

Borrador

Manual de Buenas Prácticas sobre eutanasia

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

Versión del 25 de junio de 2021

COMITÉ TÉCNICO PARA LA ELABORACIÓN DEL MANUAL

MINISTERIO DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública. Coordinación del manual

Pilar Aparicio Azcárraga
Sonia Peláez Moya
María Vicenta Labrador Cañadas
Francisco Javier Rubio Arribas
Pablo Muñoz García

Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia

Eugenia Orejas Pérez
Estíbaliz Espinosa Crespo

Dirección General de Ordenación Profesional

Juan Julián García Gómez

Subdirección General de Información Sanitaria

Francisco Sánchez Laguna

Organización Nacional de Trasplantes

Alicia Pérez Blanco

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

Concha Prieto Yerro

Ministerio Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad

José María Antequera Vinagre

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030

Dirección General de Políticas de Discapacidad (DGPD)

Begoña Gonzalbes Raúl

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Andalucía: Serafín Romero Agüit; **Aragón:** Concepción Revilla López; **Principado de Asturias:** Jose Gutiérrez Rodríguez; **Illes Balears:** Oriol Lafau Marchena; **Canarias:** Concepción Hernández Urquía; **Cantabria:** Yolanda García Zorrilla; **Castilla y León:** Antonio Blanco Mercadé; **Castilla-La Mancha:** José Javier Carmona la Morena; **Cataluña:** Ana Pérez del Campo; **Comunitat Valenciana:** Teresa de Rojas Galiana; **Extremadura:** Fernando Muñoz Díaz y Guadalupe del Rocío Morales Gómez; **Galicia:** Luciano Vidán Martínez; **Comunidad de Madrid:** Magdalena Sánchez Sobrino; **Región de Murcia:** Luis Miguel Pastor García y Federico Donoso Paredes; **Comunidad Foral de Navarra:** Geno Ochando Ortiz y Socorro Lizarraga Mansoa. **País Vasco:** José Luis Quintas Díez; **La Rioja:** Javier Pinilla Moraza y Bernabé Palacín Sáenz; **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA):** M^a Teresa García Ortiz; Jesús Lopera Flores (Ceuta) y Antonia Vázquez de la Villa (Melilla).

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

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 Garantías y Evaluación

4.2.7. Realización de la prestación de ayuda para morir

4.2.8. Verificación posterior de la Comisión de Garantías 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. Certificado de defunción

6. Recomendaciones sobre la objeción de conciencia

Anexo I. Diagrama del procedimiento de solicitud de la prestación

Anexo II. Recomendaciones sobre medicamentos

Anexo III. Modelos de documentos

CONTROL DE REVISIONES Y MODIFICACIONES

Nº Revisión	Fecha	Descripción de modificaciones

Las recomendaciones incluidas en el presente documento se
revisarán anualmente

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 actual 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: la **prestación de ayuda para morir**. Esta prestación está dirigida a aquellas personas que, frente a una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, hayan manifestado, de manera plenamente libre y autónoma, su voluntad de acabar con su vida, siempre que cumplan los requisitos previsto en la LORE.

Así, con el fin de asegurar la igualdad 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 al conjunto de ciudadanos y ciudadanas para garantizar la correcta puesta en práctica de esta Ley. Estas recomendaciones serán actualizadas periódicamente. Junto con el Manual de Buenas Prácticas, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó el día 23 de junio de 2021 el **Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho**, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 5.2 de la LORE. Es recomendable su consulta cuando el médico/a responsable constate que el paciente padece una situación de incapacidad de hecho.

El apartado 2 de este manual ofrece una primera aproximación al nuevo **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. A continuación, 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 Garantías 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 Garantías 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 análogo 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 quiere acabar con su

vida, su forma de administración y sus efectos. Por último, el apartado 6 recoge recomendaciones en relación al derecho fundamental del profesional sanitario a la **objeción 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 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.

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/la “médico/a responsable” es el facultativo que tiene a su cargo la coordinación de toda la información y la asistencia sanitaria del paciente. 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**:

1. Facilitar al paciente por escrito la **información sobre su proceso médico**, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación. Entre éstas últimas, la posibilidad de acceder a 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.**
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**.
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 Garantías y Evaluación lo documentos correspondientes.
7. Realizar con el paciente solicitante **el proceso deliberativo**.
8. Consultar con el **médico consultor**, para que corrobore el cumplimiento de los criterios.
9. Interlocución en todo el proceso ante la Comisión de Garantía y Evaluación.
10. Facilitar al paciente el **documento de consentimiento informado y recabar su firma**.
11. Coordinar la realización de la prestación con el equipo asistencial.
12. Acompañar y dar apoyo al paciente y su familia a lo largo del proceso
13. **Estar presente y acompañar** al paciente en la realización de la prestación de ayuda a morir.
14. Certificar el fallecimiento del paciente como muerte natural.

Recomendaciones

- El paciente podrá elegir al médico/a responsable en el proceso de la prestación de ayuda para morir. Podrá ser su médico/a de atención primaria o de atención hospitalaria.
- 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, 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, etc....) no pudiera continuar con la tramitación del procedimiento, la administración sanitaria competente deberá facilitar otro médico/a responsable que continúe con el procedimiento en forma y plazo establecido por la Ley.
- El médico/a responsable debe realizar todos los trámites de cumplimentación de los documentos establecidos en la LORE.
- El médico/a responsable no podrá intervenir en el proceso si incurre en un conflicto de intereses o pueda 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 que forme parte de la Comisión de Garantías y Evaluación, no podrá ejercer como médico/a responsable, para evitar conflicto de intereses.
- Las administraciones sanitarias competentes deberán garantizar la formación necesaria y continuada a los médicos/as para que puedan ejercer correctamente su labor como médico/a responsable cuando así se les solicite.

