

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

**COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN
INFORME ANUAL**

AÑO 2021

Emitido al amparo de lo dispuesto en el artículo 18 e) de la Ley Orgánica de regulación
de la eutanasia

(30 de julio a 31 de diciembre de 2021)

Aprobado en la sesión de la Comisión de Garantía y Evaluación de 12 de mayo de 2022.

Acuerdo de remisión a la Consejería de Salud adoptado en la sesión de igual fecha.

INDICE/SUMARIO

I. MARCO NORMATIVO	5
Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.....	5
Recursos de inconstitucionalidad.....	5
DECRETO 42/2021, de 25 de junio, por el que se crean la Comisión de garantía y evaluación de La Rioja y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir.....	6
Protocolos.....	8
Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia (MBBPPCC).....	8
Protocolos de la CGE.....	9
II. COMPOSICIÓN DE LA CGE	11
Estructura.....	13
Composición actual.....	13
III. PROCESO DE PUESTA EN MARCHA DE LA CGE	14
Despliegue del proceso normativo e institucional.....	14
Elaboración de protocolos internos.....	15
Actividades de información.....	16
Relación con los medios de comunicación.....	16
Coordinación con los servicios de Rioja Salud.....	17
Implantación del proceso para el ejercicio del derecho a la objeción establecido en la LORE.....	18
IV. ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN	19
V. RECOMENDACIONES	22
VI. ESTADÍSTICAS DEL AÑO 2021	25
Procesos de Ayuda a Morir (PAM).....	26
Introducción.....	26
Estadísticas de procesos (Período de 30 de julio a 31 diciembre de 2021).....	27
SISTEMA DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	33
NORMATIVA VIGENTE DURANTE EL PERÍODO	35
LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.....	36
Decreto 42/2021, de 25 de junio, por el que se crean la Comisión de garantía y evaluación de La Rioja y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir.....	48
VIII. MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE REFERENCIA PARA EL PERÍODO (v.6)	57
1. Resumen ejecutivo 2. Marco normativo: Ley Orgánica 3/2021.....	60
3. Definiciones. Funciones de los profesionales sanitarios.....	58
4. Procedimiento para solicitar la prestación de ayuda para morir.....	58
5. Procedimiento para la realización de la prestación.....	58
6. Recomendaciones sobre la objeción de conciencia.....	58
3. DEFINICIONES. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	61
3.1.- Médico/a responsable.....	62
Recomendaciones.....	62
3.2.- Médico/a consultor/a.....	63
Recomendaciones.....	63
3.3.- Equipo asistencial.....	64
Recomendaciones.....	64
3.4.- Comisión de Garantía y Evaluación.....	64
Recomendaciones.....	65
4.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.....	
4.1.- Requisitos para solicitar la prestación.....	66
4.2.- Fases del procedimiento.....	66
4.2.2.- Proceso deliberativo con el médico/a responsable.....	68

4.2.3.- Segunda solicitud	69
4.2.4.- Prestación del consentimiento informado	69
4.2.5.- Informe del médico/a consultor/a.....	70
4.2.6.- Verificación previa de la Comisión de Garantía y Evaluación.....	71
4.2.7.- Realización de la prestación de ayuda para morir	72
4.2.8.- Verificación posterior de la Comisión de Garantía y Evaluación	72
4.3.- El registro en la Historia Clínica	73
Recomendaciones	73
4.4.- El documento de instrucciones previas o documento análogo	74
4.5.- Acceso a las personas con discapacidad.....	74
Recomendaciones	74
5. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	77
6. RECOMENDACIONES DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	78
6.1.- Marco normativo	78
6.2.- Recomendaciones para el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios en el marco de la LORE.....	78
RECOMENDACIONES SOBRE MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA PAM	81
1. Prestación de la ayuda a morir. Consideraciones generales.....	83
2. MODALIDAD 1 DE PAM. ADMINISTRACIÓN DIRECTA (VÍA INTRAVENOSA)	83
2.1.- PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS RECOMENDADOS.....	84
2.2.- MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN	86
2.3.- KITS DE MEDICACIÓN	86
2.4. DURACIÓN DEL PROCESO	87
2.5. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS.....	88
2.6. COMPLICACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN FUERA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO	89
3. MODALIDAD 2 DE PAM. PRESCRIPCIÓN O SUMINISTRO	90
3.1. AUTOADMINISTRACIÓN VIA ORAL.....	90
3.1.1.- PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS RECOMENDADOS.....	90
3.1.2.- DURACIÓN DEL PROCESO	92
3.1.3.- RECOMENDACIONES PRÁCTICAS	92
3.1.4.- AUTOADMINISTRACIÓN VIA INTRAVENOSA	93
BIBLIOGRAFÍA.....	96
MEDICAMENTOS, DOSIS A UTILIZAR, DATOS CLÍNICOS Y PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS ...	97
DOCUMENTOS COMUNES	
Relación de modelos de documentos.....	106
Modelos de formularios.....	109
Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho.....	136
1. Resumen ejecutivo. 2. Ley Orgánica 3/2021	137
3. Valoración de la Situación de Incapacidad de Hecho por el Médico/a Responsable..	135
4. El papel del Médico/a Consultor/a	138
5. Bibliografía	139

I. MARCO NORMATIVO

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

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), se publicó en el BOE 72, el jueves 25 de marzo de 2021. Consta de un Preámbulo, 19 artículos, 7 Disposiciones adicionales, 1 Disposición transitoria, 1 Disposición derogatoria y 4 Disposiciones finales.

La **entrada en vigor** de la LORE quedó establecida por la Disposición final cuarta a los tres meses de su publicación, es decir, para el día 25 de junio de 2021. Sin embargo, la propia LORE, en igual Disposición, adelantó al día de su publicación en el BOE la entrada en vigor del artículo 17 que regulaba la constitución de la Comisión de Garantía y Evaluación en cada Comunidad Autónoma, a fin de que todas ellas dispusieran a la fecha de entrada en vigor de la Ley de los recursos organizativos, personales y materiales destinados al cumplimiento de lo en ella dispuesto.

Recursos de inconstitucionalidad

La LORE fue impugnada por el Grupo Parlamentario Vox mediante un recurso de inconstitucionalidad ante el TC¹

¹ El recurso impugna la Ley en su totalidad y, para el caso de rechazar dicha impugnación, solicita declaración de inconstitucionalidad de los siguientes preceptos: artículos 1; 3, apartados b), c), d), e) y h); 5, apartados 1.c) y 2; 4.1; 6.4; 7.2; 8.4, 9; 12.a) apartado 4; 16; 17; 18.a) párrafo 4; disposiciones adicionales primera y sexta; y disposición final tercera (en relación con el artículo 16.1 y disposición adicional sexta). (BOE 155, 30 de junio).

Y también por el Grupo Parlamentario Popular mediante un recurso de inconstitucionalidad ante el TC².

Ambos recursos, si nos atenemos a la media de resolución de este tipo de normas por el Tribunal Constitucional, no obtendrían pronunciamiento antes de un par de años desde su interposición. Sin embargo, el tratamiento por el TC de este tipo de conflictos normativos sobre temas de estas características, permite augurar un plazo de resolución superior a la media; aunque también se ha apreciado mayor diligencia a la vista del nivel de debate que suscite en su seno. Caben pues excepciones a esta previsión sobre el modo habitual de funcionamiento de dicha sede jurisdiccional.

Es importante, y jurídicamente relevante, que la Ley no sólo establece una regulación de determinados procesos de ayuda a morir o suicidio asistido, sino que, por exigencia insoslayable, ha procedido a la reforma despenalizadora mediante la modificación del apartado 4 y el añadido de un nuevo apartado 5 del artículo 143 del Código Penal, por medio de la Disposición final primera de la LORE³.

DECRETO 42/2021, de 25 de junio, por el que se crean la Comisión de garantía y evaluación de La Rioja y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir

² Invocando vulneración de varios preceptos de los artículos 15, 10.1 y 2, 14, 16, 23, 49, 53.2, 93, 96.1, 168 y 169 de la Constitución. (BOE 227, 22 de setiembre)

³ «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 incapacitante 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.»

La LORE establecía como **órgano administrativo** de cada Comunidad Autónoma una Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) cuyas competencias acompañan el proceso de solicitud de prestación de ayuda a morir (PAM) cuyos sujetos protagonistas son siempre paciente solicitante, Médico Responsable (MR) y Médico Consultor (MC). La CGE desempeña una función de **garante del proceso** establecido en la LORE y, en su caso, de **evaluador** de las actuaciones que componen el PAM, a cuyo fin establece a lo largo de sus preceptos un sistema de competencias y habilitaciones sobre el PAM, es decir, sobre el conjunto de decisiones que adoptan solicitante, MR y MC y su ajuste a lo establecido en la LORE.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 LORE, la Comunidad Autónoma de La Rioja (CAR) inició el proceso de elaboración de la norma requerida para cumplir con el mandato de dicho precepto y constituir la correspondiente Comisión de Garantía y Evaluación de los PAM para el ámbito riojano.

Dentro del plazo de tres meses establecido por la LORE para tal objetivo, la CAR aprobó en Consejo de Gobierno, con fecha de 25 de junio, el Decreto 42/2021. En dicha norma, y como su propia denominación indica, se procedió también a satisfacer los requerimientos establecidos en el artículo 16 LORE⁴. Dicho precepto, con el fin de asegurar la garantía por los servicios sanitarios del derecho de los usuarios a la PAM, estableció un régimen legal de

⁴«Artículo 16. 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.»

objección de conciencia de los profesionales sanitarios de carácter individual. Y, para ello, creó un Registro al servicio de la garantía de la prestación.

Pues bien, la CAR juzgó oportuno incluir en el Decreto la creación y regulación de dicho Registro a fin de que, en la fecha establecida en la LORE, la CAR hubiera desplegado por completo todo el sistema incluida la garantía del Registro del derecho a la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios.

Protocolos

El sistema de PAM establecido en la LORE requiere, además de un sistema jurídico normativo, de un complejo de reglas de naturaleza diversa al servicio de todos los actores involucrados.

No son normas de naturaleza jurídica, sino pautas asociadas a prácticas de todo tipo a las que, con frecuencia, remiten las propias normas jurídicas. A diferencia de estas no poseen naturaleza coercitiva por sí mismas; ni por tanto se asocia su incumplimiento necesariamente a juicios de disvalor o sanciones, salvo en aquéllos casos en que la propia norma jurídica lo declara. Ello es así por la propia naturaleza de ese tipo de reglas o pautas, que, frecuentemente, están vinculadas al estado del conocimiento de una materia concreta. Por su misma naturaleza se trata de normas expuestas a una constante actualización, lo que las hace especialmente delicadas en su manejo pues versan sobre aspectos clínicos, formas de abordaje de determinadas situaciones, reglas deontológicas o, en casos excepcionales, temas fronterizos entre derecho y bioética. De ahí que en el mundo anglosajón se suelen incluir todas estas reglas o pautas bajo el amplio término de *soft law*.

Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia (MBBPPCC)

La Disposición adicional sexta de la LORE alude a las medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud, con el fin, como reza dicha norma, “[...] de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir[...]”. Y, en tal sentido, encomendó al Grupo Interterritorial de Coordinación del Sistema Nacional de Salud la redacción, en el plazo de tres meses desde su entrada en vigor, de un [...] un **manual de buenas prácticas** que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley [...]”⁵.

El Manual de Buenas Prácticas, en su versión actual que es la inicial, se encuentra, a la hora de redactar este Informe, sometido a una primera revisión⁶. Disponible (formato pdf) en la página web del Ministerio de Sanidad,

Protocolos de la CGE

La Comisión de Garantía y Evaluación de La Rioja (COGEVAR) ha dedicado una intensa actividad para la elaboración y aprobación de los procesos internos de decisión que se articulan mediante protocolos en función de la actuación que se le requiere. En esta línea se han diseñado las primeras versiones de los sistemas de gestión interna de los procesos, con especial dedicación a la implementación de la digitalización de algunos procesos junto con los documentos soporte adaptados. Se ha finalizado la primera versión del protocolo de

⁵ La Disposición incluía además un mandato de elaboración al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de un protocolo específico para la apreciación de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable. Finalmente se incluyó en el propio Manual, integrando su Anexo IV. Protocolo de actuación para la valoración de la incapacidad de hecho, aprobado el día 23 de junio de 2021 por dicho órgano.

⁶ Del Comité Técnico encargado de esta primera redacción formaron parte, por la CAR, Javier Pinilla Moraza, Director General de Asistencia Especializada, y Bernabé Palacín Sáenz, Secretario General Técnico de la Consejería de Salud.

verificación a que se refiere el artículo 10 y concordantes de la LORE. Y se va a proceder de igual modo con el denominado *proceso de postverificación* a que se refiere el artículo 18 b) y concordantes de la LORE.

Del mismo modo se está avanzando en el formato de las reuniones plenarias y su modo de convocatoria así como los sistemas de preparación del Orden del Día de las sesiones.

La COGEVAR ha colaborado en la redacción e integración de protocolos específicos que afectan a determinados aspectos del proceso de solicitud y realización de la PAM por parte de los servicios sanitarios de RiojaSalud.

Las dificultades en la elaboración de los protocolos de la CGE están relacionadas, en buena medida, con la novedad que supone la creación de un nuevo órgano administrativo dotado de una naturaleza jurídica colegiada, de carácter deliberativo y de composición multidisciplinar, que carece de personalidad jurídica propia y está adscrito a la Consejería de Salud aunque **a través de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud.**

Pero al tiempo la CGE riojana está dotada de autonomía en el ejercicio de las funciones atribuidas por la LORE y el Decreto 54/2021 que la creó y **no forma parte de la estructura jerárquica de la Consejería de Salud.** A su vez desempeña una actividad intensa y permanente de coordinación con el Ministerio de Sanidad y las CCGGEE homólogas.

Todo ello está haciendo especialmente premioso el proceso de implantación y despliegue de sus funciones. De ello fueron manifestaciones la inadecuación del soporte de comunicación, en especial el requerido por procesos que se miden en plazos de días naturales y son siempre perentorios. O las dificultades para configurar un trazado de comunicaciones acreditativo de los pormenores de cada uno de los procesos cuya

verificación corre a cargo de esta COGEVAR. En ese mismo orden de dificultades, nimias pero trascendentes en procesos tan delicados, sería preciso disponer de un lugar adecuado para la custodia de la documentación confidencial que, inevitablemente, debe generarse en una parte en soporte papel. Y similares garantías instrumentales serían precisas en relación con el confinamiento de los registros y archivos informáticos generados por la CGE. En todos estas dificultades se han ido produciendo avances, en especial por la colaboración de los servicios y responsables de la Consejería de Salud, de lo que se dará cuenta en el Informe anual correspondiente a 2022.

Estas dificultades, connaturales a la implementación de nuevos procesos administrativos de naturaleza tan delicada, han sido superadas con holgura de modo plausible en lo que se refiere a la colaboración de los servicios administrativos y de soporte informático propios de RiojaSalud y de sus responsables. Pero, según es fácilmente comprensible, los órganos administrativos no pueden desempeñar rigurosamente sus funciones de modo regular en base al sobreesfuerzo y dedicación *ultra vires* de sus integrantes y responsables.

II. COMPOSICIÓN DE LA CGE

Por Decreto de la Presidenta 15/2021, de 28 de julio, (BOR 149, 30 de julio), se procedió al nombramiento de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación de La Rioja, de acuerdo a lo dispuesto en el *DECRETO 42/2021, de 25 de junio, por el que se crean la Comisión de garantía y evaluación de La Rioja y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir.*

La COGEVAR se estructura y compone, en lo esencial, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 5 y 6 del DECRETO 42/2021, cuya síntesis sería la siguiente:

El nombramiento de sus miembros lo es por Decreto de la Presidenta a propuesta de la Consejería competente en materia de salud por un tiempo de tres años. El de Secretario y Secretario suplente lo será por cinco años.

Está formada por un total de 7 miembros, que se amplían a 8 en funciones deliberativas al estar asistida por un Secretario y atiende a criterios de paridad de género.

Los miembros de la COGEVAR no perciben remuneración alguna por el desempeño de sus funciones, aunque deberán abonarse los gastos que les causare dicho desempeño, de acuerdo a lo dispuesto en el DECRETO 42/2000, de 28 de julio, sobre indemnizaciones por razón del servicio del personal al servicio de la Comunidad Autónoma de La Rioja (BOR . 96, de 1 de agosto de 2000).

Está integrada por

- i. Tres profesionales médicos que desempeñen sus servicios en el Servicio Riojano de Salud o cualquier otro sistema sanitario o sociosanitario público y con experiencia y conocimientos en las patologías subyacentes a los supuestos eutanásicos a que se refiere la LORE.
- ii. Tres juristas con acreditada experiencia, preparación y adecuación a las funciones propias de la COGEVAR.
- iii. Un profesional de enfermería que desempeñe sus servicios en el Servicio Riojano de Salud o cualquier otro sistema sanitario o sociosanitario público y con experiencia y conocimientos en las patologías subyacentes a los supuestos eutanásicos a que se refiere la LORE.
- iv. Un Secretario, y un suplente, pertenecientes al Cuerpo de Letrados de la Comunidad Autónoma, con probada capacidad y experiencia técnico-jurídica, nombrados por la Consejería competente en materia de salud.

Estructura

- i. Presidente, que será designado de entre los Vocales juristas.
- ii. Secretario, que actuará con voz en las deliberaciones pero no poseerá voto en las decisiones del órgano.
- iii. VicePresidente, elegido por -y de entre- sus miembros, que actuará por vacante, ausencia, enfermedad o cualquier otra causa legal
- iv. Vocales por un total de seis, más otros tres suplentes -uno por cada ámbito profesional- que actúan en caso de vacante, ausencia, enfermedad o que recayera sobre el vocal titular.

Composición actual**Profesionales médicos**

Dra. María Macías Pascual
Dra. María Martina Alonso Lago
Dr. Rafael Crespo Sabaris
Dra. Paula Guerrero Alonso (S)

Juristas

Prof. Dr. Ricardo Chueca Rodríguez (Presidente)
Prof. Dra. Doña Amelia Pascual Medrano
Doña María Yolanda Zaldívar Ballogera
Doña María Fabón Anchelergues (S)

Profesionales de enfermería

Doña Ruth Cotelo Sáenz
Doña Yolanda Caro Berguilla (S)

Secretaria

Doña Esther Martínez Aguirre
Don Ignacio Serrano Blanco (S)

III. PROCESO DE PUESTA EN MARCHA DE LA CGE

Despliegue del proceso normativo e institucional

La puesta en marcha e implementación de los procesos regulados por la LORE ha revestido la complejidad esperable, tal y como la propia Ley reconoció en la disposición final cuarta al diferir su entrada en vigor, salvo precisamente en lo que se refiere a la puesta en marcha por cada Comunidad Autónoma de la Comisión correspondiente (artículo 17), por un plazo de tres meses.

En primer lugar, requirió que cada Comunidad Autónoma procediera al desarrollo normativo requerido. De un lado, a la regulación del órgano administrativo que creaba la LORE, pero cuya creación correspondía a la CAR. Ello requirió por parte de la CAR la creación de un equipo de expertos propios y de la Universidad de La Rioja que trabajó, en tiempo realmente perentorio, en el diseño normativo y organizativo requerido del que ya hemos dado cuenta, así como en el análisis de los procesos de gestión involucrados y en la creación de otros nuevos.

Junto a los trabajos de diseño normativo, el Servicio Riojano de Salud implementó los procesos formativos y de soporte a los procesos de gestión requeridos, así como un esfuerzo organizativo y de coordinación tal y como requiere la LORE, entre servicios de salud y COGEVAR. Esta fase, como es natural, sigue desplegándose en la actualidad, aunque ya en fase de mejora de calidad y eficiencia de los procesos. Pero también atendiendo a nuevos escenarios de complejidad que emergen en la medida en que los procesos eutanásicos se van integrando como una opción de pacientes en situaciones determinadas muy diferentes en cuanto a sus circunstancias.

Todo este proceso, no debe olvidarse, se ha producido en unas condiciones especialmente difíciles para los servicios sanitarios como consecuencia de la exposición a las dificultades derivadas de la atención a la pandemia COVID.

Más allá de estas dificultades, que han sido superadas en lo esencial, podemos afirmar que los procesos eutanásicos se han podido atender por la CAR y la COGEVAR desde la primera solicitud producida al estar todos los dispositivos, normas y procesos habilitados al efecto.

El despliegue normativo e institucional se puede dar por concluido, sin perjuicio de los ajustes que la operativa de los procesos pueda ir sugiriendo, de lo que se hará eco este Informe anual en el apartado de Recomendaciones.

Elaboración de protocolos internos

Desde su origen, la COGEVAR optó por acogerse a lo dispuesto en la *Disposición transitoria única. Régimen jurídico de las Comisiones de Garantía y Evaluación*. En ella se estableció que, en ausencia inicial de norma propia de organización y funcionamiento, las Comisiones de Garantía y Evaluación se ajustarían 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”.

De este modo la COGEVAR ha podido dedicar sus esfuerzos a la implantación de los procesos de que es responsable, a su progresiva -pero lenta y premiosa- digitalización y a la elaboración de los documentos normalizados, preferentemente en soporte telemático, que vertebran los procesos centrales de los que es competente.

En la actualidad, siempre a fecha de 31 de diciembre de 2021, están normalizados los procesos de alerta a la COGEVAR de inicio de un proceso de solicitud, los de designación de verificadores, en fase de borrador avanzado el protocolo de verificación y el protocolo de postverificación. Se encuentra plenamente operativo también el proceso de autorización y aplicación de la prestación en lo que a la COGEVAR compete.

Está igualmente finalizado el sistema de anonimización de los procesos al servicio de la garantía de confidencialidad y de la exigencia de secreto establecidas en la LORE.

Actividades de información

La Consejería de Salud y el Servicio Riojano de Salud desplegaron desde la publicación de la LORE un gran esfuerzo informativo que se articuló en la organización de un sistema de soporte web articulado en tres niveles. En dicho proceso varios miembros de la CGE prestaron sus labores de consultoría atendido el carácter inaugural de la situación.

Relación con los medios de comunicación

La COGEVAR, dada su naturaleza de órgano administrativo colegiado de naturaleza administrativa, carece de una estructura de comunicación propia. Por ello, cualquier información se articula a través de la Dirección de Comunicación Institucional del Gobierno de La Rioja.

Sin embargo, dada la novedad de los procesos implantados por la LORE pero, sobre todo, su singular naturaleza al involucrar aspectos personalísimos y procesos decisionales que poseen una intensísima garantía del entorno individual del ciudadano que ejerce su derecho a la prestación de la ayuda a morir y, no menos intensa, de la posición de los familiares y de los profesionales implicados, se estimó oportuno tomar la decisión, en

colaboración con la Dirección de Comunicación Institucional, de realizar una sesión de trabajo con los profesionales de todos los medios de comunicación presentes en la CAR.

Dicha sesión tuvo lugar el día 30 de noviembre en la Casa de los Periodistas con asistencia del Presidente y la Secretaria de la CGyE. En ella se explicó por el Presidente - siempre desde un punto de vista estrictamente jurídico e institucional- la naturaleza de los procesos eutanásicos, su regulación, así como su tratamiento desde el punto de vista de la intimidad personal, la protección de datos y las garantías que, al respecto, proporciona, también a los profesionales de la información, el ordenamiento jurídico. Se hizo hincapié en los conceptos de confidencialidad y secreto y su alcance. La finalidad de la reunión, que creemos fue de utilidad, se centró en una puesta a disposición de los medios de comunicación a fin de que la información que afecte a los procesos eutanásicos posea la mayor calidad posible para los ciudadanos, atendida su complejidad clínica y jurídica.

Coordinación con los servicios de Rioja Salud

Habida cuenta de la posición y funciones de la COGEVAR en los PAM, el proceso de implantación ha requerido del establecimiento de un mecanismo de coordinación al efecto. Ello ha supuesto una colaboración con el equipo de expertos que elaboró los documentos prenormativos y, posteriormente, con la COGEVAR por parte de los Servicios de Rioja Salud a fin de establecer la coordinación precisa requerida para la correcta gestión de los procesos.

Resultado de ello ha sido la configuración del sistema de soporte de alertas que activa la disposición de la COGEVAR a través del anuncio de la notificación de la existencia de una primera solicitud de la prestación de ayuda a morir. Así como el establecimiento de procesos de comunicación compatibles con los exigentes requisitos de garantía del derecho a la intimidad y otros derechos fundamentales involucrados.

Un proceso de naturaleza simétrica se ha establecido para la comunicación de la autorización de la realización de la PAM al equipo sanitario responsable.

Implantación del proceso para el ejercicio del derecho a la objeción establecido en la LORE

Como es sabido, y ya hemos referido, la LORE garantiza el ejercicio del derecho a la PAM mediante el establecimiento de un registro de objeción de los profesionales sanitarios directamente implicados en la solicitud por parte de un paciente de la prestación de ayuda a morir que la LORE regula.

Tanto los expertos encargados de la elaboración de las normas propias de la CAR como varios miembros de la COGEVAR han participado en la implantación del procedimiento de solicitud de la objeción y colaborado a tal efecto con el Servicio Riojano de Salud y la Consejería de Salud.

Durante el año en curso los profesionales sanitarios involucrados, o que se han visto solicitados por algún paciente interesado en la PAM, han podido ejercer su derecho mediante un procedimiento sencillo y diligente.

Durante el tiempo de vigencia del DECRETO 42/2021, de 25 de junio, *por el que se crean la Comisión de garantía y evaluación de La Rioja y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir*, que, calculado hasta el 31 de diciembre de 2021, se extiende a medio año prácticamente, el número de profesionales objetores a la colaboración de la prestación que han cursado su solicitud y figuran inscritos en el *Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia* regulado en el Capítulo III del DECRETO 42/2021, Arts. 12 a 15.

La Comisión está poniendo especial énfasis en la rigurosa aplicación de lo dispuesto en el art. 15 c) del DECRETO 42/2021 por su incidencia en la correcta realización en el plazo establecido del procedimiento de PAM⁷.

IV. ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN

Las CCGGEE autonómicas están llamadas a **operar en red** en la realización de algunas de sus funciones. Este es claramente el sentido de las Disposiciones adicionales tercera, sexta y séptima LORE, cuando la primera de ellas establece la obligación de la CAR de remitir el Informe anual elaborado por la COGEVAR a que alude el artículo 18 e) LORE para la elaboración de los **datos conjuntos** a nivel nacional, que deberán ser publicados por el Ministerio de Sanidad.

Por su parte la Disposición adicional sexta encomienda al órgano en red, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el aseguramiento de la prestación de la ayuda para morir. A tal efecto configura un documento de referencia para todas las CCAA, un **manual de buenas prácticas** que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley y asegure la igualdad y calidad asistencial en la prestación de ayuda para morir. Idéntica obligación establece para la elaboración de un protocolo común de referencia para la apreciación del supuesto de incapacidad de hecho del solicitante del artículo 5.2 LORE, denominado *Protocolo de Valoración de la Situación de Incapacidad de Hecho*.

⁷ Artículo 15 c) Tanto la declaración como su revocación deberán presentarse con la antelación [sic] suficiente, mínima de cinco días naturales posteriores a la primera solicitud de la prestación de la asistencia realizada por el paciente.

Finalmente, la Disposición adicional séptima establece un sistema de coordinación de la oferta de formación continua específica y multidisciplinar sobre la ayuda a morir, que correrá a cargo de la Comisión de Formación Continuada, adscrita a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

Todos estos aspectos, junto a los que se van poniendo de manifiesto en la implantación de los procesos, están atribuyendo especial significación a lo dispuesto en el artículo 17.5 LORE: “El Ministerio de Sanidad y los presidentes/as 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”.

La experiencia indica que la disposición legal ha establecido en realidad una exigencia de *mínimos*, si consideramos que, desde la entrada en vigor de la Ley se han realizado ya dos reuniones plenarias y se haya preconvenida la siguiente. A ello debe añadirse la existencia de un sistema de consulta interactiva permanente entre los Presidentes de las CCGGEE y expertos tanto del Ministerio como de los diferentes gobiernos autonómicos.

Efectivamente la práctica está poniendo de manifiesto que la puesta en marcha de la LORE está siendo **en red**, una modalidad perfectamente compatible con el riguroso respeto a las competencias de las CCGGEE autonómicas o del INGESA y, desde luego, a sus funciones propias.

La primera de estas reuniones, de carácter presencial salvo en algún caso que debió hacerlo *online*, se celebró el día 10 de noviembre en la sede del Ministerio de Sanidad, con una duración de cinco horas aproximadamente.

Su objetivo fundamental consistió en una puesta en común de los problemas y dificultades surgidos con la gestión de los primeros procesos en cada una de las CCAA a fin de establecer una red de colaboración que permita seguir trabajando por homogenizar criterios e intercambiar buenas prácticas para el desarrollo de la Ley.

En esta misma línea se hizo una primera valoración del funcionamiento del Manual de BBPP abriendo una dinámica permanente de revisión y actualización de dicho Manual.

La reunión fijó como objetivos inmediatos

- a. La elaboración del Sistema de Información de Datos e Indicadores para la realización del informe anual de la Ley de Eutanasia, que se integrará en el Sistema de Información del Servicio Nacional de Salud.
- b. Disponer de un primer informe de la puesta en marcha de la LORE para el primer trimestre del 2021.
- c. Revisar y actualizar el Manual de Buenas Prácticas consensuando y homogenizando aspectos no clarificados aún en la puesta en marcha de la LORE
- d. Convocatoria para comienzos del próximo año de una nueva reunión no presencial. (Celebrada finalmente el día 18 de febrero de 2022, de la que se dará cuenta en el Informe correspondiente al próximo período anual).

V. RECOMENDACIONES

Esta Comisión, consciente de la excepcionalidad que supone la implantación de un sistema de gestión novedoso, ha decidido, en este primer Informe, realizar un número mínimo de Recomendaciones que tienen por tanto la finalidad de subvenir a aquéllos elementos de los procesos de que entiende que requieren actuaciones que calificamos de máxima prioridad.

1. Se sugiere que el SERIS provea de un soporte de gestión de carácter administrativo para colaborar con los Médicos Responsables en la gestión técnico-administrativa de los procesos como complemento al soporte interno vía web y al genérico de los servicios administrativos.
2. Idéntica sugerencia se realiza respecto de la disponibilidad de un número de profesionales de medicina y enfermería que puedan, a demanda del Médico Responsable, auxiliarle en la aplicación de la prestación de auxilio a morir.
3. Se recomienda proveer, en reserva, del equipo de asistencia preciso para atender eventuales efectos adversos durante la realización de la prestación domiciliaria a pesar de la escasa verosimilitud de su posibilidad.
4. Se sugiere la adaptación y mejora de algunos de los formularios de gestión obtenidos del Manual de BBPPCC. Especialmente los de uso más común.
5. La Comisión precisa, para el desarrollo de sus funciones, de un sistema de comunicaciones adaptado a las exigencias y requisitos de los procesos que gestiona, del que todavía no dispone. Se están desarrollando gestiones, que están resultando más premiosas de lo deseable, para lograr las mejoras que requiere el desempeño correcto de sus funciones atendida la delicada naturaleza de los procesos.
6. La Comisión carece de soporte de gestión administrativo y de un espacio de registro, de máxima protección documental, del archivo que genera en soporte papel e informático. La gestión administrativa se soporta por los miembros de la CGE, lo que sólo en este momento inicial o inaugural es posible hacer de modo absolutamente excepcional.
7. Los miembros de la CGE no reciben ninguna retribución por el ejercicio de sus funciones, que acumulan al desempeño de sus servicios profesionales propios. Su

disponibilidad debe ser total y los plazos de sus actuaciones se miden por días naturales. Por ello, es preciso establecer el sistema de aplicación de la normativa reguladora de indemnizaciones de la CAR (Decreto 42/2000, de 28 de julio, sobre indemnizaciones por razón del servicio del personal al servicio de la Comunidad Autónoma de La Rioja) para su aplicación, de darse los supuestos en él regulados.

ANEXOS

VI. ESTADÍSTICAS DEL AÑO 2021

ANEXO I. PROCESOS DE AYUDA A MORIR (PAM)

Introducción

Dada la fecha de entrada en vigor de la LORE y de la normativa propia de la CAR en la materia, y a pesar de haberse satisfecho los plazos de implementación requeridos, la vigencia práctica de la regulación de los procesos de ayuda a morir se ha ajustado a cinco meses.

De este modo, las cifras que aquí se recogen poseen escasa significación estadística, pero satisfacen las exigencias legales de redactar un Informe anual. Por tanto, indican poco más que la adveración de que el sistema requerido por la LORE está establecido y realiza sus funciones con plena disponibilidad.

A fin de poder disponer de datos homogéneos para el Sistema Nacional de Salud, la COGEVAR ha acordado establecer un sistema de recogida y publicación de datos que permita una homologación con el establecido en la reunión del Sistema Interterritorial de coordinación celebrada el día 18 de febrero, con las revisiones y adaptaciones sugeridas por distintos miembros de dicha Comisión de Coordinación.

ESTADÍSTICA DE PROCESOS DE PAM (Período de 30 de julio a 31 diciembre de 2021)
1. N° DE SOLICITUDES TOTALES: 2

a) Presentadas con informe favorable por el/la médico/a responsable	1
b) Presentadas con informe favorable por el/la médico/a responsable y el/la médico/a consultor/a	1
c) Presentadas con informe desfavorable por el médico/a responsable	0
d) Presentadas con informe favorable del médico responsable y desfavorable por el médico/a consultor	0
e) Presentadas con resolución favorable por Informe consensuado por ponente jurista y ponente médico/a de la CGyE.	1
f) Presentadas con resolución desfavorable por Informe consensuado por ponente jurista y ponente médico/a de la CGyE.	0
g) Presentadas con resolución desfavorable por falta de consenso entre ponente jurista y ponente médico/a de la CGyE.	0
h) Presentadas con resolución favorable por el Pleno de la CGyE.	0
i) Presentadas con resolución desfavorable por el Pleno de la CGyE.	0

2. Nº DE SOLICITUDES PRESENTADAS QUE CUMPLEN LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA LEY

a) Nº de casos en la que la enfermedad de base es:

• Neurológica	
• Oncológica	2
• Respiratoria	
• Cardiovascular	
• Psiquiátrica	
• Pluripatología	
• Medicina intensiva	

b) Desagregados por sexo y tramo de edad

c)

<30	
30-39	
40-49	
50-59	
60-69	
70-79	2
≥ 80)	

3. Nº de solicitudes tramitadas mediante el procedimiento 5.1: 2

4. Nº de solicitudes tramitadas mediante el procedimiento 5.2: 0

a) Nº solicitudes en el que paralelamente a la solicitud de eutanasia se designa representante como interlocutor.	
b) Nº solicitudes en el que paralelamente a la solicitud de eutanasia no se designa representante como interlocutor.	2

5. Especialidad del médico/a responsable (nº de médicos/as responsables que tienen la siguiente especialidad):

a) Medicina de familia:	
b) Geriatría:	
c) Medicina interna:	
d) Neurología:	1
e) Oncología:	
f) Medicina Intensiva:	1

6. Nº de solicitudes en las que el médico/a responsable adelanta la tramitación de la segunda solicitud, (Art. 5 c) ap. 2) a menos de 15 días): 0

7. Especialidad del médico/a consultor/a:

a) Medicina de familia:	
b) Geriatría:	
c) Medicina interna:	
d) Neurología:	
e) Oncología:	
f) Digestivo	1

8. Nº de reclamaciones presentadas a la CGyE:

a) Nº de reclamaciones interpuestas ante la COGEVAR	0
b) Nº de reclamaciones resueltas desfavorablemente por la CGyE.	0
Favorablemente	0
Desfavorablemente	0

9. Nº de reclamaciones a la CGyE ante la jurisdicción contencioso-administrativa resueltas: 0

a) Estimatorias de la pretensión del paciente.	--
b) Desestimatorias de la pretensión del paciente.	--

c) Reclamaciones que permanecen a la espera de una resolución.	--
--	----

10. Lugar de realización de la prestación de ayuda para morir realizada por el equipo de profesionales sanitarios:

a) En el domicilio del paciente.			1
b) En centros residenciales/instituciones sociosanitarias:			0
	Centros residenciales para personas mayores:	--	
	Centros sociosanitarios (incluir aquí centros de atención a la discapacidad o la salud mental)	--	
c) En el hospital.			0

11. Ámbito del servicio prestador de la ayuda para morir:

a) Nº de prestaciones de ayuda para morir realizadas desde servicios públicos.	1
b) Nº de prestaciones de ayuda para morir realizadas desde servicios privados.	0

12. Modalidad de prestación realizada:

a) Administración directa por el equipo sanitario (Modalidad tipo 1).	1
b) Autoadministración (Modalidad tipo 2):	0
Administración oral	0
Administración intravenosa	0

13. Nº de pacientes que han fallecido durante la tramitación de la solicitud de la prestación de ayuda para morir: 1.

a) Causa de la muerte: patología propia.	1
b) Intervalo de tiempo transcurrido (media y mediana de días) desde inicio tramitación hasta muerte.	8

14. Nº de casos en que el/la paciente ha solicitado el aplazamiento de la prestación: 0.

15. Nº de casos en que el/la paciente ha revocado la solicitud de la prestación: 0

Momento de la revocación:

a) Durante o después del proceso deliberativo, antes de la firma del consentimiento informado:	----
b) Tras la firma del consentimiento informado, pero antes de la resolución de la CGyE:	----
c) Tras la resolución favorable de la CGyE:	----

16. Intervalo de tiempo transcurrido (media y mediana de días) desde la primera solicitud hasta que se autoriza la prestación por la CGyE⁸.

MEDIA	26
MEDIANA	26

17. Intervalo de tiempo transcurrido (media y mediana de días) desde la primera solicitud hasta la segunda solicitud.

MEDIA	15
MEDIANA	15

18. Intervalo de tiempo transcurrido (media y mediana de días) desde la segunda solicitud hasta el informe favorable del médico/a consultor/a.

MEDIA	5
MEDIANA	5

19. Intervalo de tiempo transcurrido (media y mediana de días) desde el informe favorable del médico/a consultor/a hasta la resolución por la CGyE.

MEDIA	6
MEDIANA	6

20. Intervalo de tiempo transcurrido (media y mediana de días) desde la resolución favorable y la realización de la prestación.

MEDIA	1
MEDIANA	1

⁸ El intervalo se calcula como medición de la magnitud temporal, medida en días, entre los dos límites de fechas.

21. Intervalo de tiempo transcurrido (media y mediana de días) desde la reclamación de la persona solicitante hasta la resolución por la CGyE.

MEDIA	----
MEDIANA	----

22. Nº de prestaciones en las que se ha realizado donación de órganos: 0

**ANEXO II. SISTEMA DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA DE LOS
PROFESIONALES SANITARIOS**

De acuerdo a lo dispuesto en el art. 16 de la *Ley Orgánica 4/21, de regulación de la eutanasia*, los arts. 12 y siguientes del *Decreto 42/2021, de 25 de junio, por el que se crean la Comisión de garantía y evaluación de La Rioja y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir*, el *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales*, y la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de datos personales*, la Comunidad Autónoma de La Rioja activó el proceso para el ejercicio del derecho legal recogido en la citada *Ley Orgánica 4/21*, a través del *Decreto 42/2021* citado y a partir de su entrada en vigor.

A fecha de 31 de diciembre de 2021, período al que se ciñe este Informe de periodicidad anual, el número de profesionales sanitarios inscritos en dicho Registro, según acredita el correspondiente comunicado del Responsable del Registro, es de 103 profesionales sanitarios ejercientes en la Comunidad Autónoma.

VII. NORMATIVA VIGENTE DURANTE EL PERÍODO

(26 de marzo a 31 de diciembre de 2021)

LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

(BOE 72, 25 de marzo)

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 imposibilitante 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 cohonestar 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 incapacitante»: 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.
- c) «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.
- d) «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.
- e) «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.
- f) «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.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
 - 2.ª) 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.
- g) «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 incapacitante 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.

Comisión de Garantía y Evaluación Gobierno de La Rioja

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 paramorir 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 formadaescrita en el artículo 3.g.1.ª) 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.ª) 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.

Comisión de Garantía y Evaluación Gobierno de La Rioja

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 incapacitante 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».

Decreto 42/2021, de 25 de junio, por el que se crean la Comisión de garantía y evaluación de La Rioja y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir

(BOR 124, 26 de junio)

I

Los países de nuestro entorno cultural han abordado la regulación legal de la eutanasia de dos maneras: despenalizando las conductas eutanásicas; o regulando los supuestos eutanásicos y reforzándolos con el cumplimiento de otras condiciones y formalidades.

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, avanza en su parte expositiva que opta por el segundo de los modelos, y regula «los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías.»

Estos requisitos y garantías se centran, básicamente, en el respeto a la ley, y en el cumplimiento de los procedimientos que la misma establece. Y para velar por el cumplimiento de todo ello, la Ley Orgánica crea las que denomina «Comisiones de Garantía y Evaluación», órganos que deben existir en todas las comunidades autónomas.

La creación de la Comisión de garantía y evaluación de La Rioja como órgano administrativo surge para dar cumplimiento a este mandato legal.

II

La misma Ley Orgánica 3/2021, en su artículo 16, reconoce a los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda médica para morir el que puedan ejercer su derecho a la objeción de conciencia, a cuyo efecto las administraciones sanitarias deberán establecer un Registro que permita cohonestar su ejercicio con la obligación de la administración pública de garantizar dicha prestación.

Mediante este Decreto se crea el Registro, el procedimiento de inscripción y el conjunto de normas acordes a lo dispuesto con carácter general en la normativa de protección de datos.

III

El Estatuto de Autonomía reconoce a la Comunidad Autónoma de La Rioja competencia exclusiva para establecer el procedimiento administrativo derivado de las especialidades de su propia organización (artículo 8.2), y competencia para el desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad (artículo 9.5).

La Ley 3/2003, de 3 de marzo, de organización del sector público de esta Comunidad Autónoma, dispone en su artículo 8.3 que la creación de órganos se realizará mediante decreto de gobierno, a iniciativa de la consejería interesada y a propuesta de la consejería competente en materia de administraciones públicas.

La iniciativa de esta norma ha sido sometida a información pública previa y, durante su tramitación, el contenido del proyecto de este decreto ha sido ofrecido a información de las asociaciones e interesados que guardan relación con su contenido.

En su virtud, el Consejo de Gobierno, a propuesta de la Consejera de Salud y Portavoz del Gobierno, conforme con el Consejo Consultivo de La Rioja y previa deliberación de sus miembros en su reunión del día 25 de junio de 2021 acuerda aprobar el siguiente,

DECRETO

CAPÍTULO I

Finalidad y objeto de la norma

Artículo 1 Objeto

El presente decreto, en ejecución del mandato de desarrollo de la Ley Orgánica 3/2021, tiene por objeto:

- a) Crear el órgano colegiado Comisión de garantía y evaluación de La Rioja (COGEVAR), determinar su composición y regular su funcionamiento.
- b) Crear y regular el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir, y regular el procedimiento para inscribir en el mismo su declaración de objeción de conciencia.

CAPÍTULO II

La Comisión de garantía y evaluación de La Rioja

Artículo 2 Naturaleza jurídica y adscripción

1. La Comisión es un órgano colegiado de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, de carácter deliberativo y de composición multidisciplinar, sin personalidad jurídica propia, que se adscribe a la consejería competente en materia de salud, a través de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud.
2. La Comisión dispone de autonomía funcional en el ejercicio de las competencias atribuidas en la Ley Orgánica 3/2021, y en el marco de los procesos de coordinación con el Ministerio de Sanidad y las Comisiones homólogas de las demás Comunidades Autónomas.
3. La Comisión no forma parte de la estructura jerárquica de la Consejería a la que se adscribe.

Artículo 3 Régimen jurídico

1. La Comisión se rige por lo dispuesto en el presente decreto y por su propio reglamento de orden interno (ROI), que deberá ser autorizado por quien sea titular de la Consejería a la que se adscribe. En lo no previsto en los mismos, será de aplicación lo dispuesto en el Capítulo IV del Título I de la Ley 3/2003, de 3 de marzo, de Organización del Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja, y por lo dispuesto en la sección 3ª del capítulo II del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.
2. La Comisión elaborará y aprobará su ROI en el que se detallarán sus normas de organización y funcionamiento de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2021, en el marco de lo previsto para los órganos colegiados de las administraciones públicas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y en la Ley 3/2003, de 3 de marzo, de organización del sector público de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Una vez autorizado por la Consejería de adscripción, será publicado en el «Boletín Oficial de La Rioja».
3. El régimen de funcionamiento de la Comisión se contendrá en su ROI y se orientará, en su caso, por lo dispuesto en los protocolos de actuación y en el manual de buenas prácticas a que se refieren el artículo 5.2 y la disposición adicional sexta de la Ley Orgánica 3/2021.
4. La Consejería competente en materia de salud, a través del órgano de adscripción, facilitará a la Comisión los medios personales y materiales precisos para el cumplimiento de sus funciones.
5. Los miembros de la Comisión no percibirán remuneración alguna por el ejercicio de sus funciones. Quedan a salvo los gastos que se originen por desplazamiento, alojamiento o manutención, que se reembolsarán de conformidad con las cuantías establecidas por la norma vigente que reconozca las indemnizaciones por razón del servicio del personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 4 Funciones

En aplicación de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley Orgánica 3/2021, son funciones de la Comisión:

- a) Resolver:
 - 1º. Las reclamaciones frente a la denegación de la prestación por informe negativo del médico responsable o de un médico consultor.
 - 2º. Las reclamaciones formuladas frente a un informe desfavorable a la prestación de ayuda médica para morir a que se refiere el informe de verificación del artículo 10.3 de la Ley Orgánica 3/2021.
 - 3º. Las solicitudes de verificación que contengan disparidad de criterios entre los dos miembros designados a que se refiere el artículo 10.3 de la Ley Orgánica 3/2021.
 - 4º. Los conflictos de intereses que pudieren suscitarse referidos en el artículo 14 de la Ley Orgánica 3/2021.

b) Igualmente, y en aplicación del mismo precepto, corresponde a la Comisión:

1º. La verificación previa, a través de los miembros que designe el Presidente, de la concurrencia de requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de la ayuda médica para morir.

2º. Requerir a la dirección del centro sanitario para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada una vez aprobada por la COGEVAR.

3º. Verificar en el plazo máximo de dos meses a partir de la efectiva prestación de la ayuda médica para morir, si se ha realizado de acuerdo a lo establecido.

4º. Evaluar los procedimientos y detectar deficiencias en la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 y proponer en su caso, acciones de mejora de los protocolos y manuales de buenas prácticas.

5º. Actuar como órgano consultivo y de divulgación orientando el cumplimiento y aplicación de la Ley Orgánica 3/2021.

6º. Elaborar y hacer públicos informes anuales de evaluación sobre la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021.

7º. Informar al solicitante de la prestación, a través de los miembros de la Comisión, sobre la donación de órganos y tejidos.

8º. Cualquier otra que se le asigne en el ejercicio de las competencias contenidas en esta norma.

Artículo 5 Composición

1. La Comisión estará formada por un total de siete personas.

La comisión estará asistida por un Secretario, que no tendrá la condición de miembro de la misma.

2. La composición de la Comisión se ajustará a criterios de paridad de género que se subordinarán, en su caso, a las limitaciones derivadas de los requisitos de especialización. A tal efecto, la Consejería competente en materia de salud podrá auxiliarse para la selección y propuesta de los miembros de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud y de cualesquiera otras entidades y órganos públicos de quienes dependieren los miembros a seleccionar.

3. Compondrán la Comisión los siguientes miembros:

a) Tres profesionales médicos, que desempeñen sus servicios en el organismo autónomo Servicio Riojano de Salud (SERIS) o en cualquier otro sistema o servicio sanitario o sociosanitario público, y que posean experiencia y conocimientos específicos sobre las patologías y circunstancias subyacentes a los supuestos eutanásicos descritos en la Ley Orgánica 3/2021.

b) Tres juristas, que sean empleados públicos, con acreditada experiencia y preparación adecuada a las funciones requeridas.

c) Un profesional de enfermería, que desempeñe sus servicios en el organismo autónomo Servicio Riojano de Salud (SERIS) o en cualquier otro sistema o servicio sanitario o sociosanitario público, y que posea experiencia y conocimientos específicos sobre las patologías y circunstancias subyacentes a los supuestos eutanásicos descritos en la Ley Orgánica 3/2021.

4. El Presidente será uno de los vocales juristas.

5. El Presidente y los Vocales de la Comisión serán nombrados y cesados por decreto de quien ostente la Presidencia de la Comunidad Autónoma, a propuesta de la consejería competente en materia de salud.

Tanto la propuesta como el nombramiento deberán incluir tres vocales suplentes, uno por cada ámbito profesional que integra la Comisión, que actuarán en caso de vacante, ausencia, enfermedad o cualquier otra causa legal.

6. En la sesión de constitución de la Comisión, sus miembros elegirán un Vicepresidente, que actuará como Presidente cuando éste no asista por vacante, ausencia, enfermedad o cualquier otra causa legal.

7. El mandato de los miembros tendrá una duración de tres años desde la fecha de su nombramiento.

8. El Secretario de la Comisión, con voz en las deliberaciones pero sin voto en las decisiones, deberá poseer una probada capacidad y experiencia técnico-jurídica, y pertenecerá al Cuerpo de Letrados de la Comunidad Autónoma.

Su nombramiento y cese, así como el de su suplente, se realizará por el titular de la Consejería con competencia en materia de salud y desempeñará sus funciones durante períodos de cinco años desde la fecha de su nombramiento.

9. La Comisión podrá auxiliarse en su cometido de expertos, en los términos dispuestos en su ROI. En el desempeño de sus servicios, estarán sujetos a las normas aplicables a los miembros de la Comisión en cuanto a secreto y confidencialidad.

10. Cuando un miembro de la Comisión se abstenga para deliberar y votar en relación con un asunto concreto invocando alguna de las causas legalmente establecidas, el Presidente convocará al correspondiente suplente para la formación de la voluntad de la COGEVAR en relación con ese asunto.

Artículo 6 Cese

1. Los miembros de la Comisión cesarán:
 - a) Por la finalización del período de su mandato
 - b) Por incapacidad o incompatibilidad para el ejercicio de sus funciones.
 - c) Por incumplimiento grave de sus funciones, apreciada por el resto de los miembros de la Comisión mediante votación secreta y en sesión convocada al efecto.
 - d) Por resolución judicial firme de condena por delito penal.
 - e) Por jubilación, inhabilitación o cese en el desempeño de los servicios públicos.
 - f) Por renuncia voluntaria.
2. Los miembros cesados permanecerán en funciones hasta la toma de posesión de los nuevos miembros. Esto será también aplicable en los casos de renuncia voluntaria.

Artículo 7 Organización

Corresponde al presidente, vocales y secretario de la COGEVAR el desempeño de las funciones asignadas en la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, en este decreto y en el ROI, así como en el resto de las normas del ordenamiento jurídico que resultaren de aplicación.

Artículo 8 Procedimiento

1. El procedimiento estará disponible al público de modo telemático en la sede electrónica del SERIS. Igualmente estará disponible físicamente en las dependencias de los servicios de información y atención al usuario del SERIS, y en las dependencias de admisión de los centros de salud.
2. Los centros sanitarios no pertenecientes al Sistema Público de Salud de La Rioja deberán disponer de copias del procedimiento para su información y puesta a disposición de los usuarios.

Artículo 9 Convocatoria de sesiones

1. La Comisión se podrá constituir en primera o en segunda convocatoria.
2. Para la válida constitución de la Comisión en primera convocatoria, a efectos de celebración de sesiones, deliberaciones y toma de acuerdos, se requerirá la presencia de al menos cinco miembros y, en todo caso, del Presidente y Secretario o de quienes los sustituyan en sus funciones.
3. Para la válida constitución de la Comisión en segunda convocatoria se requerirá la presencia del Presidente y Secretario, o en su caso, de quienes les sustituyan, y de otros tres miembros.

Artículo 10 Acuerdos y Actas

1. Los acuerdos se adoptarán por mayoría de votos. Existirá mayoría cuando una vez computados los votos emitidos por los asistentes, los afirmativos superen en número a los negativos.
Los miembros de la Comisión expresarán su voto de modo oral, y quedará registrado en el acta de la reunión.
2. El ROI podrá desarrollar, en lo que fuere preciso, lo dispuesto en este artículo.

Artículo 11 Deber de secreto y confidencialidad

1. Son obligaciones de los miembros de la Comisión:
 - a) Guardar secreto sobre cualquier dato conocido en el ejercicio de sus funciones, así como sobre el contenido de las deliberaciones.
 - b) Proteger la confidencialidad respecto de cualquiera de las informaciones y datos personales a los que accedieren en el ejercicio de sus funciones.

2. La COGEVAR responde de la protección de la confidencialidad de los datos de todas las personas implicadas en el procedimiento.

3. La COGEVAR dispondrá de la infraestructura y recursos precisos para la custodia activa de la documentación, debiendo satisfacer los estándares de más alto nivel previsto en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

CAPÍTULO III

El Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia

Artículo 12 El Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia

1. Se crea el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir.

En adelante, y a lo largo de esta norma, podrá ser denominado como el Registro.

2. En el Registro que se crea se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir, así como su revocación, de todos los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de La Rioja directamente implicados en realizar dicha prestación sanitaria que, por razones de conciencia, rechacen o se nieguen a realizarla.

3. El Registro dependerá directamente de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud.

4. El Registro se destina a ofrecer a la administración sanitaria la información precisa para proporcionar un adecuado servicio de la prestación establecida.

5. Podrán acceder al Registro, en el ámbito de sus competencias, quienes desempeñen la Dirección del Centro así como las direcciones médicas y de enfermería de los hospitales del Sistema Público de Salud de La Rioja.

Igualmente el interesado o su representante podrán acceder a sus propios datos del Registro.

Artículo 13 Régimen jurídico del Registro

1. El Registro se regirá por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales; por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales; por la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, y por lo dispuesto en este decreto.

2. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad.

3. Los profesionales inscritos en el registro podrán ejercer sus derechos en materia de protección de datos a través de la sede electrónica de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud con los formularios normalizados disponibles. Poseerán igualmente acceso protegido a su registro individual.

4. Los tratamientos de categorías especiales de datos dispondrán de las medidas de seguridad previstas para los mismos en la normativa citada.

Artículo 14 Estructura del Registro

1. El Registro contendrá, mediante el sistema de asientos, relación de profesionales objetores con expresión de los datos siguientes:

A) Identificadores personales

1º) Nombre y apellidos.

2º) DNI o documento equivalente para no nacionales.

3º) Dirección postal, telefónica y correo electrónico a los solos efectos de notificación.

B) Identificadores profesionales

1º) Profesión sanitaria y especialidad en su caso.

2º) Centro en el que desempeña su trabajo

C) Identificadores de procedimiento.

1º) Declaración de solicitud

2º) Documentación asociada, en su caso.

2. Cada profesional deberá comunicar al Registro cualquier modificación que se produzca en sus datos inscritos.

Artículo 15 Procedimiento para la declaración de la objeción de conciencia

1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación sanitaria de ayuda médica para morir que, por razones de conciencia, rechacen o se nieguen a realizar dicha prestación, deberán presentar una declaración de objeción de conciencia.

Para efectuar esta declaración se seguirá el modelo que figura como anexo, y que estará disponible en la intranet del SERIS, recursos humanos.

2. La declaración de objeción de conciencia y, en su caso, su revocación posterior, se presentará atendiendo a lo siguiente:

a) Se presentará mediante escrito dirigido a la persona titular de la Dirección del Centro en el que presten servicios.

b) También se podrá presentar en el registro del centro de trabajo y mediante cualquiera de los procedimientos previstos en el artículo 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.

c) Tanto la declaración como su revocación deberán presentarse con antelación suficiente, mínima de cinco días naturales posteriores a la primera solicitud de la prestación de la asistencia realizada por el paciente.

3. Recibida la declaración de objeción de conciencia, una vez comprobado que se cumplen todos los requisitos legales, la persona titular de la Dirección del Centro del Sistema Público de Salud en el que la persona solicitante preste sus servicios, ordenará las inscripciones correspondientes en el Registro.

4. Si las declaraciones no cumplen los requisitos legales o hubiera sido presentada por profesionales que no estén directamente implicados en la prestación sanitaria de ayuda médica para morir, la Dirección del Centro denegará la inscripción. Contra esta resolución se podrá interponer recurso de alzada ante la Gerencia del Servicio Riojano de Salud.

5. Los profesionales que no pertenezcan al Sistema Público de Salud podrán cursar sus declaraciones bien directamente a la Gerencia del SERIS, bien a través de la Dirección de sus centros respectivos. Tanto la inscripción en el Registro, como su denegación por las causas indicadas en el apartado anterior, se ordenarán por la Gerencia de SERIS, y frente a su resolución se podrá interponer recurso de reposición previo al contencioso administrativo.

Disposición adicional única Confidencialidad de los datos

El Servicio Riojano de Salud creará el fichero correspondiente para la gestión de los datos contenidos en el Registro de acuerdo con la normativa vigente, y adoptará las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y su utilización con fines organizativos, estadísticos, científicos o sanitarios.

DISPOSICIONES FINALES

Disposición final primera Habilitación normativa

Se autoriza a las consejerías competentes en materia de administraciones públicas y de salud para que, cada una en el ámbito de sus propias competencias, puedan dictar las disposiciones necesarias para la aplicación de este decreto.

Igualmente, se autoriza a la consejería competente en materia de salud para que pueda actualizar o modificar el anexo.

Disposición final segunda Entrada en vigor

El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de La Rioja.

ANEXO Modelo de declaración de objeción de conciencia

A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

Código DIR3 _____

D./D^a _____, con DNI n^o _____, con titulación de⁹, _____, especialidad de _____ que presta servicio en el centro sanitario: _____, servicio: _____,

DIGO

El artículo 16.1 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, dispone:

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.

Y al amparo de dicho artículo

DECLARO

Mi objeción de conciencia a proporcionar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir.

Con la finalidad de hacer efectivo mi derecho a la objeción de conciencia, consiento la recogida y tratamiento de mis datos de carácter personal que resulten adecuados, pertinentes y proporcionados en relación con el ámbito de esta declaración.

Lo que firmo en _____, a ____ de _____ de _____

(Firma)

⁹ Únicamente «profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir», según el artículo 16.1 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Protección de Datos

I. Información básica

Los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de esta declaración van a ser incorporados, para su tratamiento, a un fichero automatizado de datos.

Responsable del tratamiento	Servicio Riojano de Salud. Gerencia.
Finalidad	Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir
Legitimación	Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal.
Destinatarios	No se prevén cesiones.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a otros derechos tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la Información adicional sobre Protección de Datos en el apartado siguiente.

II. Información adicional

Datos del Responsable del tratamiento de sus datos: Servicio Riojano de Salud. Gerencia. C/Piqueras nº 98. Logroño – La Rioja-

Datos de contacto del Delegado de Protección de Datos: Comité de Seguridad de la Información del Sistema Público de Salud: csisalud@riojasalud.es

Finalidad con la que se tratan sus datos: Los datos de carácter personal se recogen para incorporarlos a la actividad del tratamiento denominada **Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica para morir** cuya finalidad es la dejar constancia, mediante su inscripción, de las declaraciones de objeción de conciencia y su revocación; y ofrecer información a la administración sanitaria para proporcionar un adecuado servicio de la prestación. Los datos no serán tratados para fines no compatibles a los mencionados.

Conservación de sus datos: Los datos recogidos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad con la que se recabaron y para las posibles responsabilidades que se pudieran derivar. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa vigente de Archivos y documentación: Ley 4/1994, de 24 de mayo, de Archivos y Patrimonio Documental de La Rioja.

Legitimidad para el tratamiento de sus datos: Se fundamenta en las siguientes normas:

- a) Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD). Artículo 6.1.c): Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.
- b) Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Destinatarios a los que se comunicarán sus datos: Los datos no serán cedidos, salvo autorización legal.

Derechos que le asisten cuando nos facilita sus datos: En cualquier momento puede solicitar el acceso a sus datos personales; a la rectificación de los datos inexactos; a la supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos; a la limitación del tratamiento en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones; a la portabilidad de los datos; y a la oposición. La solicitud debe dirigirla al Responsable del tratamiento.

Si no obtiene una respuesta satisfactoria del Responsable del tratamiento, podrá presentar una reclamación ante la Autoridad de Control, en su sede electrónica (<https://www.aepd.es>) o física (Agencia Española de Protección de Datos. c/ Jorge Juan 6. 28001 Madrid).

VIII. MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE REFERENCIA PARA EL PERÍODO (v.6)

ÍNDICE

1. Resumen ejecutivo 2. Marco normativo: Ley orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia

3. Definiciones. Funciones de los profesionales sanitarios

- 3.1. Médico/a responsable
- 3.2. Médico/a consultor/a
- 3.3. Equipo asistencial
- 3.4 Comisión de Garantía y Evaluación

4. Procedimiento para solicitar la prestación de ayuda para morir

- 4.1. Requisitos para solicitar la prestación
- 4.2. Fases del procedimiento
 - 4.2.1. Primera solicitud
 - 4.2.2. Proceso deliberativo con el/la médico/a responsable
 - 4.2.3. Segunda solicitud
 - 4.2.4. Prestación del consentimiento informado
 - 4.2.5. Informe del médico/a consultor/a
 - 4.2.6. Verificación previa de la Comisión de Garantía y Evaluación
 - 4.2.7. Realización de la prestación de ayuda para morir
 - 4.2.8. Verificación posterior de la Comisión de Garantía y Evaluación
- 4.3. El registro en la Historia Clínica
- 4.4. El documento de instrucciones previas o documento análogo
- 4.5. Acceso a las personas con discapacidad

5. Procedimiento para la realización de la prestación

- 5.1. Criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación
- 5.2. Solicitud de aplazamiento de la administración de la ayuda para morir
- 5.3. Recomendaciones sobre medicamentos a administrar durante el procedimiento incluido en la prestación de ayuda para morir
- 5.4. Certificado de defunción

6. Recomendaciones sobre la objeción de conciencia

- 6.1. Marco normativo
- 6.2. Recomendaciones para el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios en el marco de la LORE

Anexo I. Diagrama del procedimiento de solicitud de la prestación

Anexo II. Recomendaciones sobre medicamentos

Anexo III. Modelos de documentos

Anexo IV. Protocolo de actuación para la valoración de la incapacidad de hecho.

Las recomendaciones incluidas en el presente documento se revisarán anualmente.

Naturaleza del Manual de Buenas Prácticas.

Este documento se ha elaborado por expreso mandato legal previsto en la Ley Orgánica 3/2021, 24 de marzo, de regulación de la eutanasia:

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.

1.- RESUMEN EJECUTIVO

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (en adelante, LORE) pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad como es la eutanasia. Esta ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual, pero también una nueva prestación incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Esta prestación está dirigida a aquellas personas que, frente a una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante, hayan manifestado, de manera plenamente libre y autónoma, su voluntad de acabar con su vida, siempre que cumplan los requisitos previstos en la LORE.

Así, con el fin de asegurar la equidad y calidad asistencial de esta prestación, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba este **Manual de Buenas Prácticas**, en cumplimiento de lo previsto en la Disposición Adicional Sexta de la LORE. El objetivo de este documento es establecer un conjunto de recomendaciones que orienten a los profesionales sanitarios y a las administraciones sanitarias para garantizar la correcta puesta en práctica de esta Ley. Estas recomendaciones serán actualizadas periódicamente. Este manual incluye, en el Anexo IV, el **Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho** aprobado, el día 23 de junio de 2021, por el Consejo Interterritorial del SNS.

El apartado 2 de este manual ofrece una primera aproximación al **marco normativo**, señalando que lo dispuesto en la LORE obliga a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español.

El apartado 3 **define las funciones de los profesionales sanitarios** que participan en el procedimiento de ayuda para morir: el médico/a responsable, el médico/a consultor/a y el equipo asistencial. Además, incluye una referencia a las Comisiones de Garantía y Evaluación, un órgano colegiado que deberá velar por el correcto desarrollo del proceso eutanásico en cada una de las comunidades autónomas y ciudades autónomas.

El apartado 4 detalla las **fases del procedimiento** que debe seguirse desde que el médico/a responsable recibe la solicitud de eutanasia por parte del paciente hasta la verificación posterior realizada por la Comisión de Garantía y Evaluación, una vez el paciente ha fallecido. Este procedimiento se representa gráficamente en el diagrama del **Anexo I**, mientras que los modelos de documentos pueden consultarse en el **Anexo III**. A este respecto, se enumeran los requisitos que debe cumplir el paciente para acceder a esta prestación, así como recomendaciones relativas al registro documental del proceso en la historia clínica y el acceso al documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido.

El apartado 5 realiza recomendaciones en cuanto a la forma y tiempo de **realización de la prestación**, una vez el paciente ha prestado su consentimiento informado o el médico/a responsable ha cumplimentado los trámites previos cuando certifique una situación de incapacidad de hecho. A este respecto, el **Anexo II** contempla una guía sobre qué **medicamentos** deben suministrarse al paciente que solicita la prestación de ayuda para morir, su forma de administración y sus efectos.

Por último, el apartado 6 recoge recomendaciones en relación al derecho fundamental del profesional sanitario a la **objección de conciencia**, que deberá ser compatible con el derecho del paciente a la realización eficaz de la prestación.

2.- MARCO NORMATIVO: LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.

La **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia** (en adelante, LORE) tiene por objeto 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 intervienen en el proceso, 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 nueva Ley. La LORE **introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual** como es la eutanasia. Se entiende por ésta 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 físico o psíquico contante e intolerable para quien lo padece, debido a una enfermedad grave e incurable o a un padecimiento grave, crónico e imposibilitate.

Con el fin de asegurar la equidad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, la disposición adicional sexta de la LORE determina que, en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la Ley, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar **un manual de buenas prácticas** que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley. Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar el **protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho** previsto en el artículo 5.2 de la LORE.

Lo dispuesto en la LORE **se aplica a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español**. A estos efectos, se entiende 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.

3.- DEFINICIONES. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

3.1.- Médico/a responsable

El “médico/a responsable” es el facultativo que tiene a su cargo la coordinación de toda la información, del proceso deliberativo y de la asistencia sanitaria del paciente desde el inicio hasta el final de la prestación de ayuda para morir. El médico/a responsable será el interlocutor principal del paciente en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

En relación al proceso y realización de la prestación de ayuda para morir, el médico/a responsable asume las siguientes funciones:

En relación al proceso y realización de la prestación

1.- **Facilitar** al paciente por escrito la **información sobre su proceso médico**, las diferentes ación de ayuda para morir, el médico/a responsable asume las siguientes alternativas y posibilidades de actuación. Entre éstas últimas, la posibilidad de acceder a **funciones**: cuidados paliativos integrales y a las prestaciones de atención y ayuda a la dependencia a las que tuviera derecho.

2.- **Certificar** que el paciente **cumple los requisitos** previstos por la Ley.

3.- **Estar presente** cuando el paciente firme la solicitud o recoger dicha solicitud de otro profesional sanitario que sí haya estado presente. Incorporar dicho documento a la Historia Clínica.

4.- **Informar** al paciente de la posibilidad de **revocar su solicitud** en cualquier momento durante el proceso.

5.- **Realizar la valoración de la situación de incapacidad de hecho** , cuando proceda.

6.- En caso de denegación de la solicitud de prestación, será el responsable de comunicárselo de forma motivada por escrito al paciente, debiendo remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación, los documentos correspondientes.

7.- **Realizar** con el paciente solicitante el **proceso deliberativo** .

8.- **Consultar** con el **médico/a consultor/a**, para que realice una valoración del paciente y **corrobore el cumplimiento de los criterios**.

9.- **Realizar** todos los trámites de cumplimentación de los documentos establecidos en la LORE, cuando le correspondan. (Recogidos en el Anexo III).

10.- **Coordinar** la realización de la prestación con el equipo asistencial.

11.- **Llevar a cabo**, junto con el equipo asistencial, la prestación de ayuda para morir.

12.- **Acompañar** y dar apoyo al paciente y a su familia a lo largo del proceso.

13.- **Estar presente y acompañar** al paciente en la realización de la prestación de ayuda para morir.

14.- **Certificar** el **fallecimiento** del paciente.

Recomendaciones

- El paciente podrá elegir al médico/a responsable en el proceso de la prestación de ayuda para morir, siempre que sea posible. Podrá ser su médico/a de atención primaria o de atención hospitalaria. En la mayoría de los casos, es previsible que sea el médico/a habitual o de confianza del paciente.
- El médico/a responsable mantendrá una comunicación constante con el resto de profesionales sanitarios vinculados a la atención médica y de cuidados del paciente.
- La administración sanitaria competente deberá garantizar el asesoramiento y apoyo al médico/a responsable durante todo el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir, facilitándole el acceso a médicos/as consultores/as, interconsultas y otros trámites necesarios en el proceso.

- En el caso de que el médico/a responsable, por alguna circunstancia (como, por ejemplo, una baja laboral) no pudiera continuar con la tramitación del procedimiento, la administración sanitaria competente deberá facilitar otro médico/a responsable que continúe con el **procedimiento en la forma y plazos** establecidos por la LORE.
- El médico/a responsable no podrá intervenir en el proceso si incurriese en un conflicto de intereses o pudiera verse beneficiado de la práctica de la eutanasia.
- El médico/a responsable mantendrá una comunicación con los familiares y allegados del paciente, de acuerdo con las indicaciones dadas por el paciente.
- El médico/a responsable debe garantizar que al paciente se le ha informado sobre los cuidados paliativos incluidos en la cartera común de Servicios del Sistema Nacional Salud y se le ha ofertado y facilitado el acceso a los mismos.
- Cuando un médico/a que forme parte de la Comisión de Garantía y Evaluación sea elegido como médico/a responsable de un paciente que haya solicitado la prestación de ayuda para morir, no podrá intervenir en el proceso de evaluación que realice la Comisión para esta solicitud.
- Las administraciones sanitarias competentes deberán garantizar la formación necesaria y continuada a los médicos/as para que puedan ejercer correctamente su función en los términos que establece la LORE.

3.2.- Médico/a consultor/a

El “médico/a consultor/a” es el facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo asistencial del médico/a responsable. Es decir, el médico/a consultor/a no podrá formar parte del mismo equipo asistencial al que pertenezca el médico/a responsable, a fin de garantizar una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora previa al acto eutanásico.

Son **funciones** del médico/a consultor/a las siguientes:

- 1.- Deberá corroborar el cumplimiento de los requisitos contemplados en el apartado 5.1 o 5.2 según proceda.
- 2.- **Estudiar la Historia Clínica y examinar al paciente**
3. - Remitir al médico/a responsable, un **informe** sobre el cumplimiento de tales requisitos.

Recomendaciones

- El médico/a consultor/a no puede pertenecer al equipo del médico/a responsable, ni haber tenido vinculación asistencial previa con el paciente solicitante, salvo que en situaciones excepcionales este requisito no pueda cumplirse.
- Las administraciones sanitarias competentes facilitarán el apoyo y asesoramiento necesarios al médico/a consultor/a durante las fases del procedimiento en las que deba intervenir. Además, facilitarán el acceso a la historia y documentación clínica para corroborar las condiciones de la solicitud.
- El médico/a consultor/a puede ser un facultativo/a de atención primaria u hospitalaria, pero no debe pertenecer al mismo equipo que el médico/a responsable.
- El médico/a consultor/a no podrá intervenir en el proceso si incurriese en conflicto de intereses o se beneficiase de la práctica de la eutanasia. De esta circunstancia se informará al médico/a responsable y a la dirección del centro.

- En los supuestos en que un médico/a que forme parte de la Comisión de Garantía y Evaluación sea elegido como médico/a consultor de un paciente que solicite la prestación de ayuda para morir, no podrá intervenir en el proceso de evaluación que realice la Comisión para esta solicitud.
- El médico/a consultor/a estará sujeto al mismo deber de secreto y confidencialidad que el médico/a responsable respecto a los datos a los que tenga acceso durante el proceso de la prestación de ayuda para morir.

3.3.- Equipo asistencial

El “equipo asistencial” es el equipo de profesionales que garantiza la continuidad asistencial en el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir. Se entiende incluidos los profesionales de enfermería encargados del cuidado del paciente.

Son **funciones** del equipo asistencial las siguientes:

- 1.- Realizar junto con el/la médico/a responsable, la prestación de ayuda para morir con el máximo cuidado y profesionalidad.
- 2.- **Asistir al paciente hasta el momento de la muerte en colaboración con el/la médico/a responsable.**

Recomendaciones

- Las administraciones sanitarias deberán organizar los equipos asistenciales para garantizar la prestación de ayuda para morir, identificando su composición y competencias.
 - El “equipo asistencial” puede ser el equipo en el que está integrado el médico/a responsable. En los supuestos en que dicho equipo no pueda dar suficiente soporte se contará con otro equipo asistencial.
 - El equipo asistencial será informado por el médico/a responsable del desarrollo del procedimiento, debiendo estar organizados y coordinados cuando se comunique que se autoriza la realización de la prestación.
 - El equipo asistencial deberá dar soporte en todo lo que necesite el médico/a responsable para la organización de la prestación de ayuda para morir, incluido: la planificación de los actos asistenciales vinculados a la modalidad elegida por el paciente (vía oral, vía intravenosa...) o la coordinación de las tareas de asistencia y observación hasta el fallecimiento del paciente.
- Las administraciones sanitarias competentes deberán garantizar la formación necesaria y continuada a los profesionales que participen en los equipos asistenciales.

3.4.- Comisión de Garantía y Evaluación

La Comisión de Garantía y Evaluación (CyGE) de cada comunidad autónoma y ciudad autónoma es el órgano administrativo colegiado encargado de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la LORE en su ámbito territorial. 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 de medicina, de enfermería y juristas**, pudiendo incluirse en la misma otros profesionales.

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

- 1.- Resolver las reclamaciones por denegación de la prestación.
- 2.- Dirimir el desacuerdo entre los dos miembros de la CGyE designados para la verificación previa del procedimiento.
- 3.- Resolver los posibles conflictos de intereses que puedan producirse.

- 4.- Requerir al centro sanitario, en caso de resolución favorable tras una reclamación, la realización de la prestación solicitada.
- 5.- Verificación previa para la realización de la prestación.
- 6.- Realizar el control posterior a la realización de la prestación de la ayuda para morir, a través de la verificación de la documentación establecida por la Ley.
- 7.- Homogeneizar criterios, intercambiar buenas prácticas y proponer mejoras en los protocolos y manuales junto con las demás CGyE y el Ministerio de Sanidad.
- 8.- Ser órgano consultivo en su ámbito territorial concreto en relación a la aplicación de la LORE.
- 9.- Elaborar un Informe Anual de evaluación acerca de la aplicación de la LORE.
- 10.- Cualquier otra función que pueda atribuirle la comunidad autónoma o, en el caso de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.

Recomendaciones

- Los miembros de las CGyE están obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales a los que tengan acceso. La información no podrá utilizarse para otro fin que no sea el de garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. La administración sanitaria competente creará los mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar este deber. En especial, se recomienda la suscripción de un compromiso al efecto y firmado por cada miembro.
- Recoger en su reglamento interno los requisitos de acceso, deberes y derechos de los miembros de la CGyE a fin de garantizar un funcionamiento eficaz y responsable del órgano.
- Recoger un proceso de toma de decisiones que distinga cuáles son tomadas por mayoría de votos y cuáles por unanimidad.
- Delimitar las funciones del Presidente, del Secretario y de los demás miembros de la CGyE. En relación al Presidente, se recomienda que el proceso de designación de los dos miembros que realicen la verificación previa, un jurista y un médico, se realice de forma imparcial, objetiva y transparente.
- Determinar un procedimiento ágil e imparcial para la resolución de desacuerdos entre los miembros designados por el Presidente, una vez el asunto se eleve al pleno de la CGyE.
- Se recomienda a la CGyE dotarse de un procedimiento garantista de resolución de situaciones de incompatibilidad o conflicto de interés.
- Determinar y delimitar el procedimiento de verificación posterior que debe desarrollarse en los dos meses siguientes a la realización de la ayuda para morir.
- Recoger las funciones concretas y el procedimiento a seguir como órgano consultivo en materia de aplicación de la LORE en su ámbito autonómico. Especialmente, se recomienda el establecimiento de canales de consulta ágiles y accesibles al personal médico y asistencial.
- Determinar el contenido mínimo que debe recoger el informe anual de evaluación sobre la aplicación de la LORE en su ámbito autonómico (persona u órgano responsable de la evaluación, indicadores de seguimiento, posibles mejoras...).
- Recoger expresamente las funciones adicionales que puedan atribuirles su comunidad autónoma y, en el caso de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.
- Los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación, no deberían ser objetores de conciencia a la LORE.

4.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

4.1.- Requisitos para solicitar la prestación

Toda persona que cumpla los requisitos previstos en la LORE tiene derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. De acuerdo con el artículo 5 de la LORE, para solicitar la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla los siguientes requisitos:

1.- **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.**

2.- **Ser mayor de 18 años.**

3.- **Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante**, certificada por el/la médico/a responsable.

La LORE define en su artículo 3, lo que debe entenderse por:

- **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 lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable que 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.
- **Enfermedad grave e incurable:** la que 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.

4.- Ser capaz y consciente en el momento de la solicitud. En el caso de que el médico responsable considere que la persona se encuentra en una situación de incapacidad de hecho. Se seguirá lo previsto en el documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocida, de acuerdo con el Protocolo de Actualización para la Valoración de la Incapacidad de Hecho.

En el supuesto de que el médico/a responsable considere que el paciente se encuentre en una situación de incapacidad de hecho, de acuerdo con el artículo 5.2 de la LORE para solicitar la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla los siguientes requisitos:

1. 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.

2. 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.

3. Que haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido.

4. Realizar, al paciente, la valoración de incapacidad de hecho conforme al Protocolo de Actuación del Anexo IV.

4.2.- Fases del procedimiento

Todos los plazos que se recogen en las distintas fases del procedimiento son plazos máximos.

4.2.1.- Primera solicitud

El paciente debe presentar la solicitud de prestación de ayuda para morir al **médico/a responsable** de coordinar toda su información y asistencia sanitaria en la prestación de la ayuda para morir. En el supuesto de que el paciente presente la solicitud a otro profesional sanitario, éste deberá rubricarlo y trasladarlo al médico/a responsable. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.

Las CCAA, en base a sus competencias, deben establecer con claridad las vías para que los ciudadanos dispongan de información accesible sobre el procedimiento de solicitud.

El médico/a responsable será el interlocutor principal del paciente durante todo el proceso asistencial. Durante este proceso deberá contar con las asistencias, técnicas y humanas que permitan esa interlocución en el caso de pacientes con discapacidad. Si el médico/a se declara objetor de conciencia, el paciente será atendido por el médico/a responsable al que le derive el médico/a objetor/a o bien al que le indique la administración sanitaria, según lo establecido por las propias comunidades autónomas. La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá realizarse **por escrito** o por otro medio que permita dejar constancia y deberá estar fechada y firmada por el paciente en presencia del médico/a responsable o de otro profesional sanitario. Además, la solicitud deberá ser voluntaria y no podrá ser el resultado de ninguna presión externa.

En el caso de que por su situación personal o condición de salud **no le fuera posible fechar y firmar el documento**:

- **Otra persona mayor de edad y plenamente capaz** podrá fecharlo y firmarlo en su presencia, indicando las razones por las cuales la persona que demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento.
- El paciente podrá hacer uso de **otros medios que le permitan dejar constancia** (un video, por ejemplo).
- Cuando el paciente tenga una **discapacidad** que le impida dejar constancia por escrito de su voluntad, la administración sanitaria pondrá a su disposición los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que le permitan expresar su decisión.

En los casos en que el paciente sufra una presunta **situación de incapacidad de hecho**, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada por:

- **Otra persona mayor de edad y plenamente capaz**, que acompañará la solicitud del documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido suscrito previamente por el paciente. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para al médico/a responsable. En este caso, el médico/a responsable deberá dejar constancia por escrito en la historia clínica.
- En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, **el médico/a que le trata podrá presentar la solicitud** de prestación de ayuda para morir. En tal caso, dicho médico/a estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas o documento legalmente equivalente a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma correspondiente, o por el Ministerio de Sanidad. Igualmente, el médico/a responsable deberá dejar constancia de este hecho en la historia clínica del paciente.
- En este supuesto el médico/a responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento análogo legalmente reconocido.
- Al paciente o al representante interlocutor, según el caso, se le entregará la copia firmada y fechada de su solicitud.

Una vez entregada la solicitud, el médico/a responsable deberá **verificar los requisitos** aplicables en esta etapa señalados en los artículos **5.1 o 5.2** de la LORE, según el caso. A continuación, y en el **plazo**

máximo de 10 días desde la presentación de la solicitud, el médico/a responsable deberá informar al paciente en el caso de denegación de la solicitud.

- Si el médico/a responsable **deniega** la solicitud, deberá hacerlo por escrito y de forma motivada, remitiendo la denegación a la Comisión de Garantía y Evaluación de la comunidad autónoma o ciudad autónoma. En tal caso, el paciente podrá recurrir la decisión del médico/a responsable a la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo máximo de 15 días.

Las CCAA, en base a sus competencias, deben establecer las vías para que los pacientes dispongan de información sobre el derecho a reclamar y el procedimiento para ejercerlo.

Estas vías de reclamación deberán ser universalmente accesibles para que puedan ser usadas por las personas con discapacidad.

Si el médico/a responsable **admite** la solicitud de prestación de ayuda para morir, iniciará un proceso deliberativo con el paciente en el plazo de dos días naturales desde que presentó la solicitud.

El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá **revocar** su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión a la historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir. En ambos casos la solicitud se hará por escrito o por otro medio que permita dejar constancia.

4.2.2.- Proceso deliberativo con el médico/a responsable

Una vez admitida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir, el médico/a responsable iniciará el **proceso deliberativo** con el paciente, explicándole 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.

Para que el paciente pueda tomar una decisión autónoma y fundada en el conocimiento sobre su proceso médico, el médico/a responsable deberá facilitar al paciente **la información sobre su proceso médico por escrito o por otro medio** en los tres días naturales siguientes al inicio del proceso deliberativo.

Además de la información sobre su proceso, el/la médico/a responsable deberá facilitar al paciente por escrito la información sobre la prestación de ayuda para morir, incluyendo las modalidades de prestación y como se realizaría la misma.

El proceso deliberativo debe contemplar la escucha activa y empática de su relato, de sus razones, de sus sentimientos y de sus valores.

El proceso deliberativo con el paciente es de suma importancia y tiene como finalidad certificar que lo indicado en la solicitud del paciente responde a la realidad. Es decir, que la petición se realiza *“de manera voluntaria... y que no sea el resultado de ninguna presión externa”*.

Esto hace que el proceso deliberativo del médico/a responsable con el paciente requiera de una especial atención para que la entrevista sea, empática en lo emocional, clara respecto a los contenidos y basada en la mutua confianza.

En consecuencia y como ocurre en todo proceso asistencial, la deliberación es la parte más importante de la entrevista asistencial, que busca conocer la voluntad del paciente como sus condicionamientos y obtener, en su caso, su consentimiento en esta prestación.

Se sugiere que se aborden las cuestiones médicas y psicológicas, familiares o sociales, espirituales, que comúnmente se tienen en cuenta en la práctica asistencial diaria para ayudar a que el médico/a responsable pueda discernir si el paciente actúa de forma voluntaria, sin presiones externas de ninguna índole y con conocimiento de causa sobre la prestación que solicita.

4.2.3.- Segunda solicitud

Transcurridos **al menos 15 días naturales** desde la primera solicitud, y si el paciente quiere seguir adelante con el proceso, podrá presentar al médico/a responsable la segunda solicitud de prestación de ayuda para morir.

Si el médico/a 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.

Una vez presentada la segunda solicitud, el médico/a responsable **retomará el proceso deliberativo** con el paciente en los dos días naturales para resolver cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente para finalizar el proceso deliberativo en el plazo máximo de 5 días.

4.2.4.- Prestación del consentimiento informado

Una vez finalizado el proceso deliberativo, y en las siguientes 24 horas, el médico/a responsable recabará del paciente su decisión de **continuar o desistir** de la solicitud de prestación de ayuda para morir:

- Si el paciente **desiste** de su solicitud, el médico/a responsable lo comunicará al equipo asistencial y se registrará en la historia clínica.
- Si el paciente **desea continuar** con el proceso, el médico/a responsable comunicará esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería. También se lo comunicará, si así lo desea el paciente, a los familiares o allegados que éste indique.

En el caso de que el paciente desee continuar con el proceso, el médico/a responsable deberá recabar del paciente **la firma del documento del consentimiento informado**. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

Siempre será necesario en el paciente capaz recabar el **consentimiento informado** para continuar con el procedimiento.

En los supuestos que el médico/a responsable considere una pérdida inminente de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado, 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. En este caso el paciente deberá firmar el consentimiento informado para poder continuar con el procedimiento.

En el supuesto de pérdida de capacidad sobrevenida durante el procedimiento, antes de que el paciente haya podido firmar el consentimiento informado, hay que seguir con el procedimiento del artículo 5.2. donde se establece de manera explícita la necesidad de valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico/a responsable, así como disponer de documento de instrucciones previas o documento equivalentes legalmente reconocidos.

Solo la persona solicitante puede consentir, ninguna otra persona puede dar el consentimiento en su nombre (sí que pueden firmar el consentimiento si este no puede rubricar el documento por imposibilidad física).

4.2.5.- Informe del médico/a consultor/a

Una vez finalizado el proceso deliberativo y recabado el consentimiento informado del paciente, el médico/a responsable deberá consultar el caso con un **médico/a consultor/a** con formación en el ámbito de la patología del paciente, y que no pertenezca al mismo equipo asistencial del médico/a responsable.

Dada las características del procedimiento y para el cumplimiento de los plazos, es aconsejable, siempre a criterio del médico/a responsable, anticipar la consulta con el médico/a consultor/a, para que éste pueda iniciarla.

El médico/a consultor/a deberá estudiar el caso, examinar al paciente, y verificar el cumplimiento de los requisitos contemplados en el **artículo 5.1 a y c de la LORE**. Además, verificará que el paciente:

- Ha formulado las **dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito**, fechada y firmada por el paciente o su representante, en su caso. También comprobará que el plazo transcurrido entre ambas solicitudes haya sido de al menos 15 días, y que se han cumplido todos los requisitos formales previstos en la LORE.
- Dispone **por escrito, o por otro medio, de la información** que exista sobre su proceso médico.
- Ha prestado por escrito, o por otros medios, su **consentimiento informado** y se ha incorporado a su historia clínica.

Tras verificar el cumplimiento de los anteriores requisitos, el médico/a consultor/a deberá **remitir su informe al médico/a responsable en el plazo máximo de 10 días** naturales desde la fecha de la segunda solicitud:

- Si el informe es **desfavorable**, el médico/a responsable informará al paciente la posibilidad de recurrir la decisión, en el plazo máximo de 15 días naturales, a la Comisión de Garantía y Evaluación.
- Si el informe es **favorable**, el médico/a responsable comunicará al paciente la posibilidad de continuar con el procedimiento en el plazo máximo de 24 horas.

Además, cuando el informe sea favorable, el médico/a responsable comunicará al **presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación**, en el plazo máximo de tres días **hábiles** desde la recepción del informe del médico/a consultor/a, la solicitud de prestación de ayuda para morir y el cumplimiento de los requisitos del procedimiento, para proceder a su verificación.

Además, en el supuesto de situación de incapacidad de hecho, el médico/a consultor/a verificará los requisitos referidos en el artículo 5.2 de la LORE.

4.2.6.- Verificación previa de la Comisión de Garantía y Evaluación

Una vez recibida la comunicación del médico/a responsable, el presidente/a de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, de entre sus miembros y en el plazo máximo de dos días naturales, a un **profesional de medicina y a un jurista** con el fin de verificar si, a su juicio, se cumplen los requisitos establecidos en la LORE. Durante el proceso de verificación, los dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación podrán entrevistarse, si así lo consideran, con el paciente y examinar su historia clínica. También podrán entrevistarse con el médico responsable y/o consultor, así como con el equipo sanitario, si lo consideran necesario.

Tras examinar el caso y verificar el cumplimiento de todos los requisitos, los dos miembros designados remitirán su **informe en el plazo máximo de 7 días naturales** al presidente/a de la Comisión de Garantía y Evaluación. A su vez, el presidente/a remitirá dicho informe al médico/a responsable en el **plazo máximo de 2 días naturales**.

El informe del profesional de medicina y del jurista designados por la Comisión de Garantía y Evaluación podrá ser favorable o desfavorable, o bien podría darse un desacuerdo entre ambos profesionales: Si el informe es **desfavorable**, el médico/a responsable informará al paciente de su derecho a reclamar la decisión ante el pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación.

- Cuando el paciente **decida recurrir la decisión ante el pleno**, éste deberá resolver la cuestión en el plazo máximo de 20 días naturales, sin que puedan participar en la resolución de la misma los dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud.
- Si la **decisión del pleno es favorable** a continuar con el proceso de prestación de ayuda para morir:

- En aquellos supuestos en que la **denegación tenga origen en un informe desfavorable del médico/a responsable**, la Comisión de Garantía y Evaluación 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/a del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios**.

-En los demás supuestos será el médico/a responsable el que pueda continuar con la realización de la prestación, junto con el equipo asistencial en los mismos plazos.

- Si el pleno no se pronuncia en los siguientes 20 días hábiles o su decisión es **contraria a continuar con el proceso**, el paciente tendrá derecho a recurrir la decisión ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.
 - Se recomienda informar al solicitante de sus derechos de recurrir ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en caso de que la decisión de la Comisión de Garantía y Evaluación sea desfavorable a su solicitud.

- Si el informe es **favorable**, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación de ayuda para morir.
- En el caso de que se produzca un **desacuerdo** entre el profesional médico y el jurista, la decisión se elevará al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente. La resolución se trasladará al médico/a responsable en los dos días siguientes, quién informará al paciente de la decisión y de la posibilidad de reclamarla, en su caso, ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

4.2.7.- Realización de la prestación de ayuda para morir

El contenido relativo a la realización de la prestación de ayuda para morir que produce el fallecimiento del paciente se contiene en el **apartado 5** de este Manual.

Es necesario señalar que el artículo 6.3 de la LORE prevé expresamente la posibilidad de que el paciente solicite el **aplazamiento** de la administración de la ayuda para morir.

4.2.8.- Verificación posterior de la Comisión de Garantía y Evaluación

Tras el fallecimiento del paciente, el médico/a responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de cinco días hábiles, los siguientes **documentos separados e identificados con un número de registro**:

- El **Documento primero**, sellado por el médico/a responsable, con los siguientes datos:
 - Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.
 - Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico responsable.
 - Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.
 - Nombre completo del representante que figura en el documento de instrucciones previas, si la persona solicitante lo hubiera formalizado. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.
- El **Documento segundo**, con los siguientes datos:
 - Sexo y edad de la persona solicitante de la prestación de ayuda para morir.
 - Fecha y lugar de la muerte.
 - Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.
 - Descripción de la patología padecida por la persona solicitante.
 - Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.
 - Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.
 - Si existía documento de instrucciones previas o documento legalmente equivalente, una copia, del mismo.
 - Procedimiento seguido por el médico/a responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.
 - Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.

Una vez concluida la tramitación de la prestación, ya sea por denegación en cualquiera de sus fases, por la finalización de la verificación de la prestación de ayuda para morir o resolución de las posibles reclamaciones si las hubiera, se procederá a archivar toda la documentación en la **historia clínica del paciente**.

4.3.- El registro en la Historia Clínica

La LORE establece una serie de obligaciones del médico/a responsable, médico/a consultor/a y del equipo asistencial en relación al registro en la historia clínica del paciente de las actuaciones y decisiones que se vayan produciendo durante el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir. En particular, debe dejarse registro en la historia clínica de:

- La recepción y comprensión por el paciente de la información sobre el proceso médico facilitada por escrito por el médico/a responsable.
- La primera solicitud, firmada por el paciente y rubricada por un profesional sanitario o por el médico/a responsable.
- La reducción del plazo de 15 días entre la primera y la segunda solicitud, cuando el médico/a responsable considere que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, en función de las circunstancias clínicas concurrentes.
- El informe del médico/a responsable.
- El informe del médico/a consultor/a.
- El consentimiento informado prestado por el paciente, previo a recibir la prestación de ayuda para morir.
- El documento de revocación de la solicitud.
- El informe sobre la valoración de la situación de incapacidad de hecho, cuando proceda.
- El informe de denegación motivado.
- Los documentos referenciados en la LORE, cuando correspondan.
- Cuando proceda, el uso del/los medicamentos fuera de ficha técnica de acuerdo al Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
- Cualquier otro, a criterio del médico/a responsable.

Recomendaciones

- Es recomendable que los sistemas de información sanitarios integren una aplicación *ad hoc* que dé soporte a todo el ciclo de vida del proceso y esté convenientemente integrada con la historia clínica electrónica. Deberá ser accesible a los profesionales sanitarios de forma que la información esté disponible allí donde sea necesario, sin que sea preciso cambiar de aplicación para consultarla.
- En caso de no poder desarrollar esta aplicación, sería aceptable la creación de un formulario en la historia clínica electrónica que estuviera suficientemente estructurado como para cumplir con todos los requisitos de intercambio de información con otras entidades.
- En relación al consentimiento informado, debe existir una copia digital con plena validez legal a disposición de todo profesional que intervenga en el proceso, en cualquier momento. Es recomendable que el consentimiento sea digital en origen y la firma se realice de forma electrónica. En los supuestos, en los que esta posibilidad no sea posible, **es aceptable la realización de un escaneo certificado de un consentimiento que fuera firmado en papel.**
- Las medidas que se deban tomar en el caso de un paciente capaz pero que no puede firmar, deben estar presididas por el principio de proporcionalidad, esto es, el menos invasivo. Claramente, como primera posibilidad, siempre que sea posible, es preferible la contenida en el art. 6.1 LORE (otra persona mayor de edad y plenamente capaz).
- Si lo anterior no fuera posible o conveniente, “*podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia*”. Por ejemplo, un video, pero ha de tenerse en cuenta su enorme incidencia en el ámbito de la intimidad del paciente y las exigencias rigurosas en materia de protección de datos, por lo que ha de considerarse un sistema aplicable solo en el caso de que no sea posible la firma por otra persona mayor de edad.
- Respecto a la necesaria interoperabilidad del proceso, se debe acordar la normalización de la información asociada al mismo.

4.4.- El documento de instrucciones previas o documento análogo

A través de un documento de instrucciones previas o documento análogo legalmente reconocido, 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. Tal es el caso de la situación de incapacidad de hecho que puede padecer el paciente, cuya valoración se contempla en el **Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho**.

El otorgante del documento de instrucciones previas puede designar, además, un **representante** para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico/a responsable y el equipo asistencial. Como consecuencia de la entrada en vigor de la LORE, el Ministerio de Sanidad está tramitando una modificación del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, que regula el **Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP)** y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, con el fin de actualizar la información mínima que deben trasladar las Comunidades Autónomas al RNIP. De esta forma, se incorporará la prestación de ayuda para morir en el apartado denominado “Materia de la declaración” de su Anexo.

Por su parte, el **fichero automatizado de datos de carácter personal**, regulado mediante la Orden SCO/2823/2007, de 14 de septiembre, será objeto de actualización a fin de incluir en el punto séptimo de su apartado a) sobre materias de la declaración, la prestación de ayuda para morir.

Un paciente en **situación de incapacidad de hecho**, solo podrá tener acceso a la prestación de ayuda para morir, **si dispone de un documento de instrucciones previas o documento equivalente** legalmente reconocido en el que se recoja de forma clara e inequívoca su voluntad de solicitar dicha prestación. Las comunidades autónomas deberán promover la información y acceso de la ciudadanía al documento de instrucciones previas o documento legalmente equivalente en cumplimiento a lo establecido por la LORE.

El documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido a la entrada en vigor de la ley, solo se podrá tener en cuenta cuando la **voluntad del paciente se exprese de manera clara e inequívoca**.

4.5.- Acceso a las personas con discapacidad

Durante todo el procedimiento regulado por la LORE se deben garantizar 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, han de adoptarse las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de sus derechos reconocidos.

Recomendaciones

- Las administraciones sanitarias competentes deberán garantizar que las personas con discapacidad puedan utilizar los apoyos, instrumentos y ajustes razonables que resulten precisos. Entre ellos, se incluyen los sistemas aumentativos y alternativos, braille, lectura fácil, pictogramas, dispositivos multimedia de fácil acceso, intérpretes, sistemas de apoyo a la comunicación oral, lengua de signos, lenguaje dactilológico, sistemas de comunicación táctil y otros dispositivos que permitan la comunicación, así como cualquier otro que resulte preciso.

- Todos los documentos recogidos en la LORE deben ser facilitados en formatos adecuados, accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad. En el caso de que no sean suficientes, deberán aplicarse los ajustes razonables pertinentes. Por ejemplo, un vídeo o un documento específico elaborado en Lectura Fácil, un intérprete de lengua de signos, un mediador comunicativo, etc.

- Cuando el paciente tenga una discapacidad que le impida cumplimentar, firmar y fechar la solicitud de prestación de ayuda para morir, la administración sanitaria pondrá a su disposición los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que le permitan expresar su decisión y dejar constancia por escrito de su voluntad. Ejemplos de estos medios pueden ser la grabación de un video, etc.

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Una vez el paciente ha manifestado su consentimiento informado, de forma libre y plenamente consciente, o se haya verificado una situación de incapacidad de hecho, tras la resolución favorable de la Comisión de Garantía y Evaluación el médico/a responsable comunicará al paciente o al representante del paciente en situación de incapacidad de hecho, la posibilidad de proceder a la realización de la prestación de ayuda para morir.

5.1.- Criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización

La realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios. En el caso de que el paciente se encuentre consciente, éste deberá **comunicar al médico/a responsable la modalidad** en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir. Sería recomendable que en el consentimiento informado recogiera la elección de la modalidad de la realización de la prestación.

Recomendaciones

Una vez concedida la prestación por la Comisión de Garantía y Evaluación, el médico/a responsable y el paciente **acordaran el “tiempo y forma”** de realización de la prestación. El momento adecuado en el que se debe prestar la ayuda para morir debe estar presidido por la **delicadeza, circunspección y trascendencia del acto**. Por tanto, se aplicará la **flexibilidad necesaria** de acuerdo con el paciente. Por ejemplo, el paciente podría manifestar que la prestación se lleve a cabo dentro de 15 días, para hacer coincidir la realización de la prestación con una fecha especial. Esta situación no se entiende como un aplazamiento.

Respecto **a la forma y tiempo de realización:**

El médico/a responsable se reunirá con el equipo asistencial e informará de la recepción de la resolución favorable. En esta reunión es aconsejable planificar la modalidad elegida por el paciente, y ordenar y diseñar la asistencia, apoyo y observación durante todo el proceso.

El médico/a responsable dialogará con el paciente para organizar todo lo relacionado sobre la forma de realización de la modalidad de la prestación de ayuda para morir, sobre el tiempo, el lugar, las condiciones y sobre su derecho al acompañamiento de familiares y allegados.

El acuerdo con el paciente sobre el tiempo y forma se comunicará al resto del equipo asistencial.

El paciente, en la medida de lo posible, podrá elegir el lugar para la realización de la prestación de ayuda para morir, pudiendo ser en su propio domicilio u hospital. En el caso de que el entorno sea el propio domicilio del paciente, se trasladará el equipo asistencial y el médico responsable al mismo.

Se garantizará al paciente y a sus familiares y allegados un entorno asistencial de confortabilidad y humanización en los cuidados. El médico/a responsable, el equipo asistencial y la administración sanitaria competente adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de los pacientes durante la realización de la prestación.

En el supuesto de una situación de incapacidad de hecho, el médico/a responsable llevará a cabo la realización de la prestación de ayuda para morir de acuerdo con lo dispuesto en el documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente

reconocido, siempre que su situación clínica lo permita y no haya ninguna contraindicación fundamentada. Si el paciente no hubiera indicado la modalidad de realización de la prestación, se optará por la vía intravenosa para la administración de los medicamentos.

5.2.- Solicitud de aplazamiento de la administración de la ayuda para morir

El artículo 6.3 de la LORE recoge expresamente la posibilidad de que el paciente pueda pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

La solicitud de aplazamiento por parte del paciente es una **situación distinta** a los criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación, definidos en el apartado anterior.

Tampoco debe confundirse el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir con la revocación de la solicitud manifestada por el paciente, que pone fin al procedimiento y puede realizarse en cualquier momento.

La solicitud de aplazamiento solo puede realizarse una vez la Comisión de Garantía y Evaluación ha emitido su informe favorable a la realización de la prestación.

Se recomienda que, en caso de que el paciente solicite el aplazamiento de la administración de ayuda para morir, se determine un plazo máximo de entre 1 y 2 meses, a fin de **garantizar que el paciente continúa cumpliendo todos los requisitos** exigidos en la LORE para acceder a la prestación durante ese periodo de tiempo. Transcurrido dicho plazo máximo, se entenderá que el paciente desiste del procedimiento iniciado.

5.3.- Recomendaciones sobre medicamentos a administrar durante el procedimiento incluido en la prestación de ayuda para morir

Las recomendaciones sobre medicamentos a administrar durante el procedimiento de realización de la prestación de ayuda para morir se incluyen en el **Anexo II** de este Manual.

5.4.- Certificado de defunción

La muerte como consecuencia 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.

El médico/a responsable debe certificar el fallecimiento del paciente. El certificado médico de defunción (CMD) deberá expresar:

- Como causa inmediata: Prestación de ayuda para morir (LO 3/2021).
- Como causa inicial o fundamental: la patología de base que genera una «enfermedad grave e incurable» o un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante».

6.- RECOMENDACIONES DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

6.1.- Marco normativo

Mediante el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, se garantiza la **seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios** directamente implicados en la prestación de la ayuda para morir. La LORE recoge la definición de objeción de conciencia en el artículo 3, apartado f, como:

el 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.

Además, en el artículo 16 de la LORE establece que:

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 ésta 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.

6.2.- Recomendaciones para el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios en el marco de la LORE

- 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 la LORE. Entre esas medidas se puede contemplar la figura de “equipos sanitarios de apoyo y asesoramiento”.
- La objeción de conciencia es un **derecho individual, no colectivo**. Tiene un carácter personal y, por lo tanto, no podrá ejercerse por una institución, un centro, un servicio o una unidad.
- La objeción debe ser **específica** y referida a las acciones concretas de la ayuda para morir. No puede extenderse a los cuidados derivados de la atención habitual que requiera el paciente.
- La objeción de conciencia es de carácter **concreto**, por lo que, en cuanto al alcance de la misma, este manual se ciñe a las **acciones y actos referidos** tanto en:
 - El **artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir**. El contenido de este precepto detalla las actuaciones que forman parte del procedimiento previo, cuando estos actos sean imprescindibles y directamente relacionados con la prestación. Se trata de constatar la voluntad clara, firme y decidida del paciente en solicitar la ayuda para morir, tras varias manifestaciones continuadas en tal sentido o producirse el desistimiento de la antes citada decisión.
 - El **artículo 11. Realización de la prestación de ayuda para morir**. Se trata de aquellas actuaciones que se realizan en el proceso final, de prescripción, administración o

suministro, dispensando observación y apoyo hasta el momento del fallecimiento del paciente.

Ambas actuaciones deben entenderse como parte del mismo procedimiento de prestación de ayuda para morir.

- De acuerdo con el artículo 16.1 de la LORE, los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir que podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia son aquellos que realicen **actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuales no fuese posible llevarla a cabo.**

Además de los profesionales de medicina y de enfermería que intervengan en el proceso final de prescripción o administración y suministro de medicamentos, podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia los médicos/as responsables y consultores/as, así como otros profesionales sanitarios que pudiesen intervenir en el procedimiento por requerírseles su participación, entre ellos los psicólogos clínicos.

Igualmente, podrán ejercerla los farmacéuticos/as en el caso de que sea necesaria la formulación magistral de alguno de los medicamentos que se van a administrar dentro del proceso de ayuda para morir, y en la preparación de kits de medicamentos.

- Los miembros de la **Comisión de Garantía y Evaluación formarán parte de ella de manera voluntaria**, a fin de evitar un posible ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia respecto a su integración en la misma. Deberá garantizarse que sus miembros no sean profesionales objetores a la LORE, a fin de asegurar el normal desarrollo del procedimiento de prestación de ayuda para morir.
- El profesional sanitario que sea objetor de conciencia y reciba una solicitud de ayuda para morir, deberá informar al paciente sobre el ejercicio de su derecho a la objeción y estará **obligado a derivar dicha solicitud a su inmediato superior o a otro profesional para iniciar el procedimiento (de acuerdo con lo que se establezca en cada comunidad autónoma).**
- Se aceptará **“la objeción sobrevenida” y la reversibilidad en la decisión**, puesto que la vida es un proceso dinámico en que las opiniones de los sujetos pueden cambiar, independientemente de que se haya podido declarar una objeción de conciencia general, previa y por escrito. Por lo tanto, en el Registro de objeción de conciencia, los profesionales sanitarios podrán inscribir sus declaraciones de objeción o anular las mismas en cualquier momento.
- **Las personas responsables de los centros sanitarios deberán conocer con qué objetores cuentan** en su centro para poder organizar la prestación. Siempre, bajo el requisito de estricta confidencialidad. Esta información no podrá utilizarse para otro fin que no sea el de garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.
- El **Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia podrá estructurarse** por las comunidades autónomas dentro del ejercicio de su competencia, **de forma única y centralizada o de forma descentralizada** en las direcciones asistenciales de las áreas sanitarias, siendo el responsable único la propia Administración. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.
- La coherencia de las actuaciones del objetor en relación con sus valores y creencias deberá poder **ser constatada en el conjunto de su actividad sanitaria.** No es ético objetar en el sistema público y no hacerlo en el privado o viceversa, pues la objeción de conciencia no es auténtica si se basa en motivaciones o razonamientos técnicos, jurídicos, laborales o de cualquier otra índole distinta a la propia conciencia moral.
- **No podrá discriminarse a ningún profesional sanitario que haya declarado su condición de objetor de conciencia.** No se podrán plantear exigencias, imponer consecuencias negativas ni generar ninguna clase de incentivos que busquen el desistimiento o la revocación de la

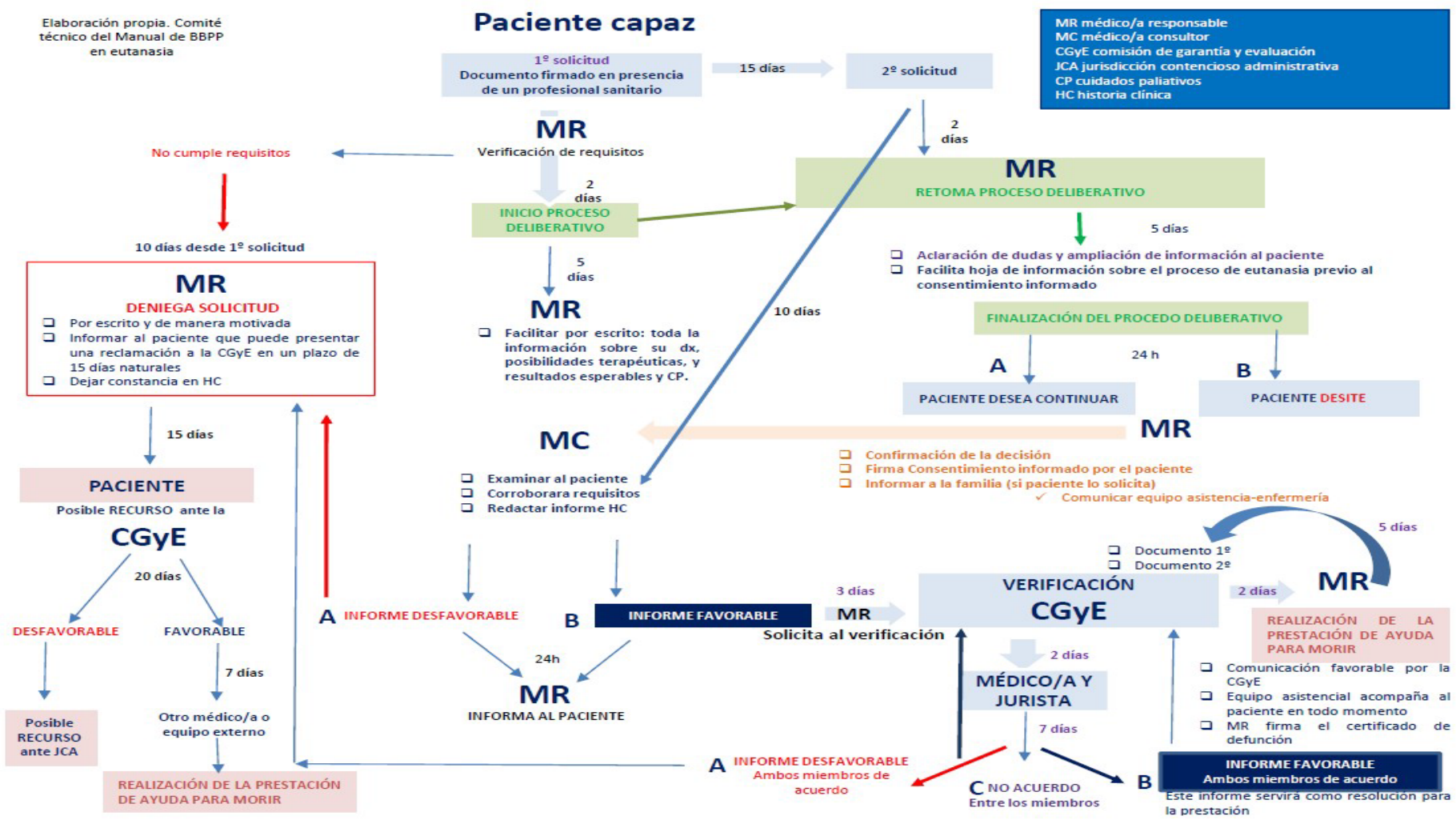
objeción. Las instituciones y equipos no presionarán a los profesionales bajo ninguna circunstancia, a fin de que éstos ejerciten o no su derecho a la objeción de conciencia en los términos que señala la LORE.

- **Las administraciones sanitarias garantizarán y facilitarán el derecho a la prestación de ayuda para morir.** El legítimo ejercicio del derecho a la objeción de conciencia no puede limitar, retrasar o condicionar la solicitud del paciente.
- **Las administraciones sanitarias informarán a los pacientes** del contenido y ejercicio del derecho a la objeción de conciencia. El ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios no supondrá merma o menoscabo de la atención sanitaria.
- **Los profesionales sanitarios tienen derecho a ser informados** sobre la naturaleza y funcionamiento del registro de objetores de conciencia de su comunidad autónoma y, especialmente, del uso de sus datos personales.
- El ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación sanitaria de ayuda para morir **no será aplicable al resto de actuaciones** sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información a pacientes y familiares, acompañamiento ni a los traslados intercentros.

DIAGRAMA DE PROCESOS

Elaboración propia. Comité técnico del Manual de BBPP en eutanasia

MR médico/a responsable
 MC médico/a consultor
 CGyE comisión de garantía y evaluación
 JCA jurisdicción contencioso administrativa
 CP cuidados paliativos
 HC historia clínica



ANEXO II. RECOMENDACIONES SOBRE MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

El objetivo de esta guía de recomendaciones sobre medicamentos a administrar durante la realización de la prestación de ayuda para morir es ofrecer un conjunto de recomendaciones, sobre los medicamentos a administrar y su manejo, que ayuden a los profesionales sanitarios del equipo asistencial que van a realizar la prestación de ayuda para morir.

Para la elaboración de este documento se ha realizado una revisión de las guías para la práctica de la eutanasia de los países con experiencia en la realización de la prestación de ayuda para morir (2-6, 9, 10) y se ha tenido en cuenta la disponibilidad y financiación de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (SNS). En base a esta información y al criterio de las personas expertas del grupo de trabajo se han consensado las recomendaciones que se recogen a continuación.

1. PRESTACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR. CONSIDERACIONES GENERALES

La prestación de ayuda para morir se puede producir en dos modalidades:

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

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

La eutanasia es una prestación sanitaria de reciente aprobación y no es una práctica habitual en nuestro país, por ello todos los profesionales implicados (medicina, enfermería, farmacia...) deben examinar juntos y en detalle todo el proceso de la eutanasia.

La realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios. **Durante la realización de la prestación de ayuda para morir, los profesionales sanitarios del equipo asistencial deben permanecer presentes en todo el proceso.**

En los casos en los que la prestación de ayuda para morir se realice mediante la **administración directa** al paciente de la medicación (vía intravenosa), el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, **asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.**

En el supuesto de que la eutanasia se realice mediante la **toma por parte del paciente de un medicamento (vía oral)**, el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir y entregar la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de **observación y apoyo a éste hasta el momento de su fallecimiento.**

En el caso de una situación de incapacidad de hecho, sería recomendable utilizar la vía iv siempre que el paciente no haya manifestado la elección de modalidad en el documento de instrucciones previas o equivalente.

2. MODALIDAD 1 DE PRESTACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR. ADMINISTRACIÓN DIRECTA (VÍA INTRAVENOSA)

Esta modalidad de prestación consiste en la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente. En esta modalidad la vía indicada para la administración de los medicamentos es la vía intravenosa.

La vía intravenosa (IV) puede tener ventajas e inconvenientes tanto para los profesionales que la utilizan como para el propio paciente. Entre las principales ventajas se encuentra la facilidad de administración y la eficacia para lograr el fallecimiento del paciente en un corto espacio de tiempo, además de ser una vía de administración que se puede utilizar en la práctica totalidad de los casos. Entre los inconvenientes, la dificultad para canalizar una vía venosa en el domicilio, por profesionales no habituados a realizar dicho procedimiento o por tratarse de pacientes frágiles y debilitados con dificultad habitual para acceder a una vía intravenosa.

Para eliminar el riesgo de errores de medicación que podrían dar lugar a infradosis, las recomendaciones recogidas en este documento se basan en dosis fijas (salvo premedicación) siendo el objetivo principal garantizar el fallecimiento del paciente en el menor tiempo posible, evitando sufrimiento innecesario. Las dosis para inducir la muerte se recomiendan sobre la base de 5 a 10 veces la ED95 de cada fármaco para individuos de 70 Kg para garantizar el efecto terapéutico y una duración de acción prolongada en una amplia población de pacientes de diferentes edades y pesos. La ED95 es la dosis necesaria para conseguir el efecto deseado en el 95% de la población.

Medicamento	ED95 (mg/kg)
Propofol	2.56
rocuronio	0.35
atracurio	0.25
cisatracurio	0.04

Fuente: bibliografía ref. 3, 12

Varios medicamentos recomendados en este documento se utilizarán en condiciones diferentes a las autorizadas en la ficha técnica. De acuerdo al Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, esta utilización entra dentro de la práctica clínica, no requiriendo autorización por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). El médico/a responsable deberá justificar en la historia clínica la necesidad del uso del/los medicamento/s y proporcionará la información necesaria al paciente, obteniendo su consentimiento conforme a la legislación vigente.

Así mismo, varios de estos medicamentos están calificados como de “Uso Hospitalario” pero en ocasiones se tendrán que utilizar en la comunidad (por ejemplo, domicilios). En estos casos, las CC.AA. establecerán los circuitos necesarios para el uso de estos medicamentos en el ámbito extrahospitalario.

2.1.- PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

TABLA RESUMEN MEDICAMENTOS VÍA IV	
Premedicación	
Midazolam	5-20 mg (IV) administración en 30 segundos
Adyuvante	

Lidocaína	40 mg (IV) administración en 30 segundos
Inductores del coma	
Propofol (de elección)	1.000 mg (IV) administración lenta 2,5-5 minutos
Tiopental (alternativa)	2000 mg (IV) administración lenta 2,5-5 minutos
Bloqueantes neuromusculares	
Atracuronio (de elección)	100 mg (IV) administración rápida
Cisatracurio (de elección)	30mg (IV) administración rápida
Rocuronio (de elección)	150mg (IV) administración rápida

Fuente: *Elaboración propia*. Comité Técnico elaboración MBBPP.

A. PREMEDICACIÓN.

Se recomienda administrar premedicación intravenosa para disminuir el nivel de consciencia previamente a la inducción del coma. **El medicamento recomendado es midazolam 5mg-20mg IV (3,6,9)**. La dosis de midazolam dependerá de la situación clínica del enfermo y de la toma habitual previa de benzodiazepinas.

B. ADYUVANTE

Los medicamentos inductores del coma pueden causar dolor cuando se administran por vía intravenosa. Para evitar este dolor se recomienda la administración previa de **40mg de lidocaína IV**.

La administración debe hacerse de forma lenta, en 30 segundos, para asegurar una adecuada impregnación de la vía venosa.

La lidocaína se puede administrar tanto de forma previa a la administración de propofol como mezclada con éste. La eficacia en cuanto a la reducción de la incidencia y los niveles altos de dolor asociados con la inyección de propofol es similar entre las dos técnicas (13).

En caso de alergia a la lidocaína, se puede administrar 1g de sulfato de magnesio (diluido en 10ml con solución salina normal) en administración lenta durante 5 minutos¹⁰.

C. MEDICAMENTOS INDUCTORES DEL COMA.

Tras la premedicación y el anestésico se administra el medicamento inductor del coma.

El medicamento de elección es propofol 1000 mg (IV) (3,6,9). Se recomienda la utilización de propofol en emulsión con triglicéridos de cadena media (Anexo I). La administración debe realizarse mediante inyección lenta durante 2.5-5 minutos.

¹⁰ La dosis se podría adaptar de acuerdo con la posología recogida en ficha técnica.

Como alternativa, en caso de no poder administrar propofol, se recomienda tiopental 2000 mg (IV) (3,6,9). mediante inyección lenta durante 2.5-5 minutos.

Antes de seguir con la administración de fármacos, el facultativo debe asegurarse que el coma se ha inducido correctamente (ver apartado 2.5. recomendaciones prácticas) y en caso de no cumplir las características, debe administrar otros 500 mg de propofol.

D. MEDICAMENTOS BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES.

Tras comprobar que el paciente está en un coma profundo, se administra el medicamento bloqueante neuromuscular.

El bloqueante neuromuscular se administra siempre, incluso si el paciente ha muerto tras la administración de la medicación de inducción del coma.

Los medicamentos de elección son atracurio 100 mg (IV) (3,6,9), cisatracurio 30mg¹¹ (IV) (6) o rocuronio 150mg¹² (IV) (6).

La administración se hace mediante administración rápida (en bolo).

Tras la administración del bloqueante neuromuscular es recomendable lavar el sistema con 10 ml de solución de cloruro de sodio al 0,9% para asegurar que se ha administrado toda la medicación.

En la Tabla I, se incluyen los nombres comerciales y presentaciones de los medicamentos autorizados por la AEMPS (fuente: CIMA <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>, Mayo/2021). La variedad de presentaciones y concentraciones hace necesaria una tabla que facilite el cálculo de la dosis. En la última columna se indica el número de viales o ampollas necesarias para conseguir las dosis recomendadas, para que sirva de referencia.

2.2.- MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN

La medicación de inducción del coma se puede administrar mediante inyección intravenosa directa o mediante infusión iv.

Se recomienda el uso preferente de la inyección intravenosa ya que facilita el proceso, tanto de preparación (por evitar las diluciones) como de administración al requerir un equipo más sencillo.

La bomba elastomérica no puede utilizarse para la administración del propofol ni del bloqueante neuromuscular y además requiere cierta experiencia en su manejo por lo que no se recomienda su utilización.

2.3.- KITS DE MEDICACIÓN

¹¹ Rango de dosis: 30-40mg.

¹² Rango de dosis 100-200mg.

Para prevenir errores de medicación y facilitar la administración se podrían elaborar kits con los medicamentos a utilizar.

Estos kits se podrían suministrar a los equipos asistenciales siguiendo los procedimientos establecidos en cada comunidad autónoma. Se suministrarán siempre dos kits por paciente.

Recomendaciones para la elaboración de los kits:

1. Los kits se deben preparar para cada paciente.
2. Los kits se elaborarán en los Servicios de Farmacia Hospitalaria y cuando sea necesaria la reconstitución previa a la administración del medicamento ésta se llevará a cabo siguiendo las normas de buenas prácticas de preparación de medicamentos y en condiciones que garanticen la esterilidad y la trazabilidad del producto final. Deberá quedar constancia por escrito del kit empleado y se devolverá al Servicio de Farmacia el kit sobrante.
3. Identificación del kit (código, referencia...) que permita su trazabilidad: paciente para el que va destinado, lote y caducidad de los medicamentos utilizados para su elaboración, fecha de elaboración del kit, caducidad del kit...
4. Siempre que sea posible se deben utilizar viales o ampollas en lugar de jeringas precargadas. Si la dosis de los medicamentos a administrar es un vial o ampolla completo puede ser el médico/a o la enfermera/o quien prepare la medicación en el momento de la administración para minimizar los problemas de estabilidad.
5. Cuando sea necesario se podrán incluir los medicamentos a administrar en jeringas precargadas y bien etiquetadas.
6. En el caso de que el servicio de farmacia prepare jeringas precargadas será especialmente importante tener en cuenta las condiciones de estabilidad, necesidad de refrigeración, etc.
7. Etiquetado claro del medicamento en cuanto al contenido y la dosificación de la jeringuilla.
8. Uso de jeringuillas de distinto tamaño para cada medicamento.
9. Uso de etiquetas codificadas por colores para cada medicamento indicando el orden de administración.

Desechar las jeringuillas sin etiquetar y devolverlas a la farmacia.

2.4. DURACIÓN DEL PROCESO

- La medicación de inducción del coma se administra en no más de 5 minutos. La pérdida de conciencia se produce en 1-2 minutos tras su administración. Tras comprobar que el paciente está en un coma profundo se administra el bloqueante neuromuscular de forma rápida.
- En unos pocos casos, la administración de la medicación inductora del coma puede conducir directamente a la parada respiratoria y a una posible parada cardíaca. En todos los demás casos, el bloqueante neuromuscular provocará una parada respiratoria total en pocos minutos, seguida

de una parada cardíaca. Sin embargo, a veces el corazón puede seguir latiendo durante algún tiempo, lo que prolonga el periodo entre la parada respiratoria y la parada cardíaca, hasta 20 minutos. Esto puede hacer que algunos pacientes se vuelvan cianóticos.

- Antes de la práctica de la eutanasia, debe explicarse claramente a los presentes que la parada respiratoria puede producirse rápidamente, pero que el corazón también puede seguir latiendo durante algún tiempo.
- Los profesionales sanitarios acompañarán hasta que se produzca la parada cardiorrespiratoria y se certifique la defunción.

2.5. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- En determinados pacientes puede plantear dificultades tener una adecuada vía venosa para administrar la medicación. Por ello, será fundamental asegurar una vía venosa adecuada y estable antes de iniciar todo el proceso para minimizar las tasas de fracaso. También se recomienda contar con una segunda vía accesoria.
- El acceso venoso será en una vena lo más grande posible, como la antecubital. Se recomienda utilizar 2 catéteres intravenosos de mayor calibre. El calibre 18G sería el más idóneo. Se evitará vías intravenosas de calibre 24 y los kits de agujas de mariposa. Esto disminuirá el dolor con la inyección de propofol o tiopental.
- Se debe comprobar que ambos catéteres intravenosos estén en la posición correcta dentro del lumen de la vena antes de administrar la medicación. Esto se puede comprobar con una descarga de solución salina de una sola vez o el uso de una solución intravenosa por "goteo".
- Si el paciente tiene ya una vía se mantendrá y utilizará ésta. Si el paciente dispone de una vía central (Port-a-cath, catéter central de acceso periférico...) no estará indicado buscar otro acceso venoso.
- Si no es posible disponer de un acceso venoso periférico adecuado, será indicación de colocar una vía central.
- Los medicamentos se administrarán con una sucesión rápida, así se pueden evitar posibles reacciones adversas y se produce una muerte más rápida. El mayor riesgo es la integridad de la vena, que debe vigilarse durante todo el proceso.
- Podría darse el caso de que los medicamentos administrados no hubieran sido eficaces, generalmente por migración de la vía iv. En estos casos se debe repetir la administración de la misma secuencia de medicamentos por la otra vía intravenosa que no se haya utilizado hasta entonces.
- Si se administra tiopental se debe lavar el sistema de infusión con 10 ml de solución de cloruro de sodio al 0,9% antes de administrar el bloqueante neuromuscular (para evitar problemas de precipitación).
- Se hará lavado con suero salino al final del proceso, tras haber administrado todos los medicamentos.

- Es de suma importancia que **el paciente no sea consciente de los efectos del bloqueante neuromuscular**. Antes de administrarlo se debe garantizar que el paciente está en un coma profundo inducido médicamente.

El coma inducido médicamente implica una reducción suficiente de la conciencia que se puede determinar sin realizar ningún procedimiento importante en el paciente. Las **características de un coma inducido médicamente** son las siguientes:

- El paciente no responde a los estímulos verbales.
- El paciente no responde a los estímulos dolorosos.
- Existe una depresión grave de la función cardiovascular, evidenciada por un pulso lento y débil.
- Existe una depresión grave de la ventilación, evidenciada por respiración lenta y superficial.
- El paciente carece de reflejos protectores, como el reflejo corneal.

2.6. COMPLICACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN IV FUERA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

Entre las complicaciones de la vía iv están la incapacidad para colocar un acceso intravenoso o la pérdida del acceso intravenoso durante la prestación. **Para prevenir estas complicaciones se recomienda:**

- Valorar la disponibilidad de un acceso vascular en el momento de la evaluación del paciente y en un momento cercano a la realización de la prestación si han transcurrido varias semanas o meses desde la evaluación.
- Insertar dos vías previo a la administración de los medicamentos, para disponer de una segunda vía en caso de que la primera falle. Si se pierde el acceso iv durante la administración de la medicación se debe cambiar la administración del medicamento a la otra vía iv.
- Considerar un acceso venoso central si el acceso periférico no es posible, en el caso de que la prestación se realice en el domicilio, se podría programar la colocación de dicha vía central en el hospital unos días antes.
- **Es recomendable que el equipo asistencial:**
 - Cuenten con un profesional con experiencia en la inserción de vías iv.
 - Dispongan, de forma rutinaria, de un segundo kit completo de medicación iv en cada asistencia.
 - Tenga un plan establecido en caso de que se pierda el acceso venoso una vez administrados los medicamentos y no se pueda obtener más acceso.
- **Reacciones adversas o demora del fallecimiento:**
 - Si se producen reacciones adversas (mioclonías, jadeo ...), el profesional médico debe estar preparado para aumentar las dosis de medicamentos a través de vía iv, con el objetivo de mejorar la comodidad del paciente y llevar el proceso a término.
 - El médico/a del equipo asistencial debe estar preparado para acelerar u omitir partes del protocolo, por ejemplo, si aparece una reacción paradójica al midazolam, el médico deberá estar preparado para prescindir de la administración de lidocaína y administrar directamente el propofol.

3. MODALIDAD 2 DE PRESTACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR. PRESCRIPCIÓN O SUMINISTRO

- Esta modalidad de prestación consiste en la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que el paciente se la pueda auto administrar para causar su propia muerte.
- Dentro de esta modalidad de prestación se pueden distinguir **dos vías de administración**:
 - **Administración oral.** Es el paciente quien toma, él mismo, los medicamentos suministrados por el equipo asistencial.
 - **Administración intravenosa.** En este caso es el paciente el que abre la llave de la bomba de infusión del medicamento inductor del coma, siendo así el propio paciente el que inicia el proceso.
- Si se opta por la administración oral, el médico responsable debe tener en cuenta los siguientes aspectos: el paciente debe ser capaz de tragar un volumen suficiente de líquidos, no debe tener náuseas, deshidratación y / o problemas gastrointestinales, trastornos del tránsito intestinal o que alteren significativamente la absorción. También se deben tener en cuenta los tratamientos con opioides, pues enlentecen el tránsito gastrointestinal y pueden disminuir la absorción, lo que puede aumentar el tiempo hasta la muerte.
- En la Tabla II se recogen los medicamentos recomendados y las dosis a utilizar en cada uno de los pasos del proceso, así como los nombres comerciales y las presentaciones autorizadas por la AEMPS (Fuente; CIMA, <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>, Mayo/2021).

3.1. - AUTOADMINISTRACIÓN VIA ORAL

3.1.1.- PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

A. PREMEDICACIÓN

A.1. Antieméticos

El primer paso es un paso preparatorio. Implica tomar un antiemético para minimizar el riesgo de vomitar el medicamento inductor del coma. Los **medicamentos recomendados son metoclopramida y ondansetrón** que se pueden administrar siguiendo las siguientes pautas (seleccionar una):

- a) Metoclopramida 30mg tomada 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.
- b) Ondansetrón 8-24 mg tomado 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.
- c) Metoclopramida 20mg más Ondansetrón 8-24mg 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.

Las pautas recogidas anteriormente simplifican el proceso, pero también se podrían indicar las siguientes pautas (seleccionar una):

- c) Metoclopramida 10mg /8 horas empezando 36 horas antes de la toma del producto.
- d) Ondansetrón 4 mg/12 horas, empezando 36 horas antes de la toma del producto.

La metoclopramida puede producir reacciones extrapiramidales: espasmos de los músculos de la cara, del cuello y de la lengua, incoordinación de los movimientos voluntarios y dificultad para mantenerse quieto. Aunque los efectos extrapiramidales son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes, en las personas que los hayan presentado se recomienda la utilización de ondansetrón.

El ondansetrón es un antiemético muy eficaz que se recomienda como alternativa a la metoclopramida. Rara vez se presenta un cuadro denominado serotoninérgico (palpitaciones, enrojecimiento y agitación) que puede limitar su utilización.

A.2. Ansiolíticos

Opcionalmente, en caso de que el paciente lo requiera, 30-45 minutos antes de la administración del medicamento inductor del coma se podría administrar un ansiolítico. También puede valorarse pautarlos 24-48h antes de la eutanasia para disminuir la ansiedad en los días previos.

Los medicamentos y las dosis recomendadas son los siguientes:

- a) Lorazepam 1-2mg vía oral
- b) Diazepam 10-25mg vía oral
- c) Midazolam 7.5-15mg vía oral

La dosis de ansiolítico dependerá de la situación clínica del enfermo y de la dosis y de la duración de la ingesta habitual del paciente de benzodiazepinas.

B. MEDICAMENTO INDUCTOR DEL COMA

El segundo paso es la toma de un medicamento inductor del coma que contenga **pentobarbital: solución oral de pentobarbital 15g en 100ml (6, 9)**.

Se recomienda utilizar pentobarbital ya que la producción de secobarbital es muy limitada lo que podría ocasionar problemas de suministro.

En España no hay comercializado ningún medicamento de uso humano que contenga pentobarbital o secobarbital, ni es posible conseguir un medicamento registrado en otro país en una presentación oral adecuada que contenga alguno de estos principios activos por lo que será necesario preparar una solución oral.

En el anexo III se incluyen la fórmula completa, así como las recomendaciones sobre su preparación y el almacenamiento. Para su elaboración, los Servicios de Farmacia Hospitalaria deberán obtener las materias primas a través de los mismos canales utilizados para la preparación de medicamentos. La solución de pentobarbital se puede elaborar previamente y es estable durante un mes a temperatura ambiente (25°C). No se debe refrigerar ni congelar.

- **Ante una situación de la falta de disponibilidad (desabastecimiento) de pentobarbital (y secobarbital) se recomienda utilizar la vía intravenosa.**
- Las CC.AA. podrán gestionar la solicitud de estos productos de forma centralizada, organizando un servicio de farmacia hospitalario como referente para toda la C.A.

3.1.2.- DURACIÓN DEL PROCESO

- El período de tiempo entre la administración del medicamento inductor del coma y el momento de la muerte varía de persona a persona, pero, en la gran mayoría de los casos, tarda menos de 30 minutos. Sin embargo, a veces puede llevar más tiempo (2-3 horas).
- Períodos prolongados como estos pueden dar lugar a situaciones difíciles por lo que es recomendable acordar un plazo máximo de 2 horas con el paciente y sus familiares. Si el paciente no ha fallecido en ese tiempo, entonces se debe iniciar el procedimiento de administración de medicamentos por vía intravenosa.
- En previsión de un alargamiento del tiempo del proceso por vía oral o de su fracaso, se debe evaluar la posibilidad de acceso vascular y se debe pactar previamente con el paciente el disponer de un acceso venoso antes de iniciar el proceso vía oral, por si fuera necesario utilizarlo.

3.1.3.- RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- De forma general **se debe disponer una vía intravenosa en todos los pacientes antes de iniciar el proceso** por si fuese necesario utilizarla.
- Se recomienda ayuno de 6 horas y tomar una comida ligera como una infusión con tostadas, aproximadamente 1 hora antes de tomar el medicamento inductor del coma. La probabilidad de provocar el reflejo del vómito causado por la ingesta de una solución amarga se reduce teniendo algo de comida en el estómago. Esta comida no debe ser abundante ni de digestión difícil ya que ralentizaría la absorción del fármaco y por consiguiente todo el proceso.
- Durante la ingestión del medicamento el paciente debe adoptar la posición estándar de Fowler, en una posición semisentada de aproximadamente 45-60° con las rodillas extendidas o flexionadas y permanecer sentado durante al menos 20 minutos, incluso si está inconsciente, para optimizar la absorción y prevenir la regurgitación.

El paciente debe consumir todo el medicamento en 4 minutos. Se debe evitar el uso de pajita ya que puede ralentizar la ingesta. Se debe asegurar la ingesta completa de la dosis. Se permite la toma de líquidos entre tragos siempre que no prolongue la duración de la toma.

- En el caso de que el paciente no pueda sostener el vaso con la solución, será un profesional sanitario del equipo asistencial quien ayude en todo lo necesario durante el proceso.

- Después de consumir todo el medicamento el paciente, si lo desea puede beber medio vaso de agua. El sabor amargo residual del medicamento se puede mitigar tomando algo con un sabor diferente como chocolate, un licor fuerte, o una bebida no carbonatada a temperatura ambiente, medio vaso. Deben evitarse licores o bebidas cremosas y lechosas.
- **Si el paciente vomita es aconsejable utilizar la vía intravenosa.**
- La medicación también se podrá administrar a pacientes portadores de sonda nasogástrica (se debería enjuagar previamente para asegurar que no se bloquee durante la administración de la medicación).

La sonda nasogástrica dispone de un mecanismo de apertura/cierre que puede, en la mayoría de ocasiones, abrir y cerrar el paciente. También existen bombas de nutrición enteral que se conectan a la sonda nasogástrica del paciente y se puede accionar igual que las bombas de administración intravenosa. En ambos casos podría considerarse autoadministración.

3.1.4.- AUTOADMINISTRACIÓN VIA INTRAVENOSA

Dentro de la modalidad 2 de prestación (prescripción o suministro) se puede considerar también la vía intravenosa.

En este caso la administración intravenosa se haría mediante infusión iv, de forma que fuese el paciente el que abriera la llave de la vía de entrada del medicamento inductor del coma, iniciando él mismo el proceso. Tras este paso, y una vez comprobado que el paciente está en coma profundo, será el profesional sanitario el que administre el medicamento bloqueante neuromuscular.

Los medicamentos a utilizar y pauta de administración son los mismos que se recogen en la modalidad de administración directa (punto 2.1).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la dosis de midazolam (premedicación) debe ser la adecuada para producir una sedación consciente y que el paciente pueda abrir la llave. De acuerdo con la ficha técnica del medicamento esta dosis es de entre 0.5mg y 2.5mg dependiendo de las características del paciente. Alternativamente se puede valorar la utilización de ansiolíticos por vía oral (ver el apartado de autoadministración oral).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Neuvième rapport aux Chambres législatives. 2018 – 2019. Disponible en:
https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf
2. Bakewell, F, Naik VN. Complications with Medical Assistance in Dying (MAiD) in the Community in Canada. Review and Recommendations. 2019
3. Harty, C. et al. Intravenous MAiD Medication Protocols in Canada. Review and Recommendations. 2020.
4. Harty, C., et al. The Oral MAiD Option in Canada Part 1: Medication Protocols Review and Recommendations. 2018.
5. Harty, C., et al. The Oral MAiD Option in Canada Part 2: Processes for Providing Review and Recommendations. 2018.
6. KNMG/KNMP. Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Netherlands, 2012.
7. Health Canada. Fourth interim report on medical assistance in dying in Canada, 2019.
8. Zworth M, Saleh C, Ball I, et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping review. *BMJ Open* 2020;10:e036054. doi:10.1136/bmjopen-2019036054
9. APB. Euthanasie. Directives pratiques pour le pharmacien. 2015. Disponible en:
http://www.appl.be/Upload/Euthanasie_DOCU_FR_2018.pdf
10. MSPS. Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 1-120
11. Nitschke,P; Stewart,F. The Peaceful Pill Handbook. Exit International USA. 2020
12. Chamorro, C., et al. Nuevos bloqueadores neuromusculares. *Medicina intensiva*, 2001, vol. 25, no 9, p. 340-343
13. Euasobhon P, Dej-arkom S, Siriussawakul A, Muangman S, Sriraj W, Pattanittum P, Lumbiganon P. Lidocaine for reducing propofol-induced pain on induction of anaesthesia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD007874. DOI: 10.1002/14651858.CD007874.pub2

I. Medicamentos y dosis a utilizar (vía intravenosa). Nombres comerciales y presentaciones en España financiadas en el SNS a fecha 06/2021.

Activo	necesaria	Dosis Principio	Nombre comercial	Presentación	Concentración	Dosis necesaria/volumen según presentación
Premedicación (IV)						
Midazolam HCl	5-20 mg	MIDAZOLAM NORMON 15 mg/3 ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla de 3 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg- 4 ml	
		MIDAZOLAM NORMON 5 mg/5 ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla de 5 ml	1 mg/ml	5 mg - 5 ml 15 mg - 15 ml 20 mg - 20 ml	
		MIDAZOLAM NORMON 50 mg/10 ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla de 10 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml	
		MIDAZOLAM ACCORD 5 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Ampolla de 1ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg- 4 ml	
			Ampolla de 3 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml	
			Ampolla 10 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml	
		MIDAZOLAM REIG JOFRE 15 mg/3 ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 3 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml	
		MIDAZOLAM SALA 15mg/3ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 3 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml	
MIDAZOLAM SALA 5mg/5ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 5 ml	1 mg/ml	5 mg - 5 ml 15 mg - 15 ml 20 mg - 20 ml			

		MIDAZOLAM SALA 50mg/10ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 10 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml
		MIDAZOLAM SERRACLINICS 15mg/3ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 3 ml	5 mg/ml	
		MIDAZOLAM SERRACLINICS 5 mg/ ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 1 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml
		MIDAZOLAM SERRACLINICS 5mg/5ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 5 ml	1 mg/ml	5 mg - 5 ml 15 mg - 15 ml 20 mg - 20 ml
Anestésico Local (IV)					
Lidocaína HCl	40 mg	LIDOCAINA B. BRAUN 10 mg/ml solución inyectable	Ampolla 10 ml	10 mg/ml	40 mg - 4 ml
		LIDOCAINA B. BRAUN 20 mg/ml solución inyectable	Ampolla 10 ml	20 mg/ml	40 mg - 2 ml
		LIDOCAINA KABI 10 MG/ML SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 10 ml	10 mg/ml	40 mg - 4 ml
		LIDOCAINA KABI 20 MG/ML SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 10 ml	20 mg/ml	40 mg - 2 ml
		LIDOCAINA NORMON 10 mg/ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 10 ml	10 mg/ml	40 mg - 4 ml
		LIDOCAINA NORMON 20 mg/ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 5 ml	20 mg/ml	40 mg - 2 ml
			Ampolla 10 ml	20 mg/ml	40 mg - 2 ml

I (continuación.) Medicamentos y dosis a utilizar (vía intravenosa). Nombres comerciales y presentaciones en España financiadas en el SNS a fecha 06/2021.

Principio Activo	Dosis necesaria	Nombre comercial	Presentación	Concentración	Dosis necesaria/volumen según presentación
Inductores del coma					
Tiopental sódico	2000 mg	TIOBARBITAL BRAUN 0,5 G	Polvo y disolvente	500 mg	2000 mg - 4 viales
		TIOBARBITAL BRAUN 1 G	Polvo y disolvente	1000 mg	2000 mg - 2 viales
Propofol (con TG de cadena media)	1000 mg	PROPOFOL LIPURO 10 mg/ml EMULSIÓN INYECTABLE Y PARA PERFUSIÓN	Ampolla 20 ml	10 mg/ml	1000 mg - 5 ampollas
			Vial 50 ml	10 mg/ml	1000 mg - 2 viales
			Vial 100 ml	10 mg/ml	1000 mg - 1 vial
		PROPOFOL LIPURO 20 mg/ml EMULSIÓN INYECTABLE y PARA PERFUSIÓN	Vial 50 ml	20 mg/ml	1000 mg - 1 vial
		PROPOFOL BAXTER 10MG/ML EMULSION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Vial 20 ml	10 mg/ml	1000 mg - 5 viales
			Vial 50 ml	10 mg/ml	1000 mg - 2 viales
			Vial 100 ml	10 mg/ml	1000 mg - 1 vial
		PROPOFOL BAXTER 20MG/ML EMULSION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Vial 50 ml	20 mg/ml	1000 mg - 1 vial
		PROPOFOL LIPOVEN FRESENIUS 10 mg/ml EMULSION INYECTABLE Y PARA PERFUSION	Ampolla 20 ml	10 mg/ml	1000 mg - 5 ampollas
			Vial 50 ml	10 mg/ml	1000 mg - 2 viales
			Vial 100 ml	10 mg/ml	1000 mg - 1 vial
		PROPOFOL LIPOVEN FRESENIUS 20 mg/ml EMULSION INYECTABLE Y PARA PERFUSION	Vial 50 ml	20 mg/ml	1000 mg - 1 vial
			Vial 100 ml	20 mg/ml	1000 mg - 0,5 vial

I (continuación.) Medicamentos y dosis a utilizar (vía intravenosa). Nombres comerciales y presentaciones en España financiadas en el SNS a fecha 06/2021.

Principio Activo /Dosis necesaria	Nombre comercial /Presentación	Concentración	Dosis necesaria/volumen según presentación
Bloqueante Neuromuscular (IV)			
Rocuronio bromuro	150 mg	ESMERON 10 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION	Vial 5 ml 10 mg/ml 150 mg - 3 viales (15 ml)
		ROCURONIO B. BRAUN 10 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Ampolla 5 ml 10 mg/ml 150 mg- 3 ampollas (15ml)
		ROCURONIO KABI 10 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Vial 5 ml 10 mg/ml 150 mg - 3 viales (15ml)
		ROCURONIO TAMARANG 10 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Vial 5 ml 10 mg/ml 150 mg - 3 viales (15ml)
			Vial 10 ml 10 mg/ml 150 mg - 1,5 viales (15 ml)
Atracurio besilato	100 mg	TRACRIUM 10 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE Y PARA PERFUSIÓN	Ampollas 2,5 ml 10 mg/ml 100mg - 4 ampollas (10ml)
			Ampollas 5 ml 10 mg/ml 100mg -2 ampollas (10ml)
Cisatracurio besilato	30 mg	CISATRACURIO NORMON 2 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Vial 5 ml 2 mg/ml 30 mg - 3 viales (15 ml)
			Vial 10 ml 2 mg/ml 30 mg - 1,5 viales (15 ml)
	CISATRACURIO PFIZER 2 MG/ML SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Ampolla 5 ml 2 mg/ml 30 mg - 3 ampollas (15 ml)	
		Ampolla 10 ml 2 mg/ml 30 mg - 1,5 ampollas (15 ml)	
	CISATRACURIO SALA 2 MG/ML SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Ampolla 5 ml 2 mg/ml 30 mg - 3 ampollas (15 ml)	
		Ampolla 10 ml 2 mg/ml 30 mg - 1,5 ampollas (15 ml)	
	NIMBEX 2 mg/ml SOLUCION INYECTABLE/PERFUSION	Ampolla 5 ml 2 mg/ml 30 mg - 3 ampollas (15 ml)	
		Ampolla 10 ml 2 mg/ml 30 mg - 1,5 ampollas (15 ml)	

II. Medicamentos y dosis a utilizar (vía oral). Nombres comerciales y presentaciones en España a fecha 06/2021.

Principio Activo	Dosis necesaria	Nombre comercial	Presentación	Concentración/dosis			
Antieméticos							
Metoclopramida HCl (oral)	30mg	PRIMPERAN 10 mg COMPRIMIDOS	Comprimidos 10 mg				
		METOCLOPRAMIDA ACCORD 10 MG COMPRIMIDOS EFG					
		METOCLOPRAMIDA KERN PHARMA 1 mg/ml SOLUCION ORAL EFG	Frasco 250 ml				
		METOCLOPRAMIDA PENZA 1 mg/ml SOLUCION ORAL EFG					
		PRIMPERAN 1 MG/ML SOLUCIÓN ORAL	Frasco de 200 ml		1 mg/ml 30ml		
Ondansetron	8-24mg	ZOFRAN ZYDIS 4 MG LIOFILIZADO ORAL	Comprimidos 4mg	2-6 comp			
		ONDANSETRÓN BLUEFISH 4MG COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG					
		ONDANSETRÓN MYLAN 4 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG					
		ONDANSETRÓN QUALIGEN 4 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG					
		ONDANSETRÓN NORMON 4 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG					
		ONDANSETRÓN RATIO 4 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG					
		ZOFRAN ZYDIS 8 MG LIOFILIZADO ORAL			Comprimidos 8mg		
		ONDANSETRÓN NORMON 8 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG					
		ONDANSETRÓN BLUEFISH 8MG COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG					
		ONDANSETRÓN MYLAN 8 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG					
		ONDANSETRÓN QUALIGEN 8 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG					
		ONDANSETRÓN RATIO 8 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG					
		Barbitúricos					
		Pentobarbital sódico	15g		No hay disponible ninguna presentación comercial. Formulación magistral en solución oral.		15 g - 100ml

Tabla III. *Recomendaciones sobre la preparación y el almacenamiento de la solución oral de pentobarbital*

Solución oral de pentobarbital al 15% 100ml:

➤ **Composición:**

Solución oral de pentobarbital al 15% 100ml:

Pentobarbital	15g
Etanol 96%	16.2g (20ml)
Agua purificada	15g (15 ml)
Propilenglicol	10.4g (10ml)
Sacarina sódica	250mg
Jarabe simple	65g (50ml)
Aceite esencial de anís estrellado (saborizante)	1 gota

121.85 g (100 ml)

➤ **Instrucciones de preparación:**

1. Mezclar el agua purificada, el propilenglicol y el alcohol.
2. Añadir el pentobarbital a esta solución sin dejar de remover.
3. Añadir la sacarina sódica.
4. Mezclar la solución anterior con el jarabe simple y el saborizante (por ejemplo, anís estrellado).
5. Envasar en un frasco topacio.

Comentarios

El pentobarbital sódico se disuelve eficazmente en agua, aunque la disolución puede ser lenta.

La solución tiene un pH de entre 10,0 y 10,5. Bajo la influencia del CO₂ en el aire, el nivel de pH puede reducirse gradualmente, lo que puede provocar la cristalización del pentobarbital.

El etanol y el propilenglicol evitan la cristalización del principio activo y actúan como conservantes.

Caducidad y conservación:

Caducidad: 1 mes.

Conservación: temperatura ambiente (25°C), protegido de la luz. No refrigerar ni congelar.

Tabla IV. Datos clínicos y propiedades farmacológicas de los medicamentos recomendados en la prestación de ayuda para morir

A continuación, se recogen los enlaces donde se pueden consultar datos clínicos y las propiedades farmacológicas de los principales medicamentos recomendados en cada una de las modalidades de prestación. Esta información se refiere a las condiciones de uso autorizadas en las fichas técnicas autorizadas de cada uno de los medicamentos y que están disponibles en:

<https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>

- Midazolam: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/65796/FT_65796.pdf
- Lidocaina: https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/44793/FT_44793.html
- Propofol: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/65796/FT_65796.pdf
- Cisatracurio: https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/61199/FT_61199.html
- Atracurio: https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/57335/FT_57335.html Rocuronio:
https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/72862/FT_72862.html Metoclopramida:
https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/41446/FT_41446.html
- Ondansetrón: https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/62945/FT_62945.html

ANEXO III. Documentos Comunes

Estos documentos son modelos orientativos, que recogen contenido básico y que deben ser adaptados en todo caso por las distintas comunidades y ciudades autónomas.

Se debería disponer de **dos ejemplares**, uno para *el/a interesado/a* y otro para la *Administración*.

RELACIÓN DE MODELOS DE DOCUMENTOS EN EL MARCO DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.

Nº	MODELO	REFERENCIA LEY_OBSERVACIONES
1º	SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 1ª SOLICITUD	<p>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir. 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.</p> <p>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.</p>
2º	SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE 2.1.- Presentado por parte del médico/a responsable 2.2.- Presentado por otra persona	<p>Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de 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.</p>
3º	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL/LA PACIENTE	<p>Este documento contiene toda la información necesaria con el fin de que pueda tomar una decisión plena e informada sobre su derecho a la prestación de ayuda para morir.</p>
4º	INFORMACIÓN PROCESO MÉDICO/A RESPONSABLE E INFORMACIÓN	<p>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir. 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.</p> <p>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.</p>
5º	REVOCACIÓN/APLAZAMIENTO SOLICITUD ✓ Revocación en cualquier momento del procedimiento ✓ Aplazamiento una vez autorizada la prestación	<p>Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir. 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.</p>
6º	SOLICITUD DE CONTINUAR/DESISTIR DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	<p>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir. 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.</p>
		<p>En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial.</p>

<p>10º</p>	<p>INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 1º</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plazo 2 días naturales de recibida la solicitud para realizar el informe. ✓ Plazo 5 días naturales de recibida la solicitud para facilitar al paciente copia del informe. 	<p>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</p> <p>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.</p>
<p>11º</p>	<p>SOLICITUD PRESTACIÓN AYUDA MORIR: 2ª Solicitud</p> <p>Plazo al menos 15 días naturales de la primera solicitud.</p>	<p>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</p> <p>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.</p>
<p>12º</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. Finalización del proceso deliberativo médico/a responsable – paciente.</p> <p>12.1.- Consentimiento informado para recibir la prestación de ayuda para morir. 12.2.- Documento Información para el REPRESENTANTE/INTERLOCUTOR del/la paciente en la situación clínica de incapacidad de hecho.</p>	
<p>13º</p>	<p>CONCLUSIONES INFORME MÉDICO CONSULTOR</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plazo de 10 días naturales de recibida la segunda solicitud para realizar el informe. ✓ Para recurrir usar el Modelo 9. 	<p>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>14º</p>	<p>COMUNICACIÓN MÉDICA A LA CGyE</p> <p>Plazo de 3 días hábiles de informe favorable del médico/a consultor/a.</p>	<p>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</p> <p>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.</p>

MODELOS DE FORMULARIOS¹³

¹³ Los modelos se proporcionan a modo de ejemplo, y para facilitar la labor de los profesionales sanitarios. Están destinados a ser adaptados por cada Comunidad Autónoma.

<p>SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 1ª Solicitud (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)</p>	<p>Modelo 1 Exp. nº _____</p>
<p>Yo, _____ con DNI/NIE nº _____ _____ mayor de edad, con domicilio en _____ (localidad) _____ Calle _____ _____ Código postal _____ Teléfono/s _____ Correo electrónico _____ y _____ teniendo en cuenta que poseo (señálese lo que proceda):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Nacionalidad española. <input type="checkbox"/> La residencia legal en España. <input type="checkbox"/> Un certificado de empadronamiento que acredite, un tiempo de permanencia en el territorio español, superior a doce meses. <p style="text-align: center;">DECLARO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud. ▪ Que NO tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud. ▪ Que estimo que sufro: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Una enfermedad grave e incurable. <input type="checkbox"/> Padecimiento grave, crónico e imposibilitante. SOLICITO, por PRIMERA VEZ <p style="text-align: center;">La prestación de ayuda para morir, por lo que firmo,</p> <p style="text-align: center;">En _____, a ____ de _____ de 20__</p> <p>Fdo.: El/la paciente Fdo.: El médico/a responsable</p>	

<p>Yo, _____, mayor de edad y plenamente capaz, con DNI/NIE nº _____</p> <p style="text-align: center;">DECLARO</p> <p>Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento</p> <p>En _____, a ____ de _____ de 20__</p> <p style="text-align: center;">FIRMA</p>

<p>PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD</p> <p>Nombre y apellidos _____ DNI _____</p> <p>Profesión _____</p> <p>Colegiado nº _____</p> <p>Centro de trabajo _____</p> <p>En _____, a ____ de _____ de 20__</p> <p style="text-align: center;">FIRMA</p>
--

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

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir. 1. La solicitud de prestación de ayuda para morir 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. 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.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE. Art. 5.2 LORE

(presentado por parte del médico/a que lo trata)

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

Modelo 2.1

Exp. nº _____

Yo, _____ Colegiado nº _____
 Médico/a que trata paciente _____ con DNI/NIE nº _____,
 con domicilio en (localidad) _____ C/
 _____ Código Postal _____

MANIFIESTO:

- Que el/la paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades, ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de prestación de ayuda para morir.
- E incluyo:
 El documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido de fecha: _____.

Presento la solicitud de ayuda para morir de Don/Doña: _____

En _____ a _____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A

PROFESIONAL SANITARIO O MÉDICO/A RESPONSABLE QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos _____ DNI _____

Profesión _____ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de 2021, de regulación de la eutanasia. _____

Colegiado nº _____

Centro de trabajo _____

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de 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 el 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) 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.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

EN NOMBRE DEL PACIENTE. Art. 5.2

(presentado POR OTRA PERSONA)

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

Modelo 2.2

Exp. nº _____

Yo, _____, mayor de edad y plenamente capaz, con DNI/NIE nº _____

DECLARO

Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA

PROFESIONAL SANITARIO O MÉDICO/A RESPONSABLE QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____

Profesión _____

Colegiado nº _____

Centro de trabajo _____

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE QUE HA SOLICITADO
SU DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**
(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

Este documento contiene toda la información necesaria con el fin de que pueda tomar una decisión plena e informada sobre su derecho a la prestación de ayuda para morir.

Es **fundamental que Usted** haya comprendido la totalidad de la información para que pueda **PRESTAR SU CONFORMIDAD LIBRE, VOLUNTARIA, CONSCIENTE Y EN PLENO USO DE SUS FACULTADES.**

Todo el equipo asistencial estará disponible para resolver sus dudas o remitirle al profesional adecuado para que sea informado.

Deberá firmar por escrito **el documento de consentimiento informado una vez que haya finalizado el proceso deliberativo que debe realizar conjuntamente con el medico/a responsable** y que se incorporará como Anexo a este Documento de información.

RECUERDE: tiene derecho a que le faciliten información sobre **el Manual de Buenas Prácticas** aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el formato adecuado.

A continuación, se le **INFORMA** sobre diversos aspectos esenciales para el ejercicio **de su derecho a la prestación de ayuda para morir:**

1. ¿En qué consiste su derecho a la prestación de ayuda para morir?.

Consiste en proporcionarle **el equipo asistencial y los medios necesarios para la efectiva realización de la prestación de ayuda para morir**, una vez que ha manifestado su deseo de morir y con pleno sometimiento al procedimiento y garantías establecidos en la Ley. En todo este proceso **estará acompañado** por el equipo sanitario y asistencial. **Su derecho de acuerdo con la ley es reconocido mediante resolución de la Comisión de Garantía y**

Evaluación de la Comunidad Autónoma de (...), el médico/medica responsable le informará cuando se notifique oficialmente.

2. ¿Cuáles son los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir?.

- Ser mayor de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- Sufrir **una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante**, certificada por el médico/a responsable y por un médico/a consultor/a.

Y, prestar **consentimiento informado** previamente a recibir la prestación de ayuda para morir.

3. ¿Cuáles son las modalidades posibles de prestación de ayuda para morir?.

- a) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
- b) O, la prescripción o suministro por parte del profesional sanitario de una sustancia de manera que usted se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte.

Usted tiene derecho a elegir entre dichas las modalidades siendo previamente informado por su médico/a responsable de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, y de las contraindicaciones de la vía oral.

4. **¿Qué garantías existen para que usted tenga una información sólida para una adecuada, plena, libre y genuina decisión?** Es necesario que **DISPONGA POR ESCRITO** de la información que exista sobre:

- su **proceso médico**.
- las **diferentes alternativas y posibilidades** de actuación.
- el **acceso a cuidados paliativos integrales** comprendidos en la cartera común de servicios
- el **acceso las prestaciones que tuviera derecho** de conformidad a la normativa de **atención a la dependencia**.

Presentada su solicitud del derecho a la prestación de ayuda para morir, **se abrirá un proceso deliberativo** entre usted y el/la médico/a responsable.

5. **¿Puede denegarse la solicitud del derecho a la prestación de ayuda para morir?** Sí. El **médico/a** responsable puede **denegar la solicitud** de la prestación de ayuda para morir en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, **siempre por escrito** y de **forma motivada**.

Dicha denegación también puede ser denegada por el/la médico/a consultor/a o por la propia Comisión de Garantía y Evaluación.

Asimismo, **el médico/a responsable le informará a usted como solicitante de la posibilidad de presentar una reclamación en el plazo máximo de quince días naturales ante la Comisión de Garantía y Evaluación**.

6. **¿Qué es la Comisión de Garantía y Evaluación en el marco del derecho a la prestación de ayuda para morir?**

Es **un órgano colegiado** que tiene competencia para el reconocimiento legal del derecho a la prestación de ayuda para morir. Realiza **un control de legalidad sobre todo el procedimiento seguido, e igualmente es el órgano ante el que los pacientes pueden presentar reclamaciones contra las denegaciones de su solicitud**. Tiene derecho **a recibir amplia información** sobre el procedimiento a seguir ante la Comisión de Garantía y Evaluación y ante los órganos judiciales.

7. **¿Qué procedimiento ha de seguir el médico/a responsable una vez que recibe SU SOLICITUD de prestación de ayuda para morir y qué requisitos debe verificar?**

Paso 1: Abrirá con usted un proceso deliberativo.

El médico/a responsable abrirá un proceso deliberativo sobre SU DIAGNÓSTICO, POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS ESPERABLES, SOBRE POSIBLES CUIDADOS PALIATIVOS. El médico/a debe asegurarse que USTED COMPRENDE TODA LA INFORMACIÓN QUE LE FACILITA y **abordará las cuestiones que considere oportunas para discernir si usted actúa de forma voluntaria, sin presiones externas de ninguna índole y con conocimiento de causa sobre la prestación que solicita**. Tiene derecho a recibir toda la información por escrito o en cualquier otro formato.

Paso 2: Reanudará de nuevo un proceso deliberativo.

Tras recibir su segunda solicitud el médico/a responsable retomará con usted **el proceso deliberativo** al objeto de atender cualquier duda o necesidad de ampliación de información que le pueda plantear.

Paso 3: Fin del proceso deliberativo y recabar decisión de continuar mediante el documento de consentimiento informado.

Tras la finalización del proceso deliberativo, el médico/a responsable recabará de usted, su **decisión de continuar o desistir de la solicitud**. El médico/a responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, si usted lo indicase, a sus familiares o allegados.

Paso 4: Consulta con el médico/a consultor/a.

Tras la finalización del proceso deliberativo el médico/a responsable deberá consultar a otro facultativo denominado **médico/a consultor/a** que estudiará **su historia clínica, le examinará, deberá asimismo corroborar el cumplimiento de las condiciones legalmente establecidas**. Si su informe fuera **desfavorable a su solicitud de derecho de prestación de ayuda para morir** podrá presentar una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma.

Paso 5: Puesta en conocimiento por parte del médico/a responsable al Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación.

El/la médico/a 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**, al efecto de que se efectúe **el control previo de su solicitud por parte de dicha comisión**.

Un médico/a y un jurista verificarán que se cumplen los requisitos y condiciones legalmente establecidas, y deberán emitir un informe: SI ES **FAVORABLE** se continuará con el procedimiento y se pondrá en conocimiento del médico/a responsable; si es **DESFAVORABLE**, usted podrá presentar una reclamación ante dicha comisión. **Esta visita de integrantes de la Comisión de Garantía y Evaluación se llevará con el máximo respeto, discreción y pleno respeto a su intimidad personal y familiar.**

Paso 6: Verificación por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.

Una vez **realizado el control de legalidad** por los integrantes de la Comisión de Garantía y Evaluación la resolución definitiva debe ponerse en **conocimiento del Presidente de la comisión** para que éste a su vez la traslade al médico/a responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir. **La resolución favorable de la Comisión de Garantía y Evaluación supone el pleno reconocimiento de su derecho a la prestación de ayuda para morir.**

Paso 7: ¿Dónde se realizará la prestación de ayuda para morir?

Se podrá realizar en **centros sanitarios públicos, privados, concertados y en su domicilio**. En el lugar en el que se realice la prestación de ayuda para morir tendrá el pleno apoyo de la Administración para garantizar su derecho. **Usted tiene derecho de acompañamiento** de sus familiares y allegados. **Este derecho debe ser compatible** con los actos sanitarios vinculados a la realización de la prestación para morir en las dos modalidades. Si **usted elige como lugar de realización la prestación de ayuda para morir su hogar** se garantizará la máxima discreción, respeto a su intimidad personal y familiar.

La prestación de ayuda para morir se realizará siempre garantizando la máxima discreción y respeto a su intimidad personal y familiar. En todo momento, usted y su familia contarán con el apoyo y asistencia del equipo asistencial.

8. ¿Cómo se realizará la prestación de ayuda para morir?

Los profesionales sanitarios realizarán la prestación de ayuda para morir **con el máximo cuidado y profesionalidad. El médico/a responsable y el resto de profesionales sanitarios le apoyarán, asistirán y acompañarán hasta el momento de su muerte.** La prestación de ayuda para morir se efectuará de la siguiente manera según la modalidad que usted haya comunicado a su médico/a responsable:

1.- En la modalidad de administración directa el profesional sanitario competente, le administrará los fármacos por vía intravenosa.

- Se podrá administrar una medicación opcional para disminuir la ansiedad y producir sedación, que usted decidirá si quiere o no recibir, tras dialogar con su médico/a responsable.
- Como primer fármaco se podrá administrar midazolam intravenoso, con el objetivo de que usted se quede dormido.
- Tras este medicamento se administrará lidocaína intravenosa. Se trata de un anestésico cuyo objetivo es evitar el dolor en el punto de inyección cuando se administre el siguiente fármaco.

La siguiente medicación será administrada para provocar su fallecimiento en el menor tiempo posible y de la forma más segura:

Primero se administrará propofol, un medicamento anestésico. Esta medicación se administrará entre 2,5 y 5 minutos, y producirá una pérdida de conocimiento entre 1 y 2 minutos después de su administración. En pocos casos puede producir una parada cardiorrespiratoria, no obstante, en todos los casos tras confirmar por el médico/a, que se encuentra en un estado de coma, se administrará un fármaco bloqueante neuromuscular (atracurio, cisatracurio o rocuronio) cuyo objetivo es provocar una parada cardiorrespiratoria en pocos minutos. A veces, aunque ocurra la parada, el corazón puede seguir latiendo entre 1 y 20 minutos.

2.- En la modalidad de **autoadministración** será usted quién tome los medicamentos vía oral.

- En este caso el procedimiento se iniciará con la toma de un medicamento para evitar el vómito. Su médico/a le indicará la pauta más adecuada.
- Aproximadamente 1 hora después de la ingesta del medicamento para evitar el vómito, tomará la solución oral de pentobarbital, que tiene un volumen de 100 ml. El objetivo de este fármaco es inducir el estado de coma y producir el fallecimiento.

En la gran mayoría de los casos, el período de tiempo entre la ingesta de la solución oral y el fallecimiento es menor de 30 minutos, pero en algún caso puede tardar entre 2 y 3 horas.

Si está de acuerdo, acordaremos con usted y su familia un plazo de 2 horas. Si en ese tiempo no ha sucedido el fallecimiento, se iniciará el procedimiento de administración de medicamentos vía intravenosa.

Por ello, antes de la administración de la solución oral, se pactará con usted el disponer de un acceso venoso por si fuera necesario utilizarlo.

La solución de pentobarbital tiene sabor amargo y por ello puede producir náuseas o regurgitación gastroesofágica. Si una vez iniciada la toma de la solución oral, aparecieran vómitos, incapacidad para realizar la ingesta completa de la solución, se valorará según la cantidad ingerida, la necesidad de iniciar el procedimiento de administración de medicamentos vía intravenosa.

Su médico/a le podrá proporcionar si así lo desea, información más completa sobre los efectos y las reacciones adversas de los medicamentos.

9. ¿Existen garantías de mi derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos durante todo el procedimiento del derecho a la prestación de ayuda para morir?

Sí. Todos los profesionales sanitarios, el equipo directivo, los integrantes de la Comisión de Garantía y Evaluación están obligados a guardar sigilo y reserva profesional. Sus datos personales quedarán plenamente amparados de acuerdo con la normativa vigente. Su derecho a la intimidad quedará plenamente salvaguardado.

10. ¿Puedo APLAZAR LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR?

Si. Usted tiene el derecho a solicitar el aplazamiento de la administración de la prestación, una vez la Comisión de Garantía y Evaluación se hay pronunciado favorablemente. No obstante, a fin de garantizar que el cumplimiento de los requisitos para acceder a la prestación de ayuda para morir se mantiene durante el tiempo de aplazamiento, se recomienda que dicho aplazamiento no supere los dos meses.

¿Puedo REVOCAR MIS DECISIONES?

Usted tiene DERECHO a: Desistir de su solicitud al finalizar el proceso deliberativo con el médico/a responsable.

A renunciar a su derecho una vez que la Comisión de Garantía y Evaluación reconozca la prestación de ayuda para morir.

Desistir, renunciar, aplazar y rechazar de manera escrita, verbal o mediante cualquier otro procedimiento que garantice su voluntad.

Esto debe comunicarlo al médico/a responsable o equipo de enfermería. En este último supuesto, dicho equipo deberá ponerlo en conocimiento de manera urgente al médico/a responsable.

Estas expresiones de su voluntad (desistir, rechazar, aplazar y renunciar) deberán ser respetadas de manera plena sin que el equipo de profesionales sanitarios pueda establecer proceso deliberativo u otro de análoga naturaleza para hacerle cambiar de parecer. Estos derechos una vez manifestados surten pleno efecto. Los profesionales sanitarios anotarán en la historia clínica todas estas circunstancias.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo: El/la paciente solicitante

Fdo: El Médico/a Responsable

Instrucciones

Este apartado podrá incluir información relativa a:

- Resumen de Historia Clínica y Exploración
- Resumen de la actividad asistencial prestada, incluyendo en su caso las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución.
- Diagnóstico principal.
- Otros diagnósticos acompañantes.
- Procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos significativos.
- Resumen de acciones terapéuticas emprendidas.

INFORMACIÓN PROCESO MÉDICO/A REPOSABLE
PARA LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

Modelo 4

Exp. nº _____

Médico/a: _____

Colegiado/a nº: _____

Al objeto de que el/la **paciente** _____ con DNI/NIE nº _____ pueda solicitar la Prestación de ayuda para morir, se adjunta la siguiente información sobre:

- **Proceso médico¹** _____

- **Alternativas/posibilidades de actuación (incluido cuidados paliativos)** _____

- **Otras observaciones** _____

En _____ a _____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

Yo, _____ con DNI/NIE nº _____ mayor de edad, con domicilio en (localidad) _____ C/ _____
Código postal _____ Teléfono/s _____ Correo electrónico _____

DECLARO

- Que, con fecha _____ presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir.
- Que, con esta fecha, solicito:

o **LA REVOCACIÓN** DE DICHA SOLICITUD.

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, _____ con DNI/NIE nº _____, mayor de edad y capaz.

DECLARO

Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento.

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

SOLICITUD APLAZAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR

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

Yo, _____ con DNI/NIE nº _____ mayor de edad, con domicilio en (localidad) _____ C/ _____ Código postal _____ Teléfono/s _____ Correo electrónico _____

Modelo 5.2

Exp. nº _____

DECLARO

▪ Que, con fecha _____ presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir. Que con fecha _____ La Comisión de Garantía y Evaluación reconoció mi derecho a recibir la prestación.

▪ Que, con esta fecha, solicito:

o EL APLAZAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, _____ con DNI/NIE nº _____, mayor de edad y capaz.

DECLARO

Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento.

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

SOLICITUD DE DESISTIR DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

Modelo 6

Exp. nº _____

Yo, _____ con NIE/DNI nº _____
 mayor de edad, con domicilio en (localidad)
 _____ Calle
 _____ Código postal _____ Teléfono/s
 _____ Correo electrónico

DECLARO

Que tras presentar las correspondientes solicitudes y finalizar el proceso deliberativo con mi
 médico/a responsable

MI DECISIÓN ES

o **DESISTIR** DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

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

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

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.

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)
Yo, _____ con DNI/NIE nº _____,
DECLARO
Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones: _____
Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento
En _____, a ____ de _____ de 202__
FIRMA

DENEGACIÓN PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

(Enviar a la Comisión de Garantía y Evaluación competente, en el plazo de cinco días hábiles contados a partir de que se le haya notificado la denegación al/la paciente)

Modelo 7

Exp. nº _____

Yo, _____ colegiado/a nº _____ Médico/a responsable
que trata al/la paciente _____ con DNI/NIE nº _____,
mayor de edad y domicilio en (localidad) _____ C/

_____ Código Postal

Tras recibir la **primera solicitud** de prestación de ayuda para morir por parte del paciente arriba indicado con fecha: _____

SE INFORMA NEGATIVAMENTE LA MISMA POR (señálese la/las que proceda)

- El paciente **NO** posee la *Nacionalidad española*; la *residencia legal en España* o un *Certificado de empadronamiento* que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- El paciente **NO** sufre una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.
- El paciente **NO** posee el documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido, que incluya la prestación de ayuda para morir.
- Otros motivos:

- Descripción de la **patología padecida** (*enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante*):

- Alternativas, **posibilidades de actuación, acceso a cuidados paliativos, voluntariedad, etc.**

MOTIVO DE LA DENEGACIÓN

Por todo lo expuesto se DENIEGA la prestación de ayuda para morir.

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

Se informa al paciente que contra esta resolución se puede interponer reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación de la CCAA en el término máximo de **quince días naturales**, según lo establecido en el artículo 7.2 de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Quedándome enterado y notificado de la misma, firmo,

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA del Paciente o Representante

Modelo 8.1

Exp. nº _____

DOCUMENTO PRIMERO

COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA
PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

1º. Nombre y apellidos **Solicitante** _____ DNI/NIE nº _____

Domicilio en (localidad) _____ C/ _____

Nombre y apellidos de la **persona autorizada** que le asiste

2º. Nombre y apellidos del/la **Médico/a responsable** _____

Centro de trabajo _____

Número de identificación profesional (número de colegiado o
equivalente) _____

3º. Nombre y apellidos del/la **Médico/a consultor/a** _____

Centro de trabajo _____

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) _____

4º. Nombre y apellidos de la persona que consta como **representante** en el documento de
instrucciones previas o documento legalmente equivalente (si lo hubiera):

Nombre y apellidos de la **persona que presentó la solicitud en nombre del paciente** en situación de
incapacidad de hecho

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

DOCUMENTO SEGUNDO

COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA
PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

1. Sexo paciente _____ Fecha nacimiento/Edad _____

2. Fecha y lugar de la muerte _____

3. Presentada 1ª **Solicitud** con fecha _____

Presentada 2ª **Solicitud** con fecha _____

4. Descripción de la **patología padecida** (*enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante*):

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

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

7. **Documento de instrucciones previas o equivalente:**

Documento de Instrucciones Previas en que se manifiesta la petición de la prestación de ayuda

para morir

Documento equivalente legalmente reconocido.

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

9. **Capacitación de los/las médicos/as consultores y fechas de las consultas**

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

DOCUMENTO SEGUNDO ADAPTADO

COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN EN CASO DE
DENEGACIÓN POR EL/LA **MÉDICO/A RESPONSABLE** DE LA PRESTACIÓN DE
 AYUDA PARA MORIR

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

Modelo 8.2 Adaptado

Exp. nº _____

1.- **Sexo** del/la paciente _____ Fecha nacimiento _____

2.- **Presentada 1ª Solicitud** con fecha _____

Presentada **2ª Solicitud** con fecha _____

3.- Descripción de la **patología padecida** (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante):

4.- **Naturaleza de sufrimiento** continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría:

5.- **Información sobre la voluntariedad**, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.

6.- **Documento de instrucciones previas o equivalente.**

7.- **Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.**

8.- **Datos clínicos relevantes para la evaluación del caso.**

9.- **Motivo de la denegación.**

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

Yo, _____ con DNI/NIE nº _____
mayor de edad, con domicilio en (localidad)
_____ en la Calle
_____ Código postal _____ Teléfono/s
_____ Correo electrónico _____

DECLARO

Que, con fecha _____, presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir.

Que, con esta fecha _____, recibí escrito de **DENEGACIÓN**

Por ello, presento una **RECLAMACIÓN** ante la **Comisión de Garantía y Evaluación**, por los siguientes motivos:

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, _____ con DNI/NIE nº _____,

DECLARO

Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

Modelo 10

Exp. nº _____

INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 1º

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

Nombre y apellidos del/la **Médico/a responsable**

Centro de trabajo

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente)

CERTIFICO

Que el/la **paciente** _____ con
 DNI/NIE nº _____ cumple los requisitos establecidos en el artículo 5.1.a), c) y d) de la
 Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, **para solicitar la Prestación de
 ayuda para morir**, y se ha llevado a cabo, conjuntamente con él, un proceso deliberativo del que se
 resume lo siguiente:

▪ **Diagnóstico**

▪ **Posibilidades terapéuticas y resultados esperables**

▪ **Posibles cuidados paliativos**

▪ **Información sobre la voluntariedad, como sobre la ausencia de presión externa** _____

▪ **Conclusiones más destacables del proceso deliberativo**

_____ En _____ a

_____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 2ª Solicitud

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

Yo, _____ con DNI/NIE nº _____
_____ mayor de edad, con domicilio en
(localidad) _____ en la Calle
_____ Código postal _____ Teléfono/s
_____ Correo electrónico _____

DECLARO

- Que **soy capaz y consciente de mis actos** en el momento presente de formular esta solicitud.
- Que **dispongo por escrito de la información sobre mi 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.
- Que **NO** tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud.
- Que, con fecha _____ solicité la Prestación de ayuda para morir, y habiendo transcurridos más de 15 días desde mi primera solicitud.

SOLICITO, POR SEGUNDA VEZ

La prestación de ayuda para morir, y la firmo,

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante _____)

Yo, _____ con NIE/DNI nº _____

DECLARO

Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

- He sido informado **que puedo desistir y rechazar el ejercicio de mi derecho en cualquier momento previo a la efectiva realización de la prestación de ayuda a morir**. Esta voluntad de rechazo la puedo manifestar a cualquier profesional del equipo asistencial.
- He sido informado sobre **el procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma**, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.
- He sido informado **de mis derechos de reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación, y de mi derecho a acudir a los tribunales de acuerdo a lo determinado por la Ley**. Soy conocedor que mi solicitud de la prestación de ayuda a morir puede ser denegada
- He sido informado sobre **el procedimiento de consulta al/la médico/a consultor/a y del procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma**, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.
- He sido informado/a **de mi derecho a mantener un canal de comunicación inmediata y próxima con mi médico/a responsable** para aclarar cualquier duda
- He sido informado/a **de mi derecho de acompañamiento de persona o personas**, que determine, durante la realización de la prestación de ayuda para morir.
- He sido informado/a que la prestación de ayuda a morir se hará con el **máximo cuidado y responsabilidad, de acuerdo con los protocolos y observando las recomendaciones establecidas en el Manual de Buenas Prácticas** aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Con toda la previa información:

3.- EXPRESO MI VOLUNTAD DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO PARA LA EFECTIVA REALIZACIÓN DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico/a responsable Dr/Dra.:

_____ EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE **CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO** DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.

Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

- Don/Doña: _____
- Don/Doña: _____

Firmado: El/la paciente.

Firmado: El/la Médico Responsable.

Fecha: _____

4.- EXPRESO MI VOLUNTAD DE DESISTIR/REVOCAR MI SOLICITUD DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico/a responsable Dr/Dra.:

_____ EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE **REVOCAR MI SOLICITUD** DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.

Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

- Don/Doña: _____
- Don/Doña: _____

Firmado: El/la paciente.

Firmado: El Médico/a Responsable.

Fecha: _____

Modelo 13
Exp. nº _____

CONCLUSIONES INFORME MÉDICO/A CONSULTOR/A

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

Nombre y apellidos del **Médico/a**
consultor/a: _____

Centro de trabajo

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente):

CERTIFICO

Nombre y apellidos del/la paciente _____ DNI/NIE nº

Tras estudiar la **historia clínica** y **examinado el paciente**, **CONCLUYO** QUE:

- Cumple los requisitos** establecidos en el artículo 5.1., o en su caso en el 5.2, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir.
- No cumple los requisitos** establecidos en el artículo 5.1., o en su caso en el 5.2, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir.

Observaciones:

En _____ a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A CONSULTOR/A

Modelo 14

Exp. nº _____

COMUNICACIÓN MÉDICA A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

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

Médico/a _____ **responsable**

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente)

Nombre y apellidos del/la Solicitante Prestación ayuda para morir
_____ con **DNI/NIE nº** _____

ANTECEDENTES

- Presentada **1ª Solicitud** con fecha _____
- Presentada **2ª Solicitud** con fecha _____
- **Documento previo de Voluntades anticipadas** o similar con fecha _____
- Realizado **proceso deliberativo** con fecha _____
- Manifestada la **decisión del/la paciente** de:
 - o Continuar (fecha) _____ o Desistir (fecha) _____
 - _____
- Firmado **consentimiento informado** con fecha _____
- Informe **médico/a consultor/a** con fecha _____ o _____

Favorable. o **Desfavorable.**

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

Anexo IV. Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho

ÍNDICE

- 1.- Resumen ejecutivo
- 2.- La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia
- 3.- La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico/a responsable
 - 3.1. Entrevista clínica
 - 3.2. Herramientas de apoyo
 - 3.3. Interconsulta a un profesional sanitario experto/a
- 4.- El papel del médico/a consultor/a
- 5.- Bibliografía
- 6.- Anexo. Herramienta de evaluación ACE

1.- Resumen Ejecutivo

El objetivo de este documento es establecer un **conjunto de recomendaciones** que ayuden a los médicos y médicas responsables a valorar la situación de incapacidad de hecho de los pacientes que soliciten la prestación de ayuda para morir. Estas recomendaciones, que serán revisadas periódicamente, **han sido aprobadas por el Consejo Interterritorial del**

Sistema Nacional de Salud, en cumplimiento del artículo

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

La valoración de la situación de incapacidad de hecho corresponde al **médico/a responsable**, quien debe partir de la misma actitud que se tiene ante cualquier paciente que solicita una determinada prestación. Como es habitual en la práctica clínica, esta valoración comienza por una **entrevista clínica**, durante la cual el médico/a responsable valora la capacidad de comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección por parte del paciente.

Todo ello sin perjuicio de que, ante un resultado no concluyente, el médico/a responsable pueda recurrir a **herramientas de apoyo o a la interconsulta con un profesional sanitario experto/a**. Una vez el médico/a responsable ha valorado la situación de capacidad o incapacidad de hecho, el **médico/a consultor/a corrobora, en su caso, la existencia de esa situación**, emitiendo un informe favorable o desfavorable que deberá constar en la historia clínica del paciente.

2.- La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

El artículo 1 de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (en adelante, LORE) determina que su objeto consiste en *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*.

El artículo 5.1, apartado a, determina entre los requisitos para poder recibir la prestación de ayuda para morir que **la persona debe ser capaz y consciente en el momento de la solicitud**. Además de no encontrarse en una situación de incapacidad jurídica, deberá tener capacidad de hecho para realizar la solicitud.

El artículo 3, apartado h, define la “situación de incapacidad de hecho” como aquella *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*.

El artículo 9, relativo al procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una situación de incapacidad de hecho, determina que en tal caso **el médico/a responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente**. Cuando el médico/a responsable considere que el paciente sufre una incapacidad de hecho, pero no exista un documento de instrucciones previas o

documento análogo legalmente reconocido, **deberá denegar la solicitud** de ayuda para morir, por escrito y de manera motivada. En caso de existir dicho documento se continuará con el procedimiento de solicitud de ayuda para morir, teniendo en cuenta lo dispuesto en el mismo.

El artículo 5.2 en su inciso final señala que la valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico/a responsable se hará **conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** contenidos en el presente documento.

3.- La valoración de la Situación de Incapacidad de Hecho por el Médico/a Responsable

En la práctica clínica, es habitual que el personal facultativo tome decisiones diagnósticas sobre la capacidad de los pacientes, especialmente cuando deben tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud, mediante el proceso de **consentimiento informado**.

La valoración de la capacidad de hecho es una función que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) atribuye al médico/a que trata al paciente.

Así, el artículo 9.3, apartado a de la LAP establece que se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente *no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación*, entre otros supuestos.

En el supuesto de la prestación de la ayuda para morir, **la valoración de la situación de incapacidad de hecho corresponde al médico/a responsable**, quien coordina toda la información y la asistencia sanitaria del paciente.

El protocolo para la valoración de la situación de incapacidad de hecho se estructura en tres fases: 1) el desarrollo de una **entrevista clínica** al paciente, 2) la posibilidad de que el médico/a responsable recurra a determinadas **herramientas de apoyo** y 3) la **interconsulta con un profesional sanitario experto/a** en la valoración de situaciones de capacidad o incapacidad, sí el médico/a responsable no ha alcanzado un resultado concluyente.

3.1.- La entrevista clínica

En la mayoría de ocasiones, el profesional confirma el ejercicio del consentimiento informado a través del **diálogo durante el proceso deliberativo**, sin que se utilicen instrumentos específicos para la valoración de la capacidad.

En el desarrollo de esa entrevista con el paciente, el médico/a responsable partirá de la presunción de capacidad del paciente para tomar decisiones acerca de su propia vida.

El proceso deliberativo clínico para verificar la situación de incapacidad de hecho **deberá constar en la historia clínica** de forma explícita y reflejar con detalle los diferentes aspectos de la valoración realizada.

El médico/a responsable tendrá en consideración los siguientes **criterios generales de valoración**:

- a) Capacidad de **comprensión**: si la persona entiende la información que se le proporciona
- b) Capacidad de **apreciación**: si interioriza adecuadamente la mencionada información en el proceso de toma de decisiones o las posibles consecuencias de las distintas alternativas.
- c) **Razonamiento coherente**: si hace un uso lógico de la información en el proceso de toma de decisiones.
- d) **Expresión de una elección**: si al final logra tomar una decisión y comunicarla, de forma voluntaria y libre de coacciones externas.

Además de estos criterios, el médico/a responsable debe asegurar que **la incapacidad no tenga su origen en un déficit de información, a dificultades comunicativas o a elementos culturales**, que deben ser abordados específicamente. En particular, el médico/a responsable debe asegurarse de que el paciente cuenta con la información completa sobre su situación clínica, su pronóstico y los cursos de acción posibles.

3.2.- Herramientas de apoyo

En pacientes en los que, por sus diagnósticos previos, enfermedad actual o por sospecha clínica durante la entrevista, el médico/a responsable tenga alguna duda sobre la capacidad del paciente, **el uso de instrumentos específicos** en la valoración de la capacidad para la toma de decisiones asistenciales **resulta aconsejable**, pero de forma **complementaria y posterior a la valoración clínica** general y a la deliberación con la persona enferma. El uso de estas herramientas de apoyo deberá ser recogido en la historia clínica por el médico/a responsable.

Por un lado, el deterioro cognitivo puede afectar a aspectos claves en la toma de decisiones. Pacientes con un **deterioro cognitivo leve o demencia leve** (*Global deterioration scale* 3 o 4) habitualmente preservan su capacidad de decidir sobre asuntos de gran relevancia sobre su salud.

Por otro lado, sujetos con **deterioros cognitivos más severos** (*Global deterioration scale* >5) habitualmente no preservan la capacidad de decidir sobre procesos que tengan una gran repercusión sobre su salud.

Si atendemos a la prueba ***Minimental State Examination* (MMSE)** (versión internacional de 30 puntos), puede afirmarse que:

- Una puntuación mayor de 24 puntos MMSE habitualmente se asocia a una situación de capacidad.
- Puntuaciones entre 20 a 24 representan una zona gris de incertidumbre.
- Puntuaciones por debajo de 20 puntos aumentan la probabilidad de incapacidad de hecho.

- Esta probabilidad se incrementaba por debajo de 16 puntos, siendo poco probable por tanto que una persona con una puntuación menor a 16 puntos fuese considerado capaz.

Por tanto, en fases intermedias de demencia, con puntuaciones entre 17 y 23, el MMSE no resultaría fiable como herramienta para evaluar la capacidad de hecho. También sería necesario tener en cuenta las fluctuaciones que se puedan producir en pacientes con enfermedades neurodegenerativas, con periodos de mayor lucidez y episodios confusionales.

En cualquier caso, **las herramientas cognitivas o escalas funcionales no permiten identificar alteraciones en la apreciación**, por lo que no se recomiendan como herramientas para la valoración de la capacidad de la persona, al menos no de forma aislada.

En este sentido, cuando existan dudas sobre la capacidad del paciente tras la entrevista clínica, es recomendable utilizar los siguientes instrumentos de evaluación de la capacidad:

- ***Aid to Capacity Evaluation (ACE)*** o Ayuda para la evaluación de la capacidad.

Se trata de una entrevista semiestructurada, de preguntas abiertas y cerradas, con un tiempo de realización medio de 4,5 minutos y validado en nuestro medio. Esta herramienta evalúa la **comprensión** de la información, la habilidad del paciente para **decidir y comunicar** una decisión médica concreta y la existencia de trastornos mentales que puedan interferir con la toma de decisiones.

El ACE clasifica al paciente en cuatro categorías: **capaz, probablemente capaz, probablemente incapaz e incapaz**. Se recomendaría utilizar el instrumento ACE en **personas con puntuaciones inferiores a 24 puntos en el MMSE**, para confirmar su capacidad de hecho para solicitar la ayuda para morir.

Disponible en el **Anexo** y en la dirección web:

<https://www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf>

- ***MacArthur*** de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (**MacCAT-T**)

Las preguntas formuladas permiten obtener respuestas de una manera en la que se refleja el grado de habilidad del paciente en cuatro áreas: 1) **Comprensión** de la información recibida, 2) **Apreciación** del significado de esa información para el propio paciente, 3) **Razonamiento** para comparar las alternativas teniendo en cuenta sus consecuencias y 4) **Expresión** de una decisión elegida.

El MacCAT-T es una herramienta más compleja que el ACE y el tiempo que requiere para su realización es más largo, pero podría ser de utilidad cuando hay dudas sobre la capacidad de apreciación del sujeto en alguna de las cuatro áreas descritas, siempre que sea necesario realizar una exploración en mayor profundidad. Disponible en:

<https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf>

3.3.- Interconsulta a un profesional sanitario experto/a

En el caso de que, tras haber realizado la entrevista clínica y haber recurrido a alguna de las herramientas de apoyo propuestas, el médico/a responsable no alcance un resultado concluyente sobre si el paciente padece o no una situación de incapacidad de hecho, se recomienda una interconsulta con un facultativo/a experto/a en la valoración de este tipo de situaciones o de la patología del paciente. La interconsulta con un profesional sanitario experto/a es independiente de la consulta que de acuerdo con la LORE hay que realizar al médico/a consultor.

4.- El papel del Médico/a Consultor/a

La valoración de la situación de incapacidad de hecho corresponde al médico/a responsable. No obstante, una vez realizada la valoración, el médico/a responsable deberá consultar a **un médico/a consultor/a con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente**, quien no podrá pertenecer al mismo equipo del médico/a responsable.

El médico/a consultor/a, tras estudiar la historia clínica y, en su caso, examinar al paciente, deberá redactar un informe sobre la concurrencia o no de los requisitos establecidos en el artículo 5.2. de la LORE:

- 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** legal.
- Sufrir una **enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante** en los términos establecidos en la LORE, certificada por el médico/a responsable.
- Haber suscrito con anterioridad un **documento de instrucciones previas**, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos.
- Padeecer o no una **situación de incapacidad de hecho**.

El informe elaborado por el médico/a consultor/a se incluirá en la **historia clínica del paciente**. Este informe podrá ser favorable o desfavorable:

- Cuando el informe del médico/a consultor/a sea **favorable** a la valoración realizada por el médico/a responsable, se continuará con el procedimiento de prestación de ayuda para morir.

Si ambos coincidiesen en que el paciente es incapaz de hecho, se habrá de fundamentar la decisión sobre la solicitud de ayuda para morir en el contenido del **documento de instrucciones previas o documento análogo**, siempre que dicho documento exprese de forma clara e inequívoca las circunstancias en las que la persona solicita, para un momento de incapacidad, la ayuda para morir, y se pueda dar por sentado que su deseo no ha cambiado.

Si ambos coincidiesen en que **el paciente no padece una situación de incapacidad de hecho**, se seguirá el procedimiento previsto en el artículo 8 de la LORE.

Cuando haya discrepancia respecto a la incapacidad de hecho entre el médico/a responsable y el médico/a consultor la decisión se elevará al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación.

5.- Bibliografía

- Alvarez Marrodán I, Baón Pérez B, Navío Acosta M, et al.. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(5):2011-4).
- Alvaro LC, ed. Competencia en demencia. Manual de uso clínico. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2018.
- Boada M, Robles A, eds. Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Editorial Glosa. Barcelona, 2009.
- Hernando Robles P, Lechuga Pérez X, Solé Llop P, et al. Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. *Rev Calid Asist*. 2012;27(2):85-91.
- Mondragón JD, Salame L, Kraus A, De Deyn PP. Clinical Considerations in Physician-Assisted Death for Probable Alzheimer's Disease: Decision-Making Capacity, Anosognosia, and Suffering. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2019 Jun 18;9(2):217-226.
- Moraleda Barba S, Ballesta Rodríguez MI, Delgado Quero AL, et al.. Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE), para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas [The adaptation and validation to Spanish of the questionnaire Aid to Capacity Evaluation (ACE), for the assessment of the ability of patients in medical decision-making]. *Aten Primaria*. 2015 Mar;47(3):149-57.
- Navío Acosta M, Ventura Faci T, ed. Manual de Consulta en Valoración de la Capacidad. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2014.
- Price A, McCormack R, Wiseman T, Hotopf M. Concepts of mental capacity for patients requesting assisted suicide: a qualitative analysis of expert evidence presented to the Commission on Assisted Dying. *BMC Med Ethics*. 2014 Apr 22;15:32.
- Sessums LL, Zembrzuska H, Jackson JL. Does this patient have medical decision-making capacity? *JAMA*. 2011 Jul 27;306(4):420-7.
- Simón-Lorda, P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol XXVIII, nº 102, pp. 325-348,.
- Ventura T, Navío M, Alvarez I, Baón B, ed. Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCATcat-T): adaptación española. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2014.

ANEXO. Herramienta de evaluación ACE

Ficha para evaluación ACE (adaptada de Moraleda Barba y cols.) con ejemplos de preguntas abiertas (PA) y preguntas cerradas (PC)

Adaptadas de:

www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf

Nombre: Decisión: Fecha: Día: ____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____ Evaluador:		
CRITERIOS	Preguntas acerca de	Puntuación
EVALUAN LA CAPACIDAD DE ENTENDIMIENTO	1. Capaz de comprender el problema médico PA. ¿Qué problemas está teniendo Ud. en este momento? PC. ¿Tiene Ud. [nombre específicamente el problema sobre el que se está evaluando la toma de decisión]?	Si- dudoso- no
	2. Capaz de comprender el procedimiento/tratamiento propuesto PA. ¿Cuál es el procedimiento/tratamiento para [nombre el problema sobre el que se está tomando la decisión]? PC. ¿Podría recibir/someterse/tratarse con [nombre específicamente el tratamiento/conducta propuesta]?	Si- dudoso- no
	3. Capaz de comprender alternativas al procedimiento/tratamiento propuesto	Si- dudoso- no

	<p>PA. ¿Hay algún otro tratamiento o conducta posible para [nombre el problema sobre el que se está tomando la decisión]?</p> <p>PC. ¿Podría ser sometido/recibir [nombre específicamente el/los tratamientos/conductas alternativos]?</p>	
	<p>4. Capaz de comprender la opción de rechazar el tratamiento/procedimiento</p> <p>PA. ¿Qué ocurriría si Ud. no estuviera de acuerdo con comenzar/continuar [nombre específicamente del procedimiento]?</p> <p>PC. ¿Se puede Ud. negar a [nombre el procedimiento]?</p>	Si- dudoso- no
EXPLORAN EL RAZONAMIENTO	<p>5. Consecuencias de aceptar el tratamiento/procedimiento</p> <p>PA. ¿Qué le pasará si usted recibe [nombre el tratamiento propuesto]?</p> <p>PC. ¿Puede [nombre el tratamiento propuesto] causar problemas/efectos secundarios/la muerte?</p>	Si- dudoso- no
	<p>6. Las consecuencias de rechazar el tratamiento</p> <p>PA. ¿Qué podría pasar si usted no recibe [nombre el tratamiento propuesto]? PC. ¿Podría usted enfermarse/morir si no recibe [nombre el tratamiento propuesto]?</p>	Si- dudoso- no
PATOLOGÍA MENTAL QUE PUEDA AFECTAR LA CAPACIDAD	<p>Detectar un contexto de depresión</p> <p>PA. ¿Puede ayudarme a entender por qué ha decidido [aceptar / rechazar] el tratamiento?</p>	Si- dudoso- no

	<p>PC. ¿Siente que está siendo castigado? ¿Cree usted que es una mala persona? ¿Siente que merecería ser usted ser tratado?</p>	
	<p>Detectar un estado de psicosis o delirio</p> <p>PA. Puede ayudarme a entender por qué ha decidido [aceptar / rechazar] el tratamiento? PC. ¿Cree que alguien está tratando de perjudicarlo? ¿Confía usted en su medico/a?</p>	<p>Si- dudoso- no</p>
<p>RESULTADO</p>	<p>Definitivamente capaz [] Probablemente capaz [] Probablemente incapaz [] Definitivamente incapaz []</p> <p>Comentarios: (Ej. necesidad de una segunda evaluación, de una evaluación por otro especialista, de mayor información y discusión con el paciente)</p>	