

EUTANASIA

UN DERECHO DEL SIGLO XXI



Derecho a Morir Dignamente - DMD

Nº 339



Los textos e imágenes para esta edición han sido cedidos por:

Asociación Derecho a Morir Dignamente – DMD MADRID

Puerta del Sol, 6-3º izq. 28013 Madrid · Tel. 913 691 746

1ª edición: Septiembre 2021

2ª edición: Mayo 2023

Imprime y edita:

Club de Amigos de la Unesco (CAUM)

San Bernardo, 20-2-5

28015 Madrid

Tel: 913 691 652

caum.es · caummadrid@gmail.com

Facebook: ClubAmigosUnesco

Twitter: @comparteCAUM



DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
#libreshastaelfinal

PRESENTACIÓN

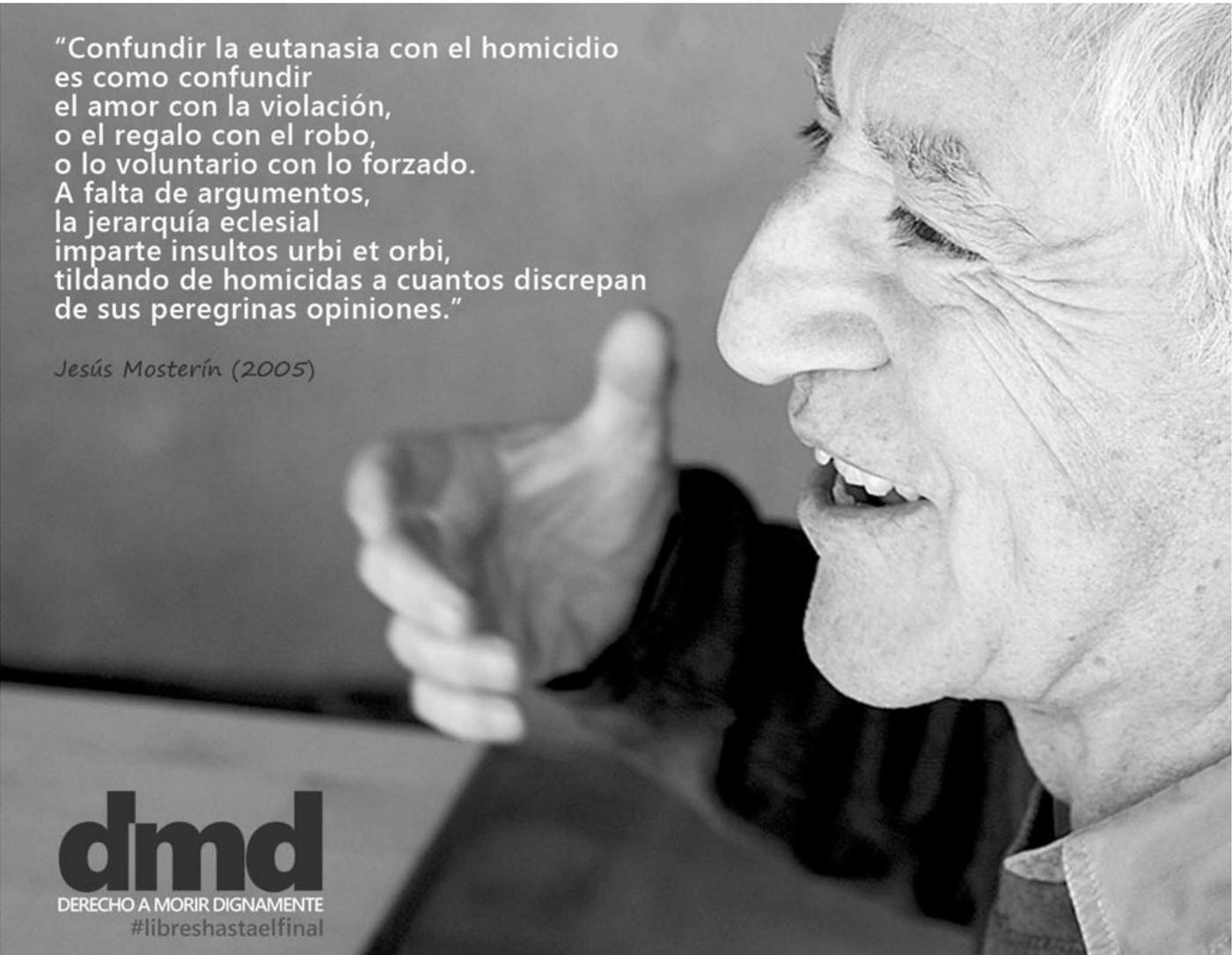
El 25 de junio 2021 la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) entró en vigor en España, que se convierte así en el cuarto país europeo, después de Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo en regular la ayuda médica para morir. La ley se aprobó el 18 de marzo en el Parlamento por una amplísima mayoría, respondiendo a la voluntad, desde hace tiempo mayoritaria, de la ciudadanía.

Las Comunidades Autónomas tuvieron tres meses para desarrollar la ley y los mecanismos para asegurar la prestación efectiva de la ayuda a morir. Sin embargo, según las informaciones que tenemos, la situación es muy desigual según los territorios. A finales de agosto por ejemplo la Comunidad de Madrid no tenía ni nombrada la Comisión de Garantía y Evaluación sin el visto bueno de la cual no se puede realizar ninguna eutanasia. Nos están llegando de varios puntos del territorio nacional numerosas quejas sobre las dificultades encontradas por pacientes deseosos de recurrir a la eutanasia para que su solicitud sea tomada en consideración. Pero al mismo tiempo, la prensa se hizo eco de la realización de tres eutanasias en el sistema nacional de salud, en Euskadi y en Alicante, y del agradecimiento de las familias por el final de vida apacible brindado a sus seres queridos.

La LORE, una ley que amplía derechos, reconoce cierta autonomía a la persona dando opción -limitada y condicionada- a elegir cuándo, cómo y dónde morir, contribuye a resquebrajar el antiguo paradigma religioso de la indisponibilidad de la vida, y sustituirlo por un paradigma científico y laico que rechaza la tutela religiosa. Aunque muy garantista, tiene numerosos enemigos. Una reciente sentencia del Tribunal Constitucional (marzo 2023) ha desechado el recurso presentado por VOX contra la totalidad de la ley y ha confirmado que se ajusta a la Constitución. Pero ahora, dos años después de su aprobación, tenemos que seguir luchando por su plena aplicación.

En esta perspectiva, sabemos que un derecho que no se conoce no se ejerce. Dentro de la colaboración iniciada años atrás entre el CAUM y DMD, surge ahora la iniciativa de este cuaderno, contribuyendo así a la necesaria tarea de información que va a ser crucial para que la ciudadanía se apropie de este nuevo derecho, se movilice para su aplicación y pueda ejercerlo. *“En este país se muere muy mal, nos tenemos que morir mejor”*, decía Luis Montes. Seguiremos luchando juntos para que así sea.

Loren Arseguet - *Secretaria de la asociación Derecho a Morir Dignamente. Responsable Grupo Internacional - Socia del CAUM.*



"Confundir la eutanasia con el homicidio es como confundir el amor con la violación, o el regalo con el robo, o lo voluntario con lo forzado. A falta de argumentos, la jerarquía eclesial imparte insultos urbi et orbi, tildando de homicidas a cuantos discrepan de sus peregrinas opiniones."

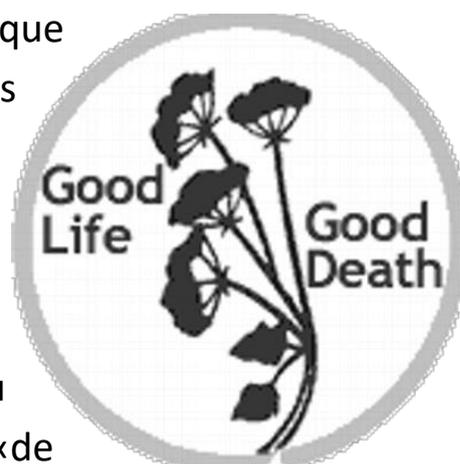
Jesús Mosterín (2005)

dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
#libreshastaelfinal

La eutanasia: un derecho del siglo XXI

«*Eutanasia*» es una bella palabra, con un origen etimológico rotundo: buena muerte; esto significa dar la muerte a una persona que libremente la solicita para liberarse de un sufrimiento que es irreversible y que ella considera intolerable. Sin embargo, por culpa de los nazis, «eutanasia» es para algunas personas una palabra maldita, que nombra el asesinato de miles de seres humanos discapacitados o con trastornos mentales, paralelo al genocidio judío. Eutanasia y homicidio (o asesinato, si es con alevosía, ensañamiento o por una recompensa) son conceptos incompatibles, porque es imposible que una muerte sea, a la vez, voluntaria y contra la voluntad de una persona. Por esta razón, el concepto de eutanasia involuntaria es un oxímoron; si no es voluntaria, quizá sea un homicidio compasivo, pero no una eutanasia.

Al acercarse al tema de la eutanasia, algo que llama la atención es la variabilidad de términos que se utilizan. En Bélgica se llama «ley de eutanasia» (2002), como en España, donde la ley recientemente aprobada se llama Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE). Sin embargo en los Países Bajos, país pionero en su regulación, la ley de eutanasia (2002) se llama «de terminación de la vida a petición propia». En Oregón, el suicidio asistido se regula en la «ley de muerte con dignidad» (Death with Dignity Act, 1998), y en California, en la «ley de opción al final de la vida» (End of Life Option Act, 2015). En Canadá, es la «ley de ayuda médica para morir» (Medical Assistance in Dying, 2016), y en Victoria (Australia) es la «ley de muerte voluntaria asistida» (Voluntary Assisted Dying Bill, 2017).



¿Por qué se utilizan tan a menudo eufemismos para evitar nombrar la eutanasia y el suicidio asistido? Por el tabú. A lo largo de la historia, el suicida primero fue un delincuente, luego un pecador y ahora un loco. Según el Instituto Nacional de Estadística, cada día hay diez suicidios en España: la mitad se ahorcan, tres se lanzan al vacío, uno se pega un tiro y otro se envenena. La muerte voluntaria es algo cotidiano, una conducta compleja que la sociedad ha medicalizado para simplificarla, con el estigma de que el 90% de los suicidas padecen un trastorno mental (poniendo en duda, sin mucho rigor, la lucidez de estas personas para disponer de su vida).

La muerte voluntaria ha existido desde siempre, pero algo ha cambiado en los últimos 50 años para que la eutanasia sea hoy una demanda social muy mayoritaria. Por un lado, el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas asociadas al envejecimiento (la mitad de los mayores de 85 años padecen Alzheimer) y de nuestra capacidad para mantener con vida a personas dependientes en situaciones críticas, y por otro, la emergencia de la autonomía como un derecho fundamental en una sociedad democrática.

El derecho a negarse a un tratamiento (incluyendo medidas de soporte vital), en el momento presente o de forma anticipada en un testamento vital, regulado en la Ley de autonomía del paciente de 2002, significó en su momento que la vida ya no era el bien superior. En 2007, Inmaculada Echevarría, una mujer de 51 años con una distrofia muscular, murió voluntariamente tras rechazar la ventilación mecánica que le permitió respirar durante los últimos 9 años de su vida. Cinco meses antes había solicitado públicamente «una inyección que me pare el corazón», una petición de eutanasia que reformuló como el rechazo (o la denegación del



consentimiento anterior) de la máquina que la mantenía con vida. Para cerciorarse, la Junta de Andalucía solicitó un informe bioético y otro jurídico que confirmaron que Inmaculada estaba en su derecho de rechazar el respirador y, por tanto, de morir.

Diez autonomías aprobaron leyes de muerte digna en los años siguientes, materializando que la vida ya no era sagrada (*solo Dios la da y la quita*), pero únicamente en caso de depender de una medida de soporte vital, ya sea un respirador o un suero para hidratarse, que pudiera ser rechazada. Más de veinte años antes, en 1998, Ramón Sampederro no pudo morir asistido por su médico porque no tenía la «suerte» de estar enchufado a un aparato. Esta es la paradoja de la máquina, una situación absurda e injustificable desde el sentido común.

Confundir la eutanasia con el homicidio es como confundir el amor con la violación, o el regalo con el robo, o lo voluntario con lo forzado. Aun así, divagando sobre los supuestos peligros de una ley de eutanasia, algunas personas se preguntan: ¿podrían existir formas de coacción más sutiles, por parte de la familia o de cualquier otro, que obligaran a los ancianos y a las personas más vulnerables a solicitar una muerte que no desean? ¿Regular la eutanasia nos podría situar en una pendiente resbaladiza que nos conduciría de forma inevitable al homicidio de personas contra su



voluntad? Ambas preguntas son un tanto enrevesadas, porque sospechan que el médico sea cómplice de homicidio, algo que no encaja en una relación médico-paciente de confianza. ¿De qué forma una ley de eutanasia puede convertir a un médico, al que la sociedad confía el cuidado de las personas, en un ser

irresponsable o un verdugo? De ninguna, y por tres razones: la propia naturaleza de la relación médica, los mecanismos de control de la ley y la experiencia de los países que han regulado la eutanasia (especialmente Bélgica y los Países Bajos).

Decenas de miles de personas han muerto voluntariamente con una eutanasia en Bélgica, los Países Bajos y Canadá, o con un suicidio asistido en Suiza o en diez estados de los Estados Unidos, sin que haya existido un solo caso de homicidio. En algunos estudios se ha utilizado el concepto de «terminación de la vida sin petición expresa», que comprende la retirada de medidas de soporte vital (limitación del esfuerzo terapéutico) y sedaciones paliativas, en las que a juicio del médico existió un adelantamiento de la muerte. Es un error considerar que estas prácticas, cotidianas en todos los países del mundo, son eutanasias.

Morir es una decisión personalísima. Ninguna persona solicita a su médico una eutanasia sin estar convencida de que su sufrimiento es irremediable. Además del sentido común, todas las leyes aprobadas exigen que se consideren todos los recursos disponibles, como los cuidados paliativos. En Oregón, donde desde 1998 tienen sistematizada la recogida de estos datos, las tres razones para morir más frecuentes son: el sufrimiento existencial, la incapacidad para disfrutar de la vida y la pérdida de autonomía. Las personas no deciden morir por miedo al dolor, a síntomas de la agonía o a cualquier otro que se pueda tratar con paliativos, sino porque consideran que «vivir así» ya no tiene sentido. Por ello, afirmar que los paliativos son el antídoto de la eutanasia es un acto de fe que, como tal, no se basa en la realidad (el deseo de morir), sino en las creencias personales (la muerte voluntaria es inaceptable). En Bélgica, en seis de cada diez eutanasias intervienen los paliativos; no existe competencia, sino complementariedad.

Finalmente el 18 de marzo de 2021 el Congreso de los Diputados ha aprobado por mayoría absoluta la LORE. La despenalización y regulación de la muerte asistida resuelve una anomalía democrática que España ha arrastrado durante décadas, porque en ninguna otra cuestión había tanta diferencia entre la opinión de la ciudadanía, mayoritariamente a favor de despenalizarla, y la legislación, que la consideraba un delito penal. Las encuestas no dejan lugar a dudas. Más del 70% según una consulta reciente del CIS (y hasta el 87% según Metroscopia en 2019) apoyan la eutanasia.

Los profesionales de la medicina y la enfermería respaldan esta práctica en porcentajes similares al de la población general.

Esta nueva ley ahorrará mucho sufrimiento a muchas personas y aunque proporcionalmente se pidan relativamente pocas eutanasias, beneficiará a toda la sociedad. En los países donde la eutanasia es legal, su práctica supone entre el 1% y el 4% del total de fallecimientos anuales. En un año normal (sin pandemia) en España fallecen algo más de 420.000 personas, por lo que es razonable estimar que entre 4.000 y 17.000 personas decidan adelantar su muerte cada año una vez la ley esté asentada. La experiencia internacional sugiere que las cifras serán más reducidas al principio e irán en aumento según crezca el conocimiento sobre la ley entre la ciudadanía, los profesionales sanitarios y las propias administraciones.

La LORE nos acerca a los países más avanzados en derechos y libertades, a pesar de ser una ley excesivamente garantista que excluye tanto a los menores de edad como a los enfermos con trastorno psiquiátrico. Además, al crear una tutela administrativa mediante un control previo efectuado por las Comisiones de Garantía y Evaluación autonómicas previamente a la realización de la ayuda a morir, introduce un alto grado de burocratización en el proceso, susceptible de dificultarlo y ralentizarlo más de lo necesario.

Es sin embargo un paso importante, y a partir del 25 de junio 2021, fecha de entrada en vigor de la ley, las personas aquejadas de una dolencia irreversible



que les provoca sufrimientos insoportables pueden solicitar ayuda médica para abandonar sin sufrimiento una vida que ya no desean. Todos y todas podemos afrontar el proceso de morir con más tranquilidad porque sabremos que, en adelante, no estaremos obligado/as a soportar situaciones que consideremos personalmente inaceptables.

Un paso hacia el “*bien morir*”: la Ley de Eutanasia

Desde el suicidio de Ramón Sampedro en 1998 después de que se le cerrase toda posibilidad legal de obtener la ayuda médica para morir que venía reclamando en los tribunales desde 1993, 15 proyectos de ley de eutanasia fueron presentados y rechazados por el parlamento español. Durante todos estos años, muchos pacientes luchando por el derecho a poder decidir cuándo y cómo morir llevaron su lucha a los medios de comunicación para impulsar el debate social y el apoyo ciudadano no ha cesado de crecer, alcanzando un 87% de opiniones favorables en el sondeo de Metroscopia en 2019. Así llegamos al 18 de marzo 2021, fecha en la cual el Parlamento aprobó la **LORE – Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia** con una amplia mayoría: 202 votos a favor, 141 en contra (PP y Vox) y dos abstenciones.

Anteriormente a esta fecha, la legislación española, a través de la **Ley General de Sanidad** de 1986 y de la **Ley de Autonomía del paciente** de 2002, completadas posteriormente por las llamadas **Leyes de Muerte Digna** aprobadas en diez Comunidades Autónomas, fue incorporando una serie de derechos en el ámbito sanitario, aplicables al final de la vida:

- el derecho de **autonomía**, que reconoce la capacidad a tomar decisiones libres sobre los aspectos relacionados con la propia salud.
- el derecho a recibir una **información** veraz -indispensable para tomar cualquier decisión- sobre diagnóstico, pronóstico probable y opciones terapéuticas disponibles.

- el derecho a **aceptar o rechazar cualquier tratamiento**, en cualquier momento, aunque esto suponga adelantar la muerte. En consecuencia la ley permite rechazar los tratamientos destinados a mantener la vida: respiración mecánica, alimentación artificial, antibióticos o cualquier medida de soporte vital como la hidratación con suero fisiológico.

Este derecho se mantiene incluso en caso de pérdida de lucidez o de conciencia gracias al **testamento vital**, documento de obligado cumplimiento.

- el derecho al **alivio del sufrimiento y a cuidados paliativos** especialmente cuando el paciente se encuentra en una situación de enfermedad irreversible. Incluso en los casos en los que se haya rechazado un tratamiento del que dependa la vida, se tiene derecho a que se trate el dolor, la angustia o la agitación.

Las Leyes de Muerte Digna autonómicas establecen el derecho a la **sedación paliativa** en caso de sufrimiento imposible de aliviar, pero siempre supeditado a la indicación médica.

- el derecho a la **intimidad, la privacidad y la confidencialidad**.



Estos derechos se completan ahora con la aprobación de la **Ley Orgánica de regulación de la Eutanasia** por el Parlamento el 18 de marzo de 2021 que define los requisitos para que un paciente pueda acceder a la “prestación de ayuda

para morir”, el proceso a seguir, los procedimientos a aplicar, y finalmente los métodos de control y de evaluación de la práctica.

Cada comunidad autónoma es responsable del desarrollo de la ley y de asegurar la prestación de la ayuda para morir a partir del 25 de junio de 2021, fecha de entrada en vigor de la LORE, en particular nombrando a los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación y creando un registro de objetores.

PP y Vox, que votaron en contra de la LORE, se comprometieron a recurrirla en el Tribunal Constitucional como contraria al derecho a la vida, valor constitucional fundamental. Vox pasó al acto a mediados de junio. Sin embargo la interpretación más extendida entre juristas es que nuestra norma fundamental defiende y garantiza no cualquier clase de vida sino una vida digna que, por supuesto, respete el libre desarrollo de la personalidad. En este sentido, la LORE se fundamenta en los valores de libertad, dignidad, libre desarrollo de la personalidad y derecho a la integridad física y moral tipificados en los tres artículos siguientes de la Constitución española:

. Artículo 1: *“España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”.*

. Artículo 10: *“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”.*

. Artículo 15: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”.*

Con la aprobación de la LORE, la eutanasia y el suicidio asistido se vuelven legales en España en determinadas condiciones. La ley modifica el artículo 143 del código penal que trata de la inducción y la cooperación al suicidio. Queda a partir de ahora como sigue:

Artículo 143 del Código Penal (actualizado)

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
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 ésta, 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**.



“Prolongar el sufrimiento cuando no es el deseo y la voluntad personal es una forma de totalitarismo que te imponen los profesionales por un falso concepto de su ética particular.

Es la aberración de la medicina y la degeneración de la conciencia y del principio humano de sanación. El deber moral de un profesional de la medicina es el de prestar ayuda a quien se la pida, no es su cometido decirle y menos imponerle la forma de morir” .

Ramón Sampedro - “De la libertad”



1994 – Ramón Sampedro fue el primero en llevar la lucha por una muerte digna ante los tribunales.

¿QUIÉN PUEDE SOLICITAR UNA EUTANASIA?



Una persona para sí misma



Nadie más.
Sin excepciones

REQUISITOS:

Sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable por:



ENFERMEDAD TERMINAL
Enfermedad grave e incurable con fragilidad progresiva y pronóstico de vida limitado



PADECIMIENTO GRAVE CRÓNICO E IMPOSIBILITANTE:
Con limitaciones de las actividades de la vida diaria persistentes, sin posibilidad curación o mejoría apreciable

Preguntas y respuestas

sobre la eutanasia

→ ¿Cuáles son los requisitos para solicitar una eutanasia?

La LORE regula el derecho a acceder a la ayuda médica para morir con ciertos límites expresados en forma de requisitos para acceder a la prestación. Son los siguientes:

- 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.
- Ser mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir.
- La solicitud se debe formular de forma autónoma, consciente e informada.
- El solicitante debe encontrarse en los supuestos de padecimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables.

Por **enfermedad grave o incurable**, se entiende una enfermedad que 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.

Entrarían en esta categoría los tumores malignos diseminados y en fase avanzada, las enfermedades avanzadas crónicas por insuficiencia cardíaca, pulmonar, renal o hepática o las enfermedades que entrañen daño cerebral o de otro órgano severo e irreversible, y que conduzca en breve plazo a la muerte.

Por **padecimiento grave, crónico e imposibilitante** se entienden dolencias sin posibilidad de curación o de mejoría, con limitaciones que impiden valerse por uno mismo a nivel físico, que limitan la capacidad de expresión y de relación, y que a veces implican dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

Entrarían en esta categoría el estado vegetativo permanente, la tetraplejia, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso/muscular en fase avanzada con importante limitación de la movilidad tales como la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o el Parkinson.

Previsiblemente las personas con demencias irreversibles y avanzadas -Alzheimer u otras- sólo podrán recibir ayuda para morir si lo han solicitado previamente -es decir antes de perder la capacidad y competencia para tomar decisiones- mediante testamento vital.

→ ¿Qué situaciones excluye la LORE?

Quedan excluidos de las posibilidades de acceder a la prestación de ayuda para morir los menores de edad y quienes no desean seguir viviendo pero no cumplan con los requisitos anteriormente definidos.

Las solicitudes por un sufrimiento de origen psicológico, por un trastorno mental, probablemente sean rechazadas por no cumplir los requisitos fijados en la ley: pérdida de autonomía física, sin mejoría posible.



→ ¿Cómo solicitar la ayuda para morir?

Sólo puede pedir la eutanasia la persona que desea morir. Ni sus familiares ni su representante ni ninguna otra persona lo puede hacer en su nombre. Tiene que cumplir los requisitos anteriormente definidos y completar varios trámites. Antes de empezar el proceso de solicitud es importante cerciorarse de que el médico al que se va a pedir la eutanasia no es objetor de conciencia. Si lo fuera, es imprescindible solicitar un cambio a otro que no lo sea.

➤ **PASO 1.** El proceso empieza formalmente con una **petición de eutanasia, por escrito (con fecha y firma)**, al médico habitual de la persona que quiere adelantar su muerte. El médico debe firmar en la solicitud, incorporarla a la historia clínica y verificar que la petición cumple con los requisitos que marca la ley. Tras la primera petición se celebra un **proceso deliberativo**, de un máximo de 2 DÍAS, en el que médico y paciente deben discutir las alternativas terapéuticas disponibles, así como la posibilidad de acceder a cuidados paliativos. Antes de 5 DÍAS desde la petición debe remitir la información sobre sus alternativas, por escrito, a la persona que ha hecho la solicitud.

➤ **PASO 2.** La persona que pide la eutanasia debe **realizar una segunda solicitud a su médico, con al menos 15 DÍAS de diferencia con la primera**, para que el proceso pueda seguir su curso. Tras esta segunda petición se celebrará un segundo proceso de deliberación con los mismos plazos que el primero. **1 DÍA** después del segundo proceso deliberativo el médico debe preguntar a su paciente si desea seguir adelante con el proceso. En caso afirmativo, el médico debe informar al equipo asistencial y familiares (si así se acuerda), y su paciente debe **firmar un consentimiento informado**.

→ **¿Cuáles son las diferentes etapas del procedimiento después de la solicitud?**

- **PASO 3.** Tras la firma del consentimiento informado, **el médico principal (médico responsable) debe ponerse en contacto con un segundo médico** (médico consultor), sin relación con él ni con la persona solicitante, que debe evaluar si la petición cumple con los requisitos previstos por la ley.
- **PASO 4.** El **médico consultor se entrevista con la persona solicitante** y debe emitir un informe (favorable o desfavorable) en un máximo de **10 DÍAS**, que se incorporará a la historia clínica.
- **PASO 5.** Si ambos médicos coinciden en que la petición de eutanasia se ajusta a lo previsto por la ley, el médico responsable remite un informe con toda la información a la presidencia de la **Comisión de Garantías y Evaluación (CGE) autonómica**.
- **PASO 6.** La CGE debe **designar en 2 DÍAS un equipo** formado por un médico y un jurista para que evalúen el caso.
- **PASO 7.** El equipo de la CGE tiene **7 DÍAS para elaborar un informe**.
- **PASO 8.** Deben **notificar su resolución a la Presidencia** de la Comisión de Garantías y Evaluación.
- **PASO 9.** Si es favorable, deben notificárselo al médico responsable en **2 DÍAS**.
- **PASO 10.** A partir de este momento, **entre 30 y 40 días tras la petición original, ya se puede llevar a cabo la eutanasia** en el momento en el que decida la persona que la solicitó (no tiene por qué ser inmediatamente después de recibir la autorización). Cinco días después de la ayuda médica a morir, el médico debe remitir a la CGE un informe sobre todo el procedimiento.

PASOS PARA SOLICITAR UNA EUTANASIA

SEGÚN LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA (LORE) Aprobada el 18 de Marzo de 2021

REQUISITOS:

Sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable por:

- > **Enfermedad grave e incurable** (con fragilidad progresiva y pronóstico de vida limitado por proceso avanzado o terminal)
- > **Padecimiento grave crónico e imposibilitante** (con limitaciones de las actividades de la vida diaria persistentes, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable)



PASO 1

PRIMERA SOLICITUD A MÉDIC@ RESPONSABLE



PASO 2

SEGUNDA SOLICITUD A MÉDIC@ RESPONSABLE



PASO 3

MÉDIC@ RESPONSABLE CONFIRMA LA VOLUNTAD DE MORIR Y AVISA A MÉDIC@ CONSULTOR



PASO 4

ENTREVISTA CON MÉDIC@ CONSULTOR: INFORME

→ ¿Cuáles son las modalidades concretas de ayuda para morir?



Se suele emplear de manera genérica la palabra eutanasia en el sentido de muerte médicamente asistida. Cuando la ley habla de práctica concreta utiliza la expresión “*prestación de la ayuda para morir*”. Esta prestación tiene dos modalidades: eutanasia y suicidio asistido. En este sentido, eutanasia significa que es un profesional sanitario quien provoca la muerte de la persona que ha pedido ayuda para morir administrándole un producto letal mediante una inyección o una perfusión. En el suicidio asistido es la propia persona que desea morir la que pone fin a su vida, mediante la ingesta de un fármaco letal; en este caso, la tarea de sus médicos es dispensar el medicamento en cuestión o emitir una receta con la que conseguirlo.

→ **¿Cuáles son las funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación?**

La LORE encarga a la Comisión de Garantía y Evaluación (*en adelante CGE*) de ámbito autonómico una '**verificación previa**', que consiste en comprobar '*si concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir*'. Además, deben '*resolver las **reclamaciones** que formulen las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud, dirimir conflictos de intereses, detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley, resolver dudas, ser un **órgano consultivo**, realizar una **verificación posterior** y un informe anual*'.

Si comparamos la LORE con las leyes de eutanasia de Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo, vemos que allí las comisiones de garantía sólo ejercen su función de control *a posteriori*, dado que se considera seguridad suficiente el proceso deliberativo desarrollado con el médico responsable, reforzado con la consulta con un segundo médico independiente que corrobora que se cumplen los requisitos definidos por la ley, y si es necesario una consulta con un psiquiatra. Si este control previo instaurado por la legislación española puede ofrecer más seguridad al personal

sanitario, contribuye sin dudas también a ralentizar y burocratizar tal vez en exceso todo el proceso.

Las Comisiones de Garantía y Evaluación serán nombradas por los gobiernos autonómicos. Resulta evidente que el desarrollo de la Ley dependerá en gran medida del funcionamiento de la CGE en cada territorio.

→ **¿Dónde se realizará la eutanasia?**

La prestación de ayuda médica para morir está incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública. Se podrá realizar en centros sanitarios públicos, privados o concertados y en el domicilio del paciente si éste lo desea, garantizando en todos los casos la calidad asistencial. Los centros sanitarios que realicen la prestación adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad del paciente y la confidencialidad en el tratamiento de los datos.

→ **¿Cómo reclamar en caso de rechazo de la solicitud?**

La petición de eutanasia puede ser rechazada en casi cada paso del proceso. Según la norma, cada uno de estos rechazos está reglado, tiene unos plazos y puede ser recurrido:

- Si el **médico responsable rechaza la petición de eutanasia**, debe hacerlo en un máximo de **10 DÍAS** desde la primera solicitud, hacerlo por escrito y justificando sus motivos. Desde el momento de esta denegación el paciente cuenta con **15 DÍAS naturales para recurrir la decisión de su médico a la CGE**. Por su parte, el médico debe remitir un informe con sus motivos a la CGE, independientemente de si su paciente recurre o no la decisión.
- Si el **médico consultor rechazase la petición**, el paciente también puede recurrir a la CGE.
- Si el **equipo designado por la CGE denegase la eutanasia**, el paciente puede **recurrir a la propia CGE**, que formará un grupo

(sin el equipo original) para evaluar la petición. Cuenta con **20 DÍAS** para emitir un informe favorable o desfavorable y notificárselo al equipo asistencial y el paciente.

- Por último, ante un **rechazo en última instancia de la CGE**, el paciente puede recurrir ante un **juzgado de lo contencioso-administrativo**, que deberá dilucidar de forma definitiva sobre su petición. Este último proceso no tiene plazos.

→ ¿Pueden negarse los médicos a aplicar la eutanasia?

El artículo 16 de la ley indica que *'los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia'*. Precisa que se trata de *'una decisión individual'*. En consecuencia debería ser un derecho exclusivamente reconocido al médico responsable y resto de profesionales sanitarios (fundamentalmente enfermeras y quizá alguna auxiliar) que asistirán al paciente hasta su muerte.

Por otra parte, la ley exige que se manifieste esta objeción *'anticipadamente y por escrito'*, y precisa que las administraciones deberán crear *'un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia'*. Este registro, sometido al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal, es fundamentalmente una herramienta de gestión para garantizar la prestación. Debería también ser útil para evitar un uso ilegítimo de la objeción de conciencia.

MI VIDA ES MÍA

dmd
Derecho a Morir

#libreshastaelfinal
derechoamorrir.org

A modo de conclusión:

¿Qué perspectivas abre la legalización de la eutanasia?

Las experiencias de regulación de la eutanasia en otros países -en Europa, Países Bajos y Bélgica en 2002 y Luxemburgo en 2009; en América, Canadá en 2016- nos permiten conjeturar cual puede ser la incidencia de la prestación de la ayuda para morir en un futuro inmediato en España.

Actualmente, las eutanasias representan el 4% del total de fallecimientos en Países Bajos y el 2% en Bélgica, 19 años después de la aprobación de la ley, y un 2% en Canadá, 6 años después. Si cogemos los informes correspondientes a los años inmediatamente siguientes a la implementación de sus leyes, en Países Bajos las eutanasias representaron el 1% de los fallecimientos en el primer año, en Bélgica no pasaron del 0,5% del total en los nueve primeros años, y en Canadá representaron el 0,6% de los fallecimientos en los primeros seis meses.

Si extrapolamos estas cifras a España, el 1% de los fallecimientos representaría un poco más de 4.000 eutanasias al año. El número de solicitudes totales, que incluye las que se rechazan y las que no se completan porque la persona solicitante muere antes, pueden ser el doble o el triple.

Estas cifras demuestran que estamos lejos de los peligros que vaticinan los detractores de la eutanasia. No hay *pendiente resbaladiza*, y tampoco “cultura del descarte”. Los países que han regulado la eutanasia son países con un desarrollo muy notable de los cuidados paliativos: Países Bajos y Bélgica figuran en cabeza de los rankings mundiales en este ámbito y su financiación en Canadá se ha incrementado de forma importante desde la aprobación de la ley. En estos países, se observa fundamentalmente una mayor y mejor atención a la calidad del final de la vida que beneficia al conjunto de la ciudadanía.



Imagen: Madero Cubero / Cordopolis.es

EUTANASIA
ES UN ACTO DE
AMOR

LUIS MONTES

dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

El testamento vital

El testamento vital es el documento fundamental para asegurar el respeto de la voluntad de la persona en el ámbito sanitario una vez que ésta pierde la capacidad de expresarse, y cobra una importancia aún mayor con la aprobación de la LORE.

La *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, regula en su artículo 11 el documento de instrucciones previas, comúnmente llamado **testamento vital**:

“Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”. (Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente. Art 11).

Esta ley encarga a cada Comunidad autónoma el desarrollo del TV (modelos, formas de otorgamiento, registro, etc.). Por eso el mismo documento tiene hasta seis nombres distintos y 17 variaciones, según cada territorio:

- **Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)** en Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Catalunya, Euskadi, Galicia, Navarra y la C. Valenciana.
- **Documento de Instrucciones Previas (IIPP)** en Asturias, Castilla y León, La Rioja, Madrid y Murcia.
- **Voluntades Vitales Anticipadas** en Andalucía.
- **Manifestación Anticipada de Voluntades** en Canarias.
- **Voluntades Previas** en Cantabria.
- **Expresión Anticipada de Voluntades** en Extremadura.

Para ser efectivo, el testamento vital, independientemente del lugar en el que haya sido formalizado, debe poder ser conocido por los profesionales de la salud a los que, en su momento, corresponda la responsabilidad de la asistencia sanitaria. Por esta razón, el mencionado artículo 11 de la Ley, en su apartado 5, dispone que, para asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas comunidades autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el **Registro nacional de instrucciones previas**. El registro se reguló por decreto en 2007.

Cada tres meses, el Ministerio de Sanidad Pública estadísticas actualizadas sobre los testamentos vitales activos en España, desglosados por comunidad autónoma de residencia, edad y sexo del/de la otorgante. En enero 2021, había 336.329 testamentos vitales registrados, lo que significa que solo el 0,71% de la población aproximadamente había otorgado y registrado el documento. Como lo demuestra esta cifra, a pesar de ser la mejor herramienta disponible para abordar el afrontamiento de la muerte y tomar decisiones, lamentablemente **no ha existido voluntad política para ponerlo en valor**.



→ ¿De qué sirve el testamento vital?

El testamento vital es un documento en el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente y por escrito su voluntad sobre los cuidados y tratamientos de su salud que desea o rechaza que se le apliquen, con objeto de que ésta voluntad se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en las cuales haya perdido de forma irreversible la capacidad de decidir y expresar su voluntad. Con este documento puede

expresarse ahora, en función de sus valores, en qué momento desea que se le aplique la eutanasia.

→ ¿Qué validez tiene el testamento vital?

Lo dispuesto en el Testamento Vital es de obligado cumplimiento, salvo que sea contrario al ordenamiento jurídico o a la *Lex Artis*.

→ ¿Por qué redactar el testamento vital?

El testamento vital es sin ninguna duda la mejor herramienta disponible para abordar el afrontamiento de la muerte y tomar decisiones. Se hace para evitar que los médicos prolonguen la vida de una persona **que ha perdido la capacidad de expresarse**, cuando ya no tiene opciones realistas de mejorar. El objetivo es evitar el encarnizamiento terapéutico, lograr que se alivie el sufrimiento con todas las medidas disponibles (incluida la sedación paliativa), evitar prolongar el proceso de morir, y solicitar la eutanasia en caso de cumplir los requisitos definidos por la LORE.

El testamento vital es la **única forma que tiene una persona de garantizar el cumplimiento de su voluntad en caso de pérdida de la capacidad de expresarse**. En efecto, en 2015, el PP votó en solitario una reforma encubierta de la Ley de Autonomía, que restringe sustancialmente el derecho de representación. Cuando la persona ha perdido la capacidad

de expresarse, en ausencia de la prueba fehaciente que es el testamento vital, las únicas decisiones posibles para sus representantes (familiares, tutores...) son aquellas que, a criterio médico, se encaminen a mantener la vida y en caso de decisiones contrarias,



deberá comunicarse a la autoridad judicial y ponerse en marcha *“las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente”*.

→ **¿Qué poner en el testamento vital?**

El testamento vital debe contener, lo más clara y específicamente posible, las actuaciones y tratamientos que se desean y los que no se desean y en qué circunstancias aplicarlos, incluidas la alimentación e hidratación. En el caso de una situación no prevista en el documento, no sería de aplicación el testamento vital. Por ello es muy importante especificar la historia de valores de quien otorga, esto es las condiciones mínimas sin las cuales no considera su vida digna de mantenerse.

Se tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. También los destinados al mantenimiento de la vida como la respiración mecánica, la alimentación artificial, los antibióticos o cualquier medida de soporte vital como la hidratación con suero fisiológico.



Los únicos tratamientos que no pueden rechazarse son los que administran los equipos de emergencias o el personal de urgencias en una situación imprevista. Aunque se tenga testamento vital, el objetivo del personal sanitario en estos casos será de estabilizar el paciente, y solo cuando el pronóstico esté claro se podrá tomar en cuenta los deseos expresados en el testamento vital tales como el rechazo de tratamientos o la solicitud de eutanasia.

→ **¿Es posible solicitar la eutanasia mediante el testamento vital?**

El artículo 5.2 de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia indica que, *“en aquellos casos en los que el médico responsable certifica que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar*

su conformidad libre, voluntaria y consciente”, podrá acceder a la eutanasia si sufre “una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable” y ha redactado previamente un testamento vital en el cual solicita la eutanasia.

El punto 4 del artículo 6 precisa que *“la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola 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, el médico accederá al testamento vital a través del Registro Nacional de Instrucciones Previas.

→ ¿Cómo pedir la eutanasia en el testamento vital?

Hasta la aprobación de la LORE, sólo se podía indicar en el testamento vital el deseo de acceder a la eutanasia en forma condicional. DMD proponía la siguiente formulación: *“si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante la eutanasia, es mi voluntad morir de forma rápida e indolora, de conformidad con la regulación que se establezca al efecto”*. Los documentos otorgados hasta ahora que incluyen esta cláusula tienen plena validez una vez la LORE vigente.

Pero con la entrada en vigor de la ley el 25 de junio de 2021 y en caso de que la persona desee solicitar la eutanasia, la asociación recomienda dejar claro el deseo de adelantar la muerte: *“Si en el futuro mi salud se deteriora de forma irreversible, hasta el punto de perder el uso de mis facultades para solicitar la eutanasia y prestar mi conformidad sobre los cuidados y el tratamiento que deseo recibir, el mayor beneficio para mi es finalizar mi vida cuanto antes. Solicito que se ponga fin a mi vida mediante una eutanasia”*.

→ ¿Es posible solicitar la eutanasia en caso de demencia?

Las demencias (Alzheimer, vascular, mixta, etc...) responderían al requisito de *“enfermedad grave, crónica e incapacitante, con sufrimiento físico o síquico constante e intolerable”* previsto en la LORE, cuando alcancen un grado ya avanzado.

En el caso de las demencias, la incapacidad no aparece de un día para otro. Son procesos de deterioro progresivo, relativamente lento, de años de evolución. Y será la persona representante la que deba comunicar a la médica o enfermera responsable la voluntad anticipada que la paciente dejó por escrito en el TV.



Dada la complejidad de estos casos, DMD recomienda explicitar de la manera más clara y detallada posible en qué momento se desea la aplicación de la eutanasia y propone la redacción siguiente:

“Considero un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad personal, el que algunos padecimientos graves, crónicos e incapacitantes como las enfermedades neurodegenerativas (demencia tipo Alzhéimer o cualquier otra) provoquen tal deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad y mi esquema de valores. Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde o, a juicio de otras personas, no muestre signos externos de sufrimiento, en el momento en que no pueda valerme por mi misma o no reconozca a mis familiares o allegados, o me encuentre en una situación clínica equiparable a una demencia moderada (GDS-FAST5, según las escalas de Reisberg), deseo que se respete mi voluntad de finalizar mi vida cuanto antes mediante una eutanasia”.

→ ¿Cómo asegurar que se tiene en cuenta el testamento vital?



Para que los profesionales sanitarios conozcan la existencia del testamento vital es importante nombrar un **representante** o por lo menos tener prevenida alguna persona cercana para que informe al equipo médico de la existencia del testamento vital registrado o, en caso de no estarlo, dispongan de una copia con los requisitos legales para entregársela al médico o médica, que estarán obligados a su cumplimiento.

Nombrar a un representante -y si posible a un representante suplente que actuará en caso de renuncia o incapacidad del representante principal- no es obligatorio pero es muy recomendable. No es necesario que sea un familiar. Su papel será cerciorarse y exigir al personal sanitario que todas las actuaciones médicas respeten la voluntad que se ha expresado en el testamento vital. El representante tiene prioridad para decidir antes que cualquier otra persona incluso más allegada, ostentando la interlocución única con poder de decisión en todas aquellas circunstancias concretas no previstas en el testamento vital.

→ ¿Cómo realizar el testamento vital?

La forma de hacer el testamento vital varía según las comunidades autónomas. En la mayoría, se puede realizar ante notario (menos en Madrid), ante dos o tres testigos según los casos, o ante un funcionario público habilitado para tal cometido.

Una vez redactado, es recomendable registrar el testamento vital: el hecho de estar registrado asegura que se han cumplido los requisitos legales que garantizan la validez del documento. El procedimiento para el registro varía según las comunidades autónomas. Un testamento vital

registrado estará disponible para cualquier médico/a en cualquier centro sanitario del estado español ya que todos los documentos se vuelcan al Registro Nacional consultable desde cualquier punto de la geografía. El testamento vital es válido en todo el estado.

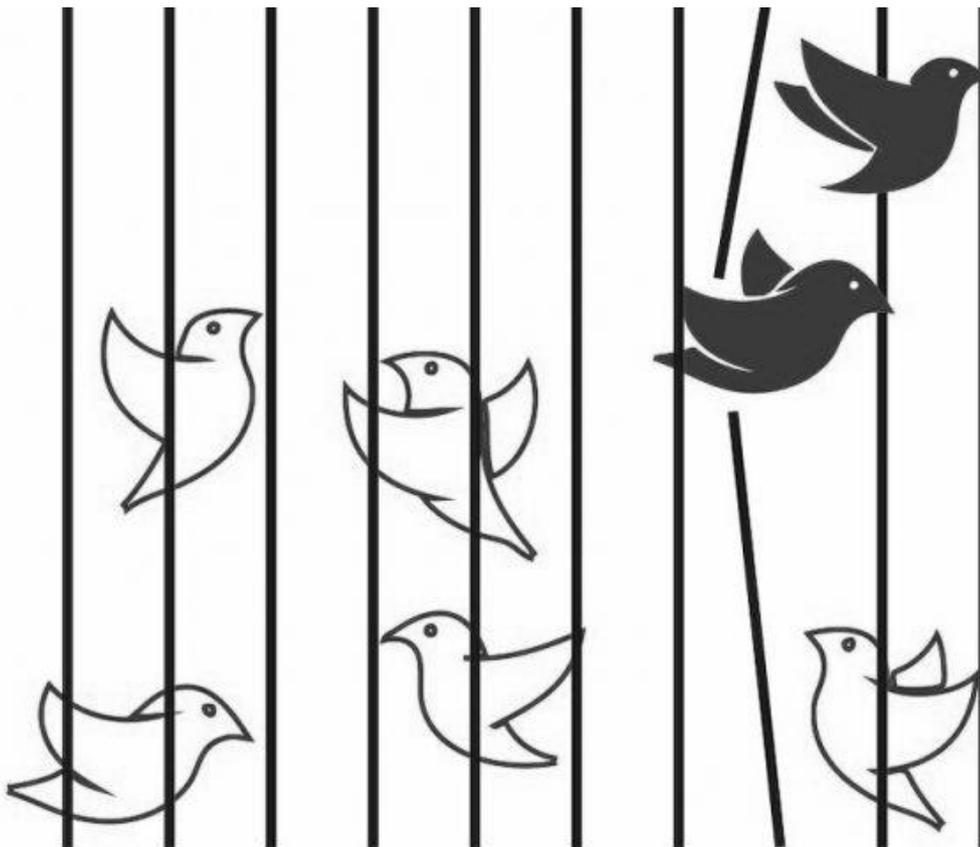


ÍNDICE

EUTANASIA

Un derecho del siglo XXI

Presentación ...	Pág. 3
La eutanasia un derecho del siglo XXI ...	Pág. 5
Un paso hacia el “bien morir”: la ley de eutanasia ...	Pág. 10
El testamento vital ...	Pág. 27



**#LIBRES
HASTA EL
FINAL**

+60 AÑOS DIFUNDIENDO
PENSAMIENTO CRÍTICO

Causam
Club de Amigos de la Unesco de Madrid