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

1. Deberá corroborar el cumplimiento de los requisitos contemplados en el apartados 5.1 y 5.2
2. **Estudiar la historia clínica y examinar al paciente** una vez formulada la segunda solicitud.
3. Remitir al médico/a responsable un **informe** sobre el cumplimiento de tales requisitos.

Recomendaciones

- En la medida de lo posible, es recomendable que el médico/a consultor/a no sea el médico/a que atiende al paciente, para garantizar así la ausencia de conflicto de interés.
- 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 o hospitalaria, pero no debe pertenecer al mismo equipo que el médico/a responsable.
- No podrá intervenir si incurre en conflicto de intereses o pudiera ser beneficiado de la práctica de la eutanasia. De esta circunstancia se informará al médico/a responsable y a la dirección del centro.
- El médico/a que forme parte de la Comisión de Garantías y Evaluación, no podrá ejercer como médico/a consultor, para evitar conflicto de intereses.

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

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

Recomendaciones

- Las administraciones sanitarias deberán planificar y organizar los equipos asistenciales para garantizar la prestación de ayuda para morir, identificando su composición y competencias.
- 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, junto con el médico/a responsable, deberá organizar el procedimiento de realización de la prestación para morir, incluido: la solicitud a la unidad de farmacia de los fármacos necesarios para la realización de la prestación, 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. La Comisión de Garantías y Evaluación

La Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) de cada una 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 médico, de enfermería y juristas**.

Con **funciones** de la Comisión de Garantías y Evaluación las siguientes:

1. Resolver la reclamaciones por denegación de la prestación
2. Dirimir el desacuerdo entre los dos miembros designados para la verificación previa del procedimiento.
3. Resolver los posibles conflictos de intereses que puedan producirse.
4. Requerir al centro sanitario que realice la prestación de ayuda para morir a través de otro médico/a o personal externo, en el caso de
5. Requerir al centro sanitario, en caso de resolución favorables tras una reclamación, la realización de la prestación solicitada a través de otro médico/a o equipo externo.
6. Realizar el control posterior a través de la verificación de la documentación establecida en la Ley.
7. Homogeneizar criterios, intercambiar buenas prácticas y proponer mejoras en los protocolos y manuales junto con las demás CGE 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 CGE 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 CGE 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 consenso.
- Delimitar las funciones del Presidente, del Secretario y de los demás miembros de la CGE. 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 CGE.
- Se recomienda a la CGE dotarse de un procedimiento garantista de resolución de situaciones de incompatibilidad o conflicto de interés a fin de resolver este tipo de conflictos.
- Determinar y delimitar el procedimiento de verificación posterior que debe desarrollarse en los dos meses posteriores a la prestación 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 encargado de la aplicación de lo dispuesto en la ley.

- 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 cada Comunidad Autónoma y, en el caso de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.
- Los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación, no deberán ser objetores de conciencia.

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 incapacitante**, certificada por el médico responsable. La LORE define en su artículo 3 lo que debe entenderse por:
 - **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.
 - **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.
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 reconocido, de acuerdo con el Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho.

4.2. Fases del procedimiento

4.2.1. Primera solicitud

El/la paciente debe presentar la solicitud de prestación de ayuda para morir al/a **médico/a responsable** de coordinar toda su información y asistencia sanitaria. En el supuesto de que el paciente presente la solicitud a otro profesional sanitario, este 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 la vías para que los ciudadanos dispongan de información accesible sobre el procedimiento de solicitud

El/la médico/a responsable será el/la interlocutor/a principal del/la paciente durante todo el proceso asistencial. Si su médico/a responsable se declara objetor de conciencia, el/la paciente será atendido por el/la médico/a responsable que le indique la administración sanitaria.

La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá realizarse **por escrito** o por otro medio que permita dejar constancia y deberá estar fechado 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**:

- El paciente podrá hacer uso de **otros medios que le permitan dejar constancia**.
- Si no es posible, **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.
- Cuando el paciente tenga una discapacidad que le impida dejar constancia por escrito, la administración sanitaria pondrá a su disposición los medios de apoyo 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 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 que lo trata podrá presentar la solicitud** de prestación de ayuda para morir. En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas o documento 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.

Una vez entregada la solicitud, el/la médico/a responsable deberá **verificar los requisitos** señalados en el **apartado 5.1. /5.2** de la LORE. A continuación, y en el **plazo máximo de 10 días** desde la presentación de la solicitud, el médico/a responsable deberá informar al paciente, si admite o deniega su petición de eutanasia:

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

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

- 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 en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la realización de la ayuda para morir.

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

Además de la información sobre su proceso, el médico 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 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 de deliberación 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.

Por todo lo indicado, se sugiere que durante el proceso deliberativo se aborden las cuestiones médicas, psicológicas, familiares o sociosanitarias que comúnmente se tienen en cuenta en la práctica asistencial diaria que ayuden 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/la paciente quiere seguir adelante con el proceso, podrá presentar al médico/a responsable la segunda solicitud de prestación de ayuda para morir.

Si el/la 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 siguientes. Además, el/la médico/a responsable deberá resolver cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente para finalizar el proceso deliberativo.

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.
- 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.

En cualquier circunstancia, siempre será necesario recoger el consentimiento del paciente para continuar con el proceso. En el supuesto de pérdida de la capacidad previa a la firma del consentimiento informado, será necesario disponer de documento de instrucciones previas o equivalente para continuar con el procedimiento.

Solo el paciente, puede consentir, ninguna persona puede firmar el consentimiento por el paciente.

4.2.5. Informe del médico/a consultor/a

Una vez finalizado el proceso deliberativo y recabado el consentimiento informado del paciente, el/la médico/a responsable deberá consultar el caso con un/a **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. El/la médico/a consultor/a deberá estudiar el caso, pudiendo examinar al/la paciente, y verificará el cumplimiento de los requisitos contemplados en el **apartado 5.1 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 de la información** que exista sobre su proceso médico.
- Ha prestado por escrito su **consentimiento informado** y se ha incorporado a la historia clínica del paciente.

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

- Si el informe es **desfavorable**, el/la médico/a responsable comunicará al paciente la posibilidad de recurrir la decisión, en el plazo de 15 días naturales, a la Comisión de Garantías y Evaluación.
- Si el informe es **favorable**, el/la 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/la médico/a responsable comunicará al **presidente de la Comisión de Garantías 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.

4.2.6. Verificación previa de la Comisión de Garantías y Evaluación

Una vez recibida la comunicación del/la médico/a responsable, el presidente de la Comisión de Garantías y Evaluación designará, de entre sus miembros y en el plazo máximo de dos días naturales, a un **profesional médico/a 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 Garantías y Evaluación podrán entrevistarse con el paciente y examinar su historia clínica.

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 de la Comisión de Garantías y Evaluación. A su vez, el presidente remitirá dicho informe al médico/a responsable en el **plazo de 2 días naturales**.

El informe del profesional médico y del jurista designados por la Comisión de Garantías 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 Garantías 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, la Comisión de Garantías 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 del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios**.
 - 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.
- 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 Garantías 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 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 Garantías y Evaluación

Tras el fallecimiento del paciente, el médico/a responsable remitirá a la Comisión de Garantías 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 equivalente, una copia del mismo.
 - Procedimiento seguido por el médico 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 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 y segunda solicitud, firmadas por el paciente y rubricadas por el profesional sanitario.
- 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 consultor/a.
- El consentimiento informado prestado por el paciente, previo a recibir la prestación de ayuda para morir.
- La decisión de revocar su solicitud en cualquier momento.
- El informe sobre la valoración de la situación de incapacidad de hecho, cuando proceda.
- El informe del médico/a responsable.
- El informe de denegación motivado.
- Otros.

Recomendaciones

- Es recomendable que los sistemas de información sanitarios integren una aplicación *ad hoc* que de 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 lo requiera, en cualquier momento. Es recomendable que el consentimiento sea digital en origen y la firma se realice de forma electrónica. No obstante, es aceptable la realización de un escaneo certificado de un consentimiento que fuera firmado en papel.
- Respecto a la necesaria interoperabilidad del proceso, se debe acordar la normalización de la información implicada en el mismo. En caso de que una Comunidad Autónoma no pueda utilizar el catálogo de conceptos acordados, será responsable de proporcionar y mantener un mapeo aceptable de sus conceptos locales al catálogo nacional.

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, 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 equivalente en el que se recoja de forma clara e inequívoca su intención de manera voluntaria de solicitar dicha prestación.

Las comunidades autónomas deberán promover la información y acceso de la ciudadanía al documento de instrucciones previas en cumplimiento a lo establecido por la LORE

4.5 Acceso a las personas con discapacidad

(pendiente de redacción)

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 Garantías y Evaluación el médico/a responsable comunicará al paciente o al representante de la 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, este deberá comunicar al médico/a responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

Recomendaciones

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

(ver Anexo II)

5.3.- Certificado de defunción

La muerte como consecuencia de ayuda para la prestación para morir, tendrá la consideración legal de muerte natural a todo el efecto, independientemente de la codificación realizada en la misma.

El/la 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 objeción de conciencia

6.1.- Introducción normativa

Mediante el ejercicio de la **objeción de conciencia**, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia de los/as profesionales sanitarios/as directamente implicados en la prestación en la prestación de ayuda para morir.

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de eutanasia recoge la definición de objeción de conciencia en el:

- **Artículo 3. Apartado f)** «Objeción de conciencia sanitaria»: *es 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.*
- Y en el **artículo 16. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios** se establece:
 1. *Los/las profesionales sanitarios/as **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/de la profesional sanitario/a **directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.***

*2. **Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios/as 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 de la objeción de conciencia por los/las profesionales sanitarios/as en el marco del derecho a la prestación de ayuda para morir

En el marco de la Comisión Técnica para la elaboración del Manual de Buenas Prácticas, se han considerado las siguientes recomendaciones:

1.- 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. Entre esas medidas se puede contemplar la figura de *“equipos sanitarios de apoyo y asesoramiento”*.

2.- 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.

3.- **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.

4.- **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/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/la paciente en solicitar la ayuda para morir, tras varias manifestaciones continuadas en tal sentido o producirse el desistimiento de la antes citada decisión. Deberá suscribirse por el/la paciente el correspondiente documento de consentimiento informado.
- **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. Se atenderá siempre la indicación del paciente, acerca de la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

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

5.- En el contexto 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/as 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/as médicos/as responsables y consultores/as, así como otros/as profesionales sanitarios que pudiesen intervenir en el procedimiento por requerírseles su participación. Igualmente, podrán ejercerla los/as 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.

6.- **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. Para la elección de sus miembros debe garantizarse que no sean profesionales objetores a la Ley.

7.- El/la profesional sanitario/a que sea objetor de conciencia y reciba una solicitud de ayuda para morir, **deberá informar al/la paciente sobre el ejercicio de su derecho a**

la objeción y estará obligado a derivar dicha solicitud a otros profesionales para iniciar el procedimiento.

8.- **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/as profesionales sanitarios/as podrán inscribir sus declaraciones de objeción o anular las mismas en cualquier momento. No obstante, sería recomendable que lo profesionales no tomaran la decisión de objetar una vez iniciado el procedimiento de la prestación de ayuda para morir, pues esta situación podría resultar maleficente para el paciente.

9.- **Las personas responsables de los centros sanitarios, deberán conocer con que objetores cuentan en su centro para poder organizar la prestación.** Siempre, bajo requisitos de estricta confidencialidad esta información y no podrá utilizarse para otro fin que no sea el de garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.

10.- **El Registro de profesionales sanitarios/as objetores de conciencia podrá estructurarse**, por las CCAA dentro del ejercicio de su competencia, **de una forma única y centralizada o de una 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 y garantía de los derechos digitales (Reglamento Europeo UE 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018).

11.- **La coherencia de las actuaciones del/de la objetor/a 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.

12.- **No podrá discriminarse a ningún profesional sanitario que haya declarado su condición de objetor/a 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, evitarán presionar a los/as profesionales, a fin de que éstos ejerciten o no su derecho a la objeción de conciencia en los términos que señala la ley.

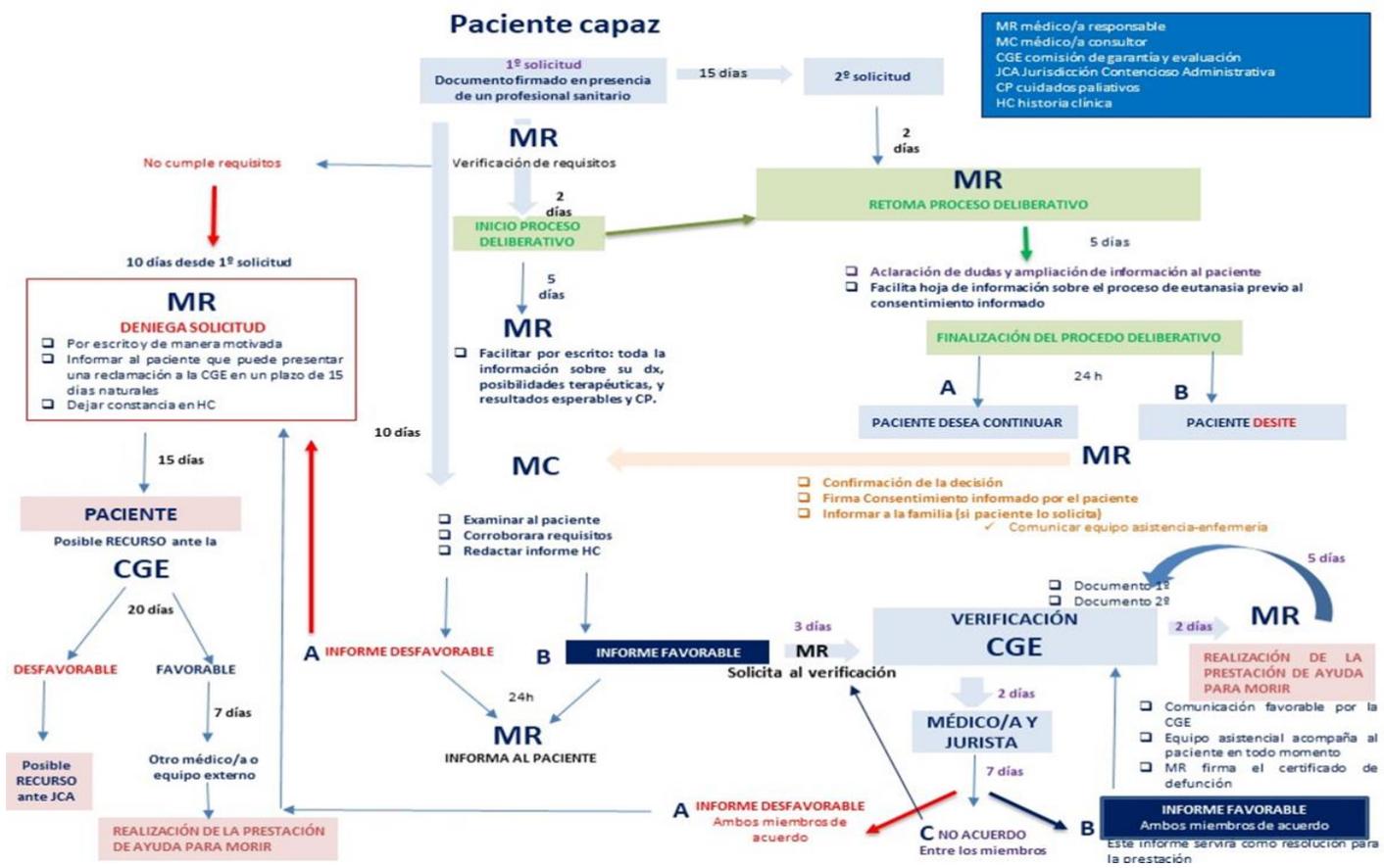
13.- **Las administraciones sanitarias garantizarán el derecho a la prestación de ayuda para morir.** El legítimo ejercicio del derecho a la objeción de conciencia no puede limitar, retrasar o condicionar la solicitud del paciente.

14.- **Las administraciones sanitarias informarán a los/las 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.

15.- **Los/as profesionales sanitarios/as tienen derecho a ser informados/as** sobre la naturaleza y funcionamiento del registro de objetores de conciencia de su comunidad autónoma. Especialmente del uso de sus datos.

16.- El ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación sanitaria de ayuda para morir no se extenderá al resto de actuaciones sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información a pacientes y familiares, acompañamiento, ni a traslados intercentros.

ANEXO I. Diagrama del procedimiento de solicitud de la prestación



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

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

El objetivo de esta guía 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 consensuado 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 este 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 coger 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 o residencias). En estos casos, las CC.AA. establecerán los circuitos necesarios para el uso de estos medicamentos en el ámbito extrahospitalario.

4.1. PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

TABLA RESUMEN MEDICAMENTOS VÍA IV	
Premedicación	
Midazolam	5-20 mg (IV) durante 30 segundos
Adyuvante	
Lidocaína	40 mg (IV) durante 30 segundos
Inductores del coma	
Propofol (de elección)	1.000 mg (IV) inyección lenta 2,5-5 minutos
Tiopental (alternativa)	2000 mg (IV) inyección 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 MMBB

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.

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 minutos¹.

C. MEDICAMENTOS INDUCTORES DEL COMA.

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

¹ La dosis se podría adaptar de acuerdo con la posología recogida en ficha técnica.

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.

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 punto 10 del apartado 4.5. 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) o cisatracurio 30mg² (IV) (6) y rocuronio 150mg³ (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 el 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 Rango de dosis: 30-40mg.

³ Rango de dosis 100-200mg.

4.2. 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.

4.3. KITS DE MEDICACIÓN

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 CC.AA. 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 necesario 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. Etiquetado claro del medicamento en cuanto al contenido y la dosificación de la jeringuilla.
 7. Uso de jeringuillas de distinto tamaño para cada medicamento.
 8. Uso de etiquetas codificadas por colores para cada medicamento indicando el orden de administración.
 9. Desechar las jeringuillas sin etiquetar y devolverlas a la farmacia.

4.4. 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.

4.5. 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.
 - 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.

4.6. 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.
- **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 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 de 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 el 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).

5.1. AUTOADMINISTRACIÓN VIA ORAL.

5.1.1. 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 ondansetron** que se puedan administrar siguiendo las siguientes pautas (seleccionar una):

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

5.1.2. 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.

5.1.3. 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). En este caso la administración no se considera autoadministración sino administración directa.

5.2. 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.

Los medicamentos a utilizar y pauta de administración son los mismos que se recogen en la modalidad de administración directa (punto 4.1). 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 la edad del paciente.

Alternativamente se puede valorar la utilización de ansiolíticos por vía oral (ver el apartado de autoadministración oral) para garantizar que el paciente está despierto y puede abrir la llave.

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-2019-036054
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

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

Principio Activo	Dosis necesaria	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

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

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

Principio Activo	Dosis		Presentación	Concentración	Dosis necesaria/volumen según presentación
	necesaria	Nombre comercial			
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 Vial 10 ml	10 mg/ml 10 mg/ml	150 mg - 3 viales (15ml) 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)		

Tabla II. Medicamentos y dosis a utilizar (vía oral). Nombres comerciales y presentaciones en España.

Principio Activo	Dosis necesaria	Nombre comercial	Presentación	Concentración/dosis		
Antieméticos						
Metoclopramida HCl (oral)	30mg	PRIMPERAN 10 mg COMPRIMIDOS	Comprimidos			
		METOCLOPRAMIDA ACCORD 10 MG COMPRIMIDOS EFG	10 mg			
		METOCLOPRAMIDA KERN PHARMA 1 mg/ml SOLUCION ORAL EFG				
		METOCLOPRAMIDA PENSA 1 mg/ml SOLUCION ORAL EFG	Frasco 250 ml			
		PRIMPERAN 1 MG/ML SOLUCIÓN ORAL	Frasco de 200 ml	1 mg/ml 30ml		
Ondansetron	8-24mg	ZOFRAN ZYDIS 4 MG LIOFILIZADO ORAL				
		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	Comprimidos 4mg	2-6 comp		
		ZOFRAN ZYDIS 8 MG LIOFILIZADO ORAL				
		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	Comprimidos 8mg	1-3 comp		
		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 de la fórmula:**

Solución oral de pentobarbital al 15% 100ml:

Pentobarbital	15g
Etanol 96%	16.2g (20ml)
Agua purificada	15g
Propilenglicol	10.4g (10ml)
Sacarina sódica	250mg
Jarabe simple	65g
Aceite esencial de anís estrellado (saborizante)	1 gota
<hr/>	
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/dochtml/ft/44793/FT_44793.html
- Propofol: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/65796/FT_65796.pdf
- Cisatracurio: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/61199/FT_61199.html
- Atracurio: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/57335/FT_57335.html
- Rocuronio: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/72862/FT_72862.html
- Metoclopramida: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/41446/FT_41446.html
- Ondansetrón: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62945/FT_62945.html

ANEXO III. Documentos Comunes

Anexo III. Modelos de documentos

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

Se debería tener **dos ejemplares**, para **el/a interesado/a** y 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
1.	PRIMERA SOLICITUD PRESTACIÓN AYUDA PARA MORIR	<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>
2.	SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE	<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>
3.	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL/LA PACIENTE	
4.	INFORMACIÓN PROCESO MÉDICO 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>
5.	REVOCACIÓN/APLAZAMIENTO SOLICITUD <input checked="" type="checkbox"/> En cualquier momento del procedimiento	<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>
6.	DENEGACIÓN PRESTACIÓN AYUDA PARA MORIR POR EL MÉDICO RESPONSABLE <input checked="" type="checkbox"/> Plazo 10 días de la solicitud	<p>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.</p>
7.	DOCUMENTO PRIMERO <input checked="" type="checkbox"/> Plazo máximo 5 días hábiles de la prestación para comunicar a la CGyE	<p>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:</p>

		<p>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.</p> <p>2.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.</p> <p>3.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.</p> <p>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.</p>
8.	<p>8.1. DOCUMENTO SEGUNDO</p> <p>✓ Plazo máximo 5 días hábiles de la prestación para comunicar a la CGyE</p>	<p>Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.</p> <p>b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:</p> <p>1.º) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.</p> <p>2.º) Fecha y lugar de la muerte.</p> <p>3.º) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.</p> <p>4.º) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).</p> <p>5.º) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.</p> <p>6.º) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.</p> <p>7.º) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.</p> <p>8.º) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.</p> <p>9.º) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.</p>
	<p>8.2. DOCUMENTO SEGUNDO ADAPTADO</p>	<p>Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.</p> <p>9. 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.</p>
9.	<p>RECLAMACIÓN ANTE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN (CGyE)</p> <p>✓ Plazo 15 días de la notificación de la denegación.</p>	<p>Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.</p> <p>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.</p>
10.	<p>INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 1º</p> <p>✓ Plazo 2 días naturales de recibida la solicitud para realizar el informe.</p> <p>✓ Plazo 5 días naturales de recibida la solicitud para facilitar al paciente copia del informe.</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>
11.	<p>SEGUNDA SOLICITUD PRESTACIÓN AYUDA MORIR</p> <p>✓ Plazo al menos 15 días naturales de la primera solicitud.</p>	<p>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.</p> <p>c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que per constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de quince días naturales entre ambas.</p>
12.	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	<p>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: e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente</p>
13.	<p>CONCLUSIONES INFORME MÉDICO CONSULTOR</p> <p>✓ Plazo de 10 días naturales de recibida la segunda solicitud para realizar el informe.</p> <p>✓ Para recurrir usar el Modelo 9.</p>	<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>
14.	<p>COMUNICACIÓN MÉDICA A LA CGyE</p> <p>✓ Plazo de 3 días hábiles de informe favorable del médico consultor.</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>
15.	<p>REQUERIMIENTO DE LA CGyE PARA EJECUTAR LA PRESTACIÓN</p> <p>✓ Plazo de 2 días para notificar al médico responsable.</p>	<p>Artículo 18. Funciones (CGyE)</p> <p>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.</p>

16.	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	
-----	---	--

1ª SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Yo, _____ con NIE/DNI nº _____
_____, mayor de edad, con domicilio en (localidad) _____
_____, 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 **NO tengo** ninguna presión externa que motive esta solicitud.

Y, por tanto,

SOLICITO

La prestación de ayuda para morir, y la firmo,

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA

Modelo 1

Exp. nº _____

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, _____, mayor de edad y plenamente capaz, 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 20__

FIRMA

PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos _____
DNI _____
Profesión _____
Colegiado nº _____
Centro de trabajo _____

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE
(presentado por parte del médico/a responsable y por otras personas)

Modelo 2

Exp. nº _____

Nombre y apellidos _____ DNI/NIE _____
Con domicilio en (localidad) _____ Código Postal _____
C/ _____ Teléfono/s _____
Correo electrónico _____, mayor de edad y plenamente capaz.

En calidad de:

- Representante
 Médico/a responsable
 Otra persona mayor de edad y plenamente capaz

Teniendo en cuenta que el/la **paciente** _____
DNI/NIE nº _____ *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 y conociendo la existencia de un Documento de Voluntades Anticipadas (u otro) _____ el cual adjunto a esta solicitud.*

SOLICITO EN SU NOMBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
(Según el artículo 5.2 de la LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

En _____ a _____ de _____ de 202_

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)

Modelo 3

Exp. nº ____

Este documento contiene toda la información necesaria con el fin 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 EJERCICIO 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 médico/medica 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 a morir:

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

Consiste en proporcionarle el equipo asistencial los medios necesarios para la efectiva realización de la prestación de ayuda a 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 Garantías 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?. Son los siguientes:

- 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/médica 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?. Las modalidades de prestación de ayuda a morir son dos:

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

Usted **tiene derecho a elegir** entre las modalidades previamente enunciadas.

4. **¿Qué garantías existen para que el paciente tenga una información sólida para una adecuada, plena, libre, genuina decisión?**. Es necesario que usted **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 la solicitud del derecho a la prestación de ayuda para morir, **se abrirá un proceso deliberativo** entre el paciente y el/la médico/a responsable.

5. **¿Puede denegarse la solicitud del derecho a la prestación de ayuda para morir?**

Sí **el/la 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**.

Asimismo, **el médico/medica responsable informará al paciente 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 la 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 Garantías y Evaluación y ante los órganos judiciales.

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

Paso 1: Abrirá con el paciente un proceso deliberativo.

El médico/medica responsable abrirá un proceso deliberativo sobre SU DIAGNÓSTICO, POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS ESPERABLES, SOBRE POSIBLES CUIDADOS PALIATIVOS. El médico debe asegurarse que **COMPRENDE TODA LA INFORMACIÓN QUE LE FACILITA y abordara las cuestiones que considere oportunas para discernir si el paciente 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/medica responsable retomará con el paciente **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/medica responsable recabará del paciente su **decisión de continuar o desistir de la solicitud**. El médico/medica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, si el paciente lo indicase, a sus familiares o allegados.

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

Tras la finalización del proceso deliberativo el médico 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 Garantías y Evaluación de su Comunidad Autónoma.

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

El médico/medica 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 y un jurista se desplazarán a la unidad sanitaria para verificar 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/medica responsable; si es DESFAVORABLE podrá presentar reclamación ante dicha comisión. **Esta visita** de integrantes de la Comisión de Garantías 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 Garantías y Evaluación la resolución definitiva debe ponerse en **conocimiento del Presidente de la comisión** para que éste a su vez la traslade al médico/medica 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 Garantías 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 y privados o concertados, y en su domicilio**. En el lugar en el que se realice la prestación de ayuda a morir tendrá garantizada el pleno apoyo institucional para garantizar su derecho. **El ejercicio por los profesionales sanitarios de su legítimo derecho a la objeción de conciencia no supondrá afectación de la garantía de su derecho**. El paciente **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 **el paciente 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**.

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

Los profesionales sanitarios realizarán la prestación de ayuda a morir **con el máximo cuidado y profesionalidad** con aplicación de los protocolos correspondientes; y, se efectuará de la siguiente manera según la modalidad que el paciente haya comunicado a su médico/medica responsable:

1.- Si elige que **un profesional sanitario competente le administre una sustancia**, el médico /medica responsable y el resto de profesionales **le asistirán y acompañarán hasta el momento de su muerte**.

2.- Si elige **la autoadministración** de una sustancia el médico/medica responsable y el resto del equipo sanitario le acompañarán, **estarán en constante observación y le darán todo el apoyo hasta el momento de su muerte**. **El equipo sanitario le informará de todo el proceso de autoadministración y del uso de dispositivos de apoyo**.

Pendiente de redactar procedimiento en sí mismo, complicaciones

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 Garantías 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 REVOCAR MIS DECISIONES?

Usted tiene **DERECHO** a:

- Desistir de su solicitud al finalizar el proceso deliberativo con el médico/medica responsable.
- A renunciar a su derecho una vez que la Comisión de Garantías y Evaluación reconozca la prestación de ayuda a morir.
- Desistir, renunciar, rechazar de manera verbal o mediante cualquier otro procedimiento que garantice mi voluntad.
- Expresar su voluntad de desistir, renunciar y rechazar **de manera verbal** al médico/responsable o equipo de enfermería. En este último supuesto dicho equipo deberá ponerlo en conocimiento de manera urgente al médico/medica responsable.

Estas **expresiones de voluntad** (desistir, rechazar 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 cambiar de opinión al paciente. **Estos derechos del paciente 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 _____

**INFORMACIÓN PROCESO MÉDICO 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 médico**¹ _____

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

▪ **Otras observaciones** _____

En _____ a _____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

Instrucciones

¹Este 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.



SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

Modelo 5
Exp. nº _____

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:
 - 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 _____,

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

Médico/a responsable _____

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

Solicitante de la prestación ayuda para morir _____

Con DNI/NIE nº _____

ANTECEDENTES

- Presentada **1ª Solicitud** con fecha _____
- Presentada **2ª Solicitud** con fecha _____
- Descripción de la **patología padecida** (*enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante*):

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

MOTIVO DE LA DENEGACIÓN

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

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 a contar desde la notificación de la resolución, según lo establecido en el artículo 7.2 de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

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 equivalente _____

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)

Modelo 8.1

Exp. nº _____

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** (adjuntar documento anonimizado):

Documento de Instrucciones Previas

Equivalente

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 8.1 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** firmado por el/la médico/a responsable:

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 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

INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO

(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** _____

- **Conclusiones más destacables del proceso deliberativo**

En _____ a _____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

SEGUNDA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

Yo, _____ con NIE/ DNI 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 transcurrido más de 15 días desde mi primera solicitud.

SOLICITO, POR SEGUNDA VEZ

La prestación de ayuda para morir, y la firma,

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR. (FINALIZACIÓN DEL PROCESO DELIBERATIVO MÉDICO RESPONSABLE-PACIENTE)

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

1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE

D. /Dña.: _____ con DNI/NIE nº _____
Fecha de nacimiento: _____
Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses: _____
Sexo: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ y CP: _____
Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior): _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD SOBRE LA INFORMACION RECIBIDA

- He sido informado/a adecuadamente, de **forma verbal y por escrito**, por el equipo sanitario responsable sobre el procedimiento, garantías y realización de la prestación de ayuda para morir, al objeto de tomar la decisión de **forma voluntaria, libre y consciente**.
- He recibido una copia de la información, en la que se incluye la información que existe actualmente, **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 a las que tengo derecho**, de conformidad con la normativa de atención a la dependencia.

Esta documentación se me ha facilitado en formatos adecuados y adaptados.

- He **formulado dos solicitudes de manera voluntaria, libre y consciente y por escrito**, o por **otro medio que permita dejar constancia** (*Indicar otros medios*): _____

- Que mi voluntad la ejerzo **con absoluta libertad de decisión y sin presión externa** de cualquier índole.

- El **médico/a responsable** ha certificado:

- que **sufro una enfermedad grave e incurable**
- que **sufro un padecimiento grave, crónico e imposibilitante**
- **que actúo de forma voluntaria, sin presiones externas de ninguna índole y con conocimiento de causa sobre la prestación que solicito.**

- He sido informado de que un **médico/a consultor me examinará y ha corroborado que se dan los requisitos** para recibir la prestación de ayuda para morir.

- He sido informado que puedo elegir entre las **dos modalidades posibles** de prestación de ayuda a morir:

- ✓ La administración directa de una sustancia por parte de un profesional sanitario competente. **En este caso el médico/a responsable, así como el resto de profesionales sanitarios me asistirán hasta el momento de mi muerte.**
- ✓ La prescripción o suministro por parte un profesional sanitario de una sustancia, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte. **En este caso, el médico/a responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, mantendrán la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de mi fallecimiento.**
- ✓ **Informado del proceso técnico de la eutanasia de sus efectos, evolución y complicaciones.**

- **De las dos modalidades posibles, de las cuales he sido informado/a previamente, escojo la siguiente:**

La administración directa de una sustancia por parte de un profesional sanitario competente.
La prescripción o suministro por parte un profesional sanitario de una sustancia, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte.

- He sido informado de **mi derecho a desistir** en cualquier momento de mi solicitud de la prestación de ayuda para morir, incluso **una vez que mi derecho a la prestación de ayuda a morir haya sido reconocido** por la Comisión de Garantías y Evaluación de mi Comunidad Autónoma.
- 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 Garantías 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 Garantías 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 Garantías 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 a 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 A 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 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/la Médico Responsable.

Fecha: _____

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL REPRESENTANTE EN LA SITUACIÓN CLÍNICA DE INCAPACIDAD DE HECHO DEL PACIENTE (SUPUESTO DE VOLUNTAD EXPRESA EN INSTRUCCIONES PREVIAS, VOLUNTADES ANTICIPADAS O DOCUMENTOS EQUIVALENTES).

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

1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE

D./Dña.: _____ con DNI
nº _____
Fecha de nacimiento: _____
Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses: _____
Sexo: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ y CP: _____
Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior): _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. DATOS DEL/LA REPRESENTANTE (INTERLOCUTOR PRINCIPAL): **Creo que habría que este documento debería tener un anexo donde se refleje y aporte la condición de representante legal del paciente (A.E.A)**

Nombre completo: _____
Dirección: _____
Teléfono de contacto 1: _____
Teléfono de contacto 2: _____
Nombre de la persona que le designó en Instrucciones Previas representante: _____
Referencia Registro Instrucciones Previas: _____

3. MANIFESTACIONES EXPRESAS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA:

- En fecha _____ presenté solicitud de prestación de ayuda a morir a favor de Don/Doña _____ en su domicilio/ingresada/interna en el centro/unidad/institución con sede en _____, a dicha solicitud acompañé copia de las instrucciones previas de fecha _____ inscrita en el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad Autónoma de _____ (número expediente _____). **En dichas instrucciones previas la paciente manifiesta expresamente su deseo de ejercer su derecho a la prestación de ayuda para morir si se encontrara clínicamente en alguno de los dos supuestos legalmente regulados por la Ley.**
- Que he sido informado/a por el médico/a responsable sobre el procedimiento y garantías establecidos por la Ley para aquellos supuestos en los que el paciente se encuentre en situación de incapacidad de hecho .
- El médico/a consultor ha corroborado que se dan los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.
- Que he sido informado/a sobre las vías de reclamación ante denegación de la solicitud del derecho a la prestación de ayuda para morir tanto ante la Comisión de Garantías y Evaluación como ante los órganos judiciales.
- Que he sido informado/a sobre el Manual de Buenas Prácticas para la correcta puesta en práctica de esta Ley, y me han facilitado información sobre los recursos web para su lectura en diversos formatos adaptados.
- Se ha corroborado la situación de incapacidad de hecho y la suscripción con anterioridad del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido para consentir la ayuda para morir en los términos dispuestos en el mismo y ajustados a la ley reguladora de la eutanasia.
- La valoración de la incapacidad de hecho, se ha realizado conforme a los protocolos de valoración de la capacidad de hecho determinados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de fecha _____

- El médico/a responsable y otros integrantes del equipo asistencial me han informado sobre las condiciones de realización de la prestación de ayuda a morir, y de mi derecho de acompañamiento junto a otras personas con vinculación familiar o, de hecho. **Este derecho no puede afectar a la intimidad y respeto del paciente ni afectar a los actos sanitarios y asistenciales** de la realización de la prestación.

El LUGAR, FECHA Y FIRMA: Manifiesto que he sido informado por el médico responsable del procedimiento seguido, de las garantías exigidas y las condiciones en las que se realizará la prestación de ayuda para morir.

En _____ a _____ de _____ de 202_____

Fdo: Representante interlocutor

Fdo: Médico/a responsable

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

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:
 - Continuar (fecha) _____
 - Desistir (fecha) _____
- Firmado **consentimiento informado** con fecha _____
- Informe **médico/a consultor/a** con fecha _____
 - **Favorable.**
 - **Desfavorable.**

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

REQUERIMIENTO DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN PARA EJECUTAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

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:
 - Continuar** (fecha) _____
 - Desistir** (fecha) _____
- Firmado **consentimiento informado** con fecha _____
- Informe **médico/a consultor/a** con fecha _____
- Favorable**
- Desfavorable**
 - Descripción de la **patología padecida** (*enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e incapacitante*):

 - **Naturaