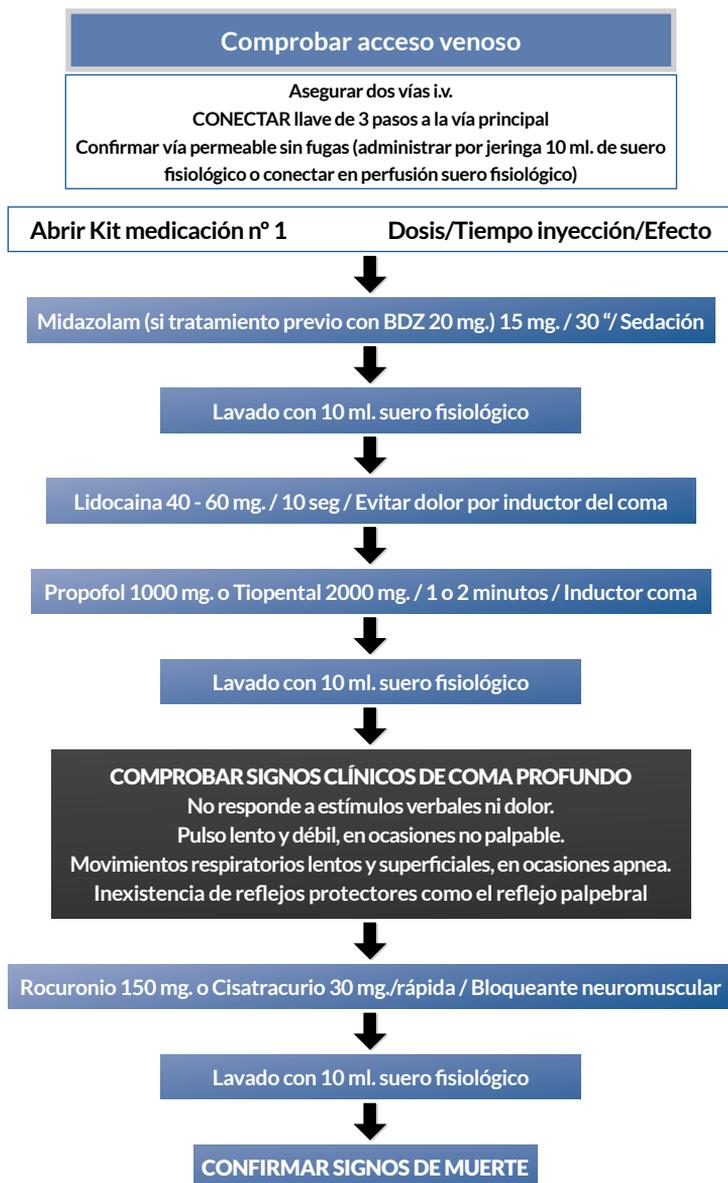
### Con relación a la modalidad oral

- Canalizar acceso venoso.
- Ingerir la medicación antiemética en el horario recomendado.
- Para optimizar la absorción de los medicamentos que inducen el coma, debe ayunar al menos 6 horas antes. Se permiten líquidos no carbonatados.
- El paciente debe ingerir la preparación letal en menos de 5 minutos en una posición sentada con la espalda recta en la cama. Debe permanecer en esa posición durante 20 minutos, incluso si ya está inconsciente.
- Debe evitarse el uso de pajitas de succión.
- Si el paciente lleva una sonda nasogástrica (SNG) o una sonda de gastrostomía percutánea (PEG), se debe garantizar la permeabilidad de la sonda.
- Si la muerte se retrasa más del tiempo acordado con la persona, se utilizará la vía intravenosa utilizando el botiquín de emergencia.

## MODALIDAD 1: ADMINISTRACIÓN DIRECTA (VÍA INTRAVENOSA)

1	2	3	4
Ansiolítico	Anestésico local	Inductor del coma	Relajante muscular
(Midazolam 15 mg.)	(Lidocaína 60 mg.)	(Propofol 1000 mg. o Tiopental 2000 mg.)	(Rocuronio 150 mg o Cisatracurio 30 mg.)

Idealmente, se aconseja utilizar un código internacional de colores (naranja-gris-amarillo-rojo) para estos grupos terapéuticos, a fin de evitar confusiones.



## MODALIDAD 2: AUTOADMINISTRACIÓN VÍA ORAL

### PREMEDICACIÓN

#### ANTIHEMÉTICOS

1. Metoclopramida 10 mg. /8 horas empezando 36 h antes de la toma del producto.
2. Ondansetrón 4 mg./12 horas, empezando 36 horas antes de la toma del producto.

#### ANSIOLÍTICOS

Si el paciente lo requiere, considerar:

1. 30-45 minutos antes de la administración del medicamento inductor del coma administrar ansiolíticos.
  2. Pautarlos 24-48 h antes de la PAM para disminuir la ansiedad en los días previos.
- a) Lorazepam 1-2 mg. vía oral. b) Diazepam 10-25 mg. vía oral. c) Midazolam 7.5-15 mg. vía oral



### CANALIZAR VÍA VENOSA Y COMPROBAR PERMEABILIDAD

Asegurar una vía i.v.

CONECTAR llave de 3 pasos a la vía.

Confirmar vía permeable sin fugas (administrar por jeringa 10 ml. de suero fisiológico o conectar suero fisiológico en perfusión).



### INGESTIÓN DE 15 G DE PENTOBARBITAL EN 100 ML. EN 5 MINUTOS

Evitar pajitas para sorber la solución.

Mantener al paciente confortable, semisentado con la espalda recta.



CONFIRMAR SIGNOS DE MUERTE

## 4. Puntos clave

- La prestación de ayuda para morir (PAM) constituye una nueva opción en la atención al final de la vida.
- El paciente tiene derecho a decidir sobre la PAM, donde realizarla, en el domicilio o en el hospital, la modalidad utilizada, administración intravenosa o autoadministrada por vía oral y el momento de efectuarla.
- El equipo asistencial debe realizar la PAM con el máximo cuidado y profesionalidad facilitando un entorno asistencial confortable, empático y con la menor medicalización posible proporcionando el acompañamiento y el entorno acordado con el paciente.
- Es importante asegurar la intimidad del paciente y allegados durante la realización de la PAM. Tras el fallecimiento prestar el acompañamiento y apoyo emocional a familiares y allegados.

## 5. Comentario a la viñeta clínica

Isabel tras la autorización de la PAM por la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE), decidió que se realizase en el hospital con la modalidad de administración por vía intravenosa y que le acompañasen sus dos hermanas. La médica de familia comunicó al referente de sector las decisiones de la paciente para coordinar la realización de la PAM en el hospital. El equipo asistencial analizó las demandas de la paciente y estableció una comunicación estable con la paciente, los familiares y los profesionales del servicio donde se realizaría la PAM. Elegida la fecha de común acuerdo entre la paciente y el equipo asistencial se efectuó la PAM en el entorno tranquilo de una habitación individual del hospital. Las hermanas de la paciente agradecieron al equipo asistencial el espacio sereno para despedirse de Isabel y el apoyo recibido.

## 6. Para saber más

1. Bakewell, F, Naik VN. Complications with medical assistance in dying (MAID) in the community in Canada review and recommendations [Internet]. Camapcanda.ca. 2019 [citado el 6 de junio de 2023]. Disponible en: <https://camapcanda.ca/wp-content/uploads/2022/02/Failed-MAID-in-Community-FINAL-CAMAP-Revised.pdf>
2. Casey GM, Kekewich M, Naik VN, Hartwick M, Healey A. A request for directed organ donation in medical assistance in dying (MAID). *Can J Anaesth*. 2020 Jul;67(7):806-809. doi: [10.1007/s12630-020-01632-5](https://doi.org/10.1007/s12630-020-01632-5). Epub 2020 Mar 23. PMID: 32207087.
3. Chakrabarti S, Gibson JA, Bennett MT, Toma M, Verma AT, Chow R, et al. Cardiac implantable devices management in Medical Assistance in Dying (MAiD): Review and recommendations for cardiac device clinics. *Can J Cardiol [Internet]*. 2021;37(10):1648–50. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2021.05.004>

4. Downar J, Shemie SD, Gillrie C, Fortin MC, Appleby A, Buchman DZ, Shoesmith C, Goldberg A, Gruben V, Lalani J, Ysebaert D, Wilson L, Sharpe MD; for Canadian Blood Services, the Canadian Critical Care Society, the Canadian Society of Transplantation and the Canadian Association of Critical Care Nurses. Deceased organ and tissue donation after medical assistance in dying and other conscious and competent donors: guidance for policy. *CMAJ*. 2019 Jun 3;191(22):E604-E613. doi: [10.1503/cmaj.181648](https://doi.org/10.1503/cmaj.181648).
5. Harty, C. et al. Intravenous MAiD Medication Protocols in Canada. Review and Recommendations. 2020
6. Ho A, Joolae S, Jameson K, Ng C. The seismic shift in end-of-life care: Palliative care challenges in the era of medical assistance in dying. *J Palliat Med* [Internet]. 2021 [citado el 5 de junio de 2023];24(2):189–94. doi:[10.1089/jpm.2020.0185](https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0185)
7. Azcárraga PA, Peláez S, María M, Labrador V, Francisco C, Rubio J, et al. Manual de buenas prácticas en eutanasia [Internet]. Gob.es. [citado el 5 de junio de 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)
8. Stukalin I, Olaiya OR, Naik V, Wiebe E, Kekewich M, Kelly M, et al. Medications and dosages used in medical assistance in dying: a cross-sectional study. *CMAJ Open*[Internet]. 2022 [citado el 5 de junio de 2023];10(1):E19–26. doi:[10.9778/cmajo.20200268](https://doi.org/10.9778/cmajo.20200268)
9. Vega García S, Gorostiaga Casas A. Fármacos para la ayuda a morir. *AMF*. 2022;18(1):28-31
10. Zworth M, Saleh C, Ball I, Kalles G, Chkaroubo A, Kekewich M, et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2020 [citado el 5 de junio de 2023];10(7):e036054. doi:[10.1136/bmjopen-2019-036054](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036054)

## ANEXOS

---

### Glosario sobre la eutanasia y la prestación de ayuda para morir

#### Capacidad de obrar de derecho, capacidad legal o jurídica

Condición legal que permite ser titular de derechos y obligaciones sin autorización por parte de otros. La capacidad legal solo se puede perder o limitar por resolución judicial, en estos casos se nombra un Tutor legal que será el responsable de tomar las decisiones en el ámbito de limitación de la capacidad. Para la solicitud de la PAM se requiere tener la mayoría de edad (18 años) y no se aplica la mayoría de edad a los 16 años que se reconoce para otros actos clínicos en el ámbito sanitario.

Fuente: Palacios GJ, et al. Valoración de la competencia de los pacientes para tomar decisiones. Rev. Clín. Esp. 2019 <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.04.009>

#### Capacidad de obrar de hecho, capacidad natural o competente

Es un concepto clínico que define las aptitudes psicológicas necesarias para tomar una determinada decisión en un determinado momento (“aquí y ahora”).

Fuente: Simón Lorda y Torrell Vallespin. Eutanasia y capacidad para la toma de decisiones. AMF 2022; 18(5):266-271.

#### Síndrome de desmoralización

El Síndrome de desmoralización (SD) es un estado psicoemocional, frecuente en el contexto de una enfermedad paliativa, que se define como la conciencia de incapacidad para hacer frente a un problema grave y se caracteriza por la presencia de sentimientos de impotencia, desesperanza, incompetencia subjetiva, desmotivación o incapacidad de afrontamiento, desamparo, aislamiento, sensación de renuncia, pérdida de sentido de la vida, sentimientos de fracaso, malestar emocional y sentimiento de pérdida de control.

Es importante diferenciar la depresión clínica del Síndrome de desmoralización, que si bien puede afectar al estado emocional de la persona y reflejar su nivel de sufrimiento, puede ser entendido como una reacción adaptativa ante su situación de enferme-

dad, que puede ser objeto de intervención pero que no tiene por qué suponer una situación de incapacidad para decidir.

Fuente: Rudilla D, Barreto P, Oliver A. y Galiana L. Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos. *Psicooncología*. Vol. 12, Núm. 2-3, 2015, pp. 315-334 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n2-3.51012 <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/51012/47340>

### Situación de incapacidad de hecho

Situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

Fuente: LORE, artículo 3º.

### Sufrimiento humano

Es un concepto amplio y complejo de definir.

“Es un estado afectivo, cognitivo y negativo complejo caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permiten afrontarla.”

Fuente: Chapman y Gravin. R. Bayés. Psicología del sufrimiento y de la muerte.

Se identifican varias dimensiones del sufrimiento ante la presencia de un proceso crónico de enfermedad: la dimensión física, la psicoemocional, la social y la existencial-espiritual.

- Física: puede reflejar diferentes fenómenos; unos referidos al malestar que producen los síntomas físicos, cognitivos o psiquiátricos, y otros por los efectos secundarios del tratamiento y el deterioro que condiciona la enfermedad.
- Psicoemocional: incluye la pérdida del *self* o identidad, sentimientos negativos, el miedo a un futuro sufrimiento, la dependencia, la pérdida de autonomía y el agotamiento mental.
- Social: es la categoría que parece menos presente en las solicitudes de PAM, pero existen elementos sociales que se relacionan con otros tipos de sufrimiento. Entre ellos destaca la pérdida, o posible pérdida, de algunos roles sociales de la persona, como puedan ser los ocupacionales o los familiares, así como los referidos al estatus social, y/o la emergencia de un nuevo rol derivado de la enfermedad.
- Espiritual-existencial: la que se considera de mayor impacto, en cuanto a la desesperanza que supone la no mejoría, la ausencia de proyectos, el deterioro y progreso de la enfermedad y la falta de control que todo ello implica. Este tipo de sufrimiento, junto a la desmoralización y pérdida de dignidad, está presente en la mayoría de los pacientes evaluados.

Lo que determina el modo que tienen las personas de reaccionar ante la enfermedad y desarrollar un sentimiento de bienestar está determinado por el sentido de coherencia, que se consigue por la conjunción de tres variables:

- La capacidad de comprender lo que le sucede, es decir, de poder estructurar los sucesos dolorosos en algún patrón comprensible.
- La capacidad de sentir control sobre lo que le sucede, implica tener disponibilidad y sentirse capaz de utilizar los recursos para enfrentarse a la situación.
- Y la capacidad para encontrar un sentido y significado a lo que le toca vivir. Implica el valor que la persona otorga a lo que le sucede. Sensación de que puede sacarse algo positivo del hecho de vivir con dificultades.

Cuando la persona no es capaz de comprender, sentir control y dar un sentido y significación a lo que le toca vivir surge el sufrimiento.

Fuente: Antonovsky definió el enfoque y modelo salutogénico, a partir del sentido de coherencia (SOC Sense of Coherence) como una nueva manera de orientar la promoción de la salud y el bienestar. Más información se puede obtener en la monografía coordinada por los editores Mariano Hernán, Antony Morgan y Ángel Mena, *Formación en salutogénesis y modelo de activos para la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Accesible en <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>



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

## FELIPE VI REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley orgánica:

### PREÁMBULO

#### I

La presente Ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia.

La eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. En nuestras doctrinas bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo del término «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente –cuidados paliativos–) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia.

El debate sobre la eutanasia, tanto desde el punto de vista de la bioética como del Derecho, se ha abierto paso en nuestro país y en los países de nuestro entorno durante las últimas décadas, no solo en los ámbitos académicos sino también en la sociedad, debate que se aviva periódicamente a raíz de casos personales que conmueven a la opinión pública. Un debate en el que confluyen diferentes causas, como la creciente prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; la secularización de la vida y conciencia social y de los valores de las personas; o el reconocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario, entre otros

factores. Y 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.

La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución española. Son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y posible, para lo que se requiere una legislación respetuosa con todos ellos. No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger. Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico. Con ese fin, la presente Ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole.

En el panorama de los países de nuestro entorno se pueden reconocer, fundamentalmente, dos modelos de tratamiento normativo de la eutanasia.

Por una parte, los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que quien la realiza no tiene una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón compasiva, dando pie a que se generen espacios jurídicos indeterminados que no ofrecen las garantías necesarias.

Por otra parte, los países que han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías.

En el análisis de estas dos alternativas jurídicas, es relevante la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que, en su sentencia de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza), consideró que no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas. Esta Ley pretende incluirse en el segundo modelo de legislación, dotando de una regulación sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal. Así, la Ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes, la eutanasia activa y aquella en la que es el propio paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción o, incluso, su suministro con el fin de que el paciente se lo administre. Por su parte, eutanasia activa es la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un paciente de manera deliberada y a petición de este, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico

por causa de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable.

El contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas. Este contexto eutanásico, así delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico. 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, entendiendo el término médica implícito en la Ley cuando se habla de ayuda para morir, y entendido en un sentido genérico que comprende el conjunto de prestaciones y auxilios asistenciales que el personal sanitario debe prestar, en el ámbito de su competencia, a los pacientes que soliciten la ayuda necesaria para morir.

En definitiva, esta Ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Se entiende por esta la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. Así definida, la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonstar también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE). Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.

## II

La presente Ley consta de cinco capítulos, siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El capítulo I está destinado a delimitar su objeto y ámbito de aplicación, así como a establecer las necesarias definiciones fundamentales del texto normativo.

El capítulo II establece los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio. Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de padecimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Se articula también la posibilidad de solicitar esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente, legalmente reconocido, que existe ya en nuestro ordenamiento jurídico.

El capítulo III va dirigido a regular el procedimiento que se debe seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación. En este ámbito cabe destacar la creación de Comisiones de Garantía y Evaluación que han de verificar de forma previa y controlar a posteriori el respeto a la Ley y los procedimientos que establece.

El capítulo IV establece los elementos que permiten garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y garantizando así su financiación pública, pero garantizando también su prestación en centros privados o, incluso, en el domicilio. Hay que destacar que se garantiza dicha prestación sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario.

Finalmente, el capítulo V regula las Comisiones de Garantía y Evaluación que deberán crearse en todas las Comunidades Autónomas y en las Ciudades de Ceuta y Melilla a los fines de esta Ley.

Las disposiciones adicionales, por su parte, se dirigen a garantizar que quienes solicitan ayuda para morir al amparo de esta Ley, se considerará que fallecen por muerte natural, a asegurar recursos y medios de apoyo destinados a las personas con discapacidad, a establecer mecanismos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía y oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, así como un régimen sancionador. En sus disposiciones finales, se procede, en consecuencia con el nuevo ordenamiento legal introducido por la presente Ley, a la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos y condiciones establecidos por la presente Ley.

## CAPÍTULO I

### Disposiciones generales

#### Artículo 1. Objeto.

El objeto de esta Ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.

Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atienda a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley.

## **Artículo 2. Ámbito de aplicación.**

Esta Ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tenga domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.

## **Artículo 3. Definiciones.**

A los efectos de lo previsto en esta Ley, se entiende por:

a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g).

b) «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

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

e) «Médico consultor»: facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.

f) «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

1.<sup>a</sup>) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

2.<sup>a</sup>) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

h) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

## CAPÍTULO II

### **Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio**

#### **Artículo 4. Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.**

1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.

3. En los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.

#### **Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.**

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

a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados

paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

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

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

## **Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.**

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita.

En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.

3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia. En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

### **Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.**

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico responsable.

2. Contra dicha denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, la persona que hubiera presentado la misma podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarle de esta posibilidad.

3. El médico responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente, deberá remitir, en el plazo de cinco días contados a partir de que se le haya notificado la denegación al paciente, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y por escrito el motivo de la denegación.

## CAPÍTULO III

### **Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir**

#### **Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.**

1. Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, una vez verificado que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1.a), c) y d), realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito, en el plazo máximo de cinco días naturales.

Transcurrido el plazo previsto en el artículo 5.1.c), y una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud, conforme al párrafo anterior.

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.

En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial.

3. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.

4. En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones del artículo 5.1, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación en los términos previstos en el artículo 7.2.

5. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

### **Artículo 9. Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una situación de incapacidad de hecho.**

En los casos previstos en el artículo 5.2 el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.

### **Artículo 10. Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.**

1. Una vez recibida la comunicación médica a que se refiere el artículo 8.5, el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros citados en el apartado anterior tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo, así como con la persona solicitante.

3. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.

4. La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir; todo ello deberá hacerse en el plazo máximo de dos días naturales.

5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

### **Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda para morir.**

1. Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación.

En el caso de que el paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.1.<sup>ª</sup>) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.

3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.2.<sup>ª</sup>) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.

### **Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.**

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

a) El primer documento, sellado por el médico responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:

1.º) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.

2.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.

3.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.

4.º) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.

b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:

1.º) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.

2.º) Fecha y lugar de la muerte.

3.º) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.

4.º) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).

5.º) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.

6.º) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.

7.º) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.

8.º) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.

9.º) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.

## CAPÍTULO IV

### **Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir**

#### **Artículo 13. Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir.**

1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.

2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley.

#### **Artículo 14. Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud.**

La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la

prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

### **Artículo 15. Protección de la intimidad y confidencialidad.**

1. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Asimismo, los citados centros deberán contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, teniendo en cuenta que los tratamientos afectan a categorías especiales de datos previstas en el artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

### **Artículo 16. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.**

1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

## **CAPÍTULO V**

### **Comisiones de Garantía y Evaluación**

#### **Artículo 17. Creación y composición.**

1. Existirá una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las Comunidades Autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla. La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas.

2. En el caso de las Comunidades Autónomas, dichas comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por los respectivos gobiernos autonómicos, quienes determinarán su régimen jurídico. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, será el Ministerio de Sanidad quien cree las comisiones para cada una de las ciudades y determine sus regímenes jurídicos.

3. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá crearse y constituirse en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de este artículo.

4. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, la citada autorización corresponderá al Ministerio de Sanidad.

5. El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las Comunidades Autónomas se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio, para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud.

### **Artículo 18. Funciones.**

Son funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación las siguientes:

a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir, así como dirimir los conflictos de intereses que puedan suscitarse según lo previsto en el artículo 14.

También resolverá en el plazo de veinte días naturales las reclamaciones a las que se refiere el apartado 3 del artículo 10, sin que puedan participar en la resolución de las mismas los dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud.

Asimismo resolverá en igual plazo sobre las solicitudes pendientes de verificación y elevadas al pleno por existir disparidad de criterios entre los miembros designados que impida la formulación de un informe favorable o desfavorable.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Garantía y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

b) Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley.

Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero. Si, tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación se considerara afectada, este podrá retirarse voluntariamente o ser recusado.

Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico responsable la información recogida en la historia clínica del paciente que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda para morir.

c) Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos.

d) Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto.

e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley en su ámbito territorial concreto. Dicho informe deberá remitirse al órgano competente en materia de salud.

f) Aquellas otras que puedan atribuirles los gobiernos autonómicos, así como, en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.

### **Artículo 19. Deber de secreto.**

Los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión.

### **Disposición adicional primera. Sobre la consideración legal de la muerte.**

La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.

### **Disposición adicional segunda. Régimen sancionador.**

Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de las posibles responsabilidades civil, penal y profesional o estatutaria que puedan corresponder.

### **Disposición adicional tercera. Informe anual.**

Las Comunidades Autónomas remitirán al Ministerio de Sanidad el informe a que se refiere la letra e) del artículo 18. Para las Ciudades de Ceuta y Melilla el Ministerio de Sanidad recabará dicho informe a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Los datos conjuntos de Comunidades y Ciudades Autónomas serán hechos públicos y presentados por el Ministerio de Sanidad.

### **Disposición adicional cuarta. Personas con discapacidad.**

Las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas tendrán garantizados los derechos, recursos y medios de apoyo establecidos en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.

### **Disposición adicional quinta. Recurso jurisdiccional.**

Los recursos a los que se refieren los artículos 10.5 y 18.a) se tramitarán por el procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales de la persona en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

### **Disposición adicional sexta. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.**

Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la Ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley.

Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2.

### **Disposición adicional séptima. Formación.**

Las administraciones sanitarias competentes habilitarán los mecanismos oportunos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general, así como para promover entre la misma la realización del documento de instrucciones previas.

Asimismo, difundirán entre el personal sanitario los supuestos contemplados en la misma a los efectos de su correcto y general conocimiento y de facilitar en su caso el ejercicio por los profesionales del derecho a la objeción de conciencia.

La Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias, adscrita a la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, abordará, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta Ley, la coordinación de la oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, que deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional.

### **Disposición transitoria única. Régimen jurídico de las Comisiones de Garantía y Evaluación.**

En tanto no dispongan de su propio reglamento de orden interno, el funcionamiento de las Comisiones de Garantía y Evaluación se ajustará a las reglas establecidas en la sección 3.ª del capítulo II del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

### **Disposición derogatoria única. Derogación normativa.**

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan o se opongan a lo establecido en esta Ley.

**Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.**

Se modifica el apartado 4 y se añade un apartado 5 al artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en los términos siguientes:

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

5. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia.»

**Disposición final segunda. Título competencial.**

Esta Ley se dicta al amparo del artículo 149.1.1.ª y 16.ª de la Constitución Española, que atribuyen al Estado la competencia para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, y sobre las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente, salvo la disposición final primera que se ampara en la competencia que el artículo 149.1.6.ª atribuye al Estado sobre legislación penal.

**Disposición final tercera. Carácter ordinario de determinadas disposiciones.**

La presente Ley tiene carácter de ley orgánica a excepción de los artículos 12, 16.1, 17 y 18, de las disposiciones adicionales primera, segunda, tercera, cuarta, quinta, sexta y séptima, y de la disposición transitoria única, que revisten el carácter de ley ordinaria.

**Disposición final cuarta. Entrada en vigor.**

La presente Ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», salvo el artículo 17, que entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta ley orgánica.

Madrid, 24 de marzo de 2021.

FELIPE R.

El Presidente del Gobierno,  
PEDRO SÁNCHEZ PÉREZ-CASTEJÓN

## Bibliografía y otros recursos

---

- Real Decreto-ley 131/2022, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se crean y regulan la Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón del derecho a la prestación de ayuda para morir y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir. (Boletín Oficial de Aragón, número 179, de 5 de septiembre de 2022).
- Ministerio de Sanidad. Información para la ciudadanía y de los profesionales. [Internet]. Madrid. [citado 5 jun 2023]. Eutanasia. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/>
- Azcárraga PA, Peláez S, María M, Labrador V, Francisco C, Rubio J, et al. Manual de buenas prácticas en eutanasia [Internet]. Gob.es. [citado el 5 de junio de 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)
- Intranet Servicio Aragonés de Salud. Eutanasia. [Internet]. Aragón: Servicio Aragonés de Salud; 2023 [citado 5 jun 2023]. Eutanasia. Disponible en: <https://intranet.salud.aragon.es/eutanasia.html>
- Jornada “El derecho a la eutanasia un año después” [video en internet]. Youtube. 24 de marzo de 2022. [citado 5 de junio de 2023]. Recuperado a partir de: [https://www.youtube.com/watch?v=vKVvhFOw\\_8A](https://www.youtube.com/watch?v=vKVvhFOw_8A)
- Monográfico de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria sobre la eutanasia
- Comisión Deontológica. Ley orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia: propuesta aplicación Comunidad de Madrid. Colegio Oficial De Enfermería de Madrid. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/1eaf185c-c3b7-467d-9a19-d99d421ce778/FD7F13C8-190F-49ED-8169-B4A784C40B9C/26b26e41-62c7-4c6d-930f-4d40a0678cd3/26b26e41-62c7-4c6d-930f-4d40a0678cd3.pdf>
- Ministerio de Sanidad. Protocolo nacional de donación de órganos tras la aplicación de la prestación de ayuda para morir. Organización Nacional de Trasplantes. Junio 2022. [citado 5 jun 2023]. Eutanasia. Disponible en: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/PROTOC3.pdf>
- Eutanasia. Recopilación de artículos publicados en AMF (2015-2022). AMF Actualización en Medicina de Familia. [www.AMF-semfyc.com](http://www.AMF-semfyc.com).



# Índice de preguntas

---

## 1. DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EL FINAL DE LA VIDA

1. ¿Qué regula la ley de la eutanasia? .....	11
2. ¿Qué importancia tiene el principio de autonomía del paciente? .....	13
3. ¿Qué prevé la ley para asegurar que la decisión del paciente se adopta con las debidas garantías?.....	13
4. ¿De qué se debe informar al paciente?.....	15
5. ¿Qué es la objeción de conciencia?.....	16

## 2. ATENCIÓN A LAS PERSONAS SOLICITANTES DE EUTANASIA: UN TRABAJO EN EQUIPO

1. ¿Qué información proporcionar al paciente antes de presentar una solicitud?.....	20
2. ¿Cómo afrontar una solicitud de prestación de ayuda para morir?.....	20
3. ¿Qué hago si soy médico objetor?.....	21
4. ¿Qué hacer con una primera solicitud?.....	21
5. ¿Cómo participa el equipo asistencial en el proceso?.....	21
6. ¿Qué ocurre si el paciente no cumple los requisitos o no es capaz?.....	21
7. Verificados los requisitos y comprobada la capacidad o incapacidad, ¿cómo continúa?.....	22
8. ¿Cuándo presenta el paciente la segunda solicitud?.....	22
9. ¿Cuándo y cómo pedir el informe del médico consultor?.....	22
10. ¿Qué consecuencias tiene el informe del médico consultor?.....	22
11. ¿Cómo realiza la verificación previa la comisión de garantía y evaluación? .....	22
12. ¿Cómo se lleva a cabo la prestación?.....	23

13. ¿Puede el paciente solicitante de la prestación de ayuda para morir (PAM) revocar sus decisiones?.....	23
14. ¿Qué se hace después de la prestación?.....	23
<b>3. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS CLÍNICOS</b>	
1. ¿Qué es el contexto eutanásico?.....	28
2. ¿Cuáles son los requisitos del solicitante para recibir la PAM?.....	28
3. ¿Cuáles son las condiciones clínicas que recoge la LORE a los que se puede acoger el solicitante de la PAM?.....	29
4. ¿Son atribuibles las diversas situaciones que lleguen a consulta a sólo una de las condiciones?.....	30
5. ¿Qué otros aspectos pueden abordarse inicialmente?.....	31
6. ¿Cómo gestionar la PAM a través de un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)?.....	32
<b>4. VALORACIÓN DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS, PSICOSOCIALES Y DE LA CAPACIDAD PSÍQUICA PARA LA TOMA DE DECISIONES</b>	
1. ¿Qué debemos tener en cuenta antes de iniciar el proceso?.....	36
2. ¿Qué es la capacidad para decidir?.....	36
3. ¿Qué factores pueden alterar la capacidad para tomar decisiones?.....	39
4. ¿Tienen derecho las personas con discapacidad psíquica a solicitar la PAM?.....	41
<b>5. PROCESO DELIBERATIVO</b>	
1. ¿Cuál es el papel del equipo asistencial en el proceso deliberativo?.....	47
2. ¿Por qué es importante seguir un método estructurado para el proceso deliberativo?.....	48
<b>6. ATENCIÓN PALIATIVA EN EL CONTEXTO EUTANÁSICO</b>	
1. ¿Son excluyentes los cuidados paliativos y la prestación de ayuda para morir?.....	55
2. ¿Qué garantizamos con la identificación precoz de las personas en situación de enfermedad avanzada y sus familias?.....	56
3. ¿Qué tipo de cuidados de atención paliativa se pueden ofrecer a los pacientes que solicitan la eutanasia?.....	56

4. ¿Qué debe saber el paciente para comprender las diferencias entre la atención paliativa y la eutanasia?.....	56
5. ¿Cómo se puede simultanear la atención paliativa con el procedimiento de prestación de ayuda para morir?.....	57
7. PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: ADECUACIÓN DEL ENTORNO Y APLICACIÓN	
1. ¿Qué implica la prestación de ayuda para morir en la atención al final de la vida?.....	64
2. ¿Cómo se empieza? .....	64
3. ¿Dónde se realizará la prestación de ayuda para morir?.....	65
4. ¿Varía el médico responsable y equipo asistencial si la PAM se realiza en el hospital o en el domicilio? .....	65
5. ¿Cuándo puede realizarse la PAM? .....	65
6. ¿Qué aspectos se deben tener en cuenta en la prestación en la PAM? ..	65
7. ¿Cómo se realiza la prestación? .....	66
8. Y aun estando dispuesto a la PAM, me siento inseguro, ¿A quién podría pedir ayuda? .....	66
9. ¿Se debe plantear la posibilidad de donación de órganos? .....	66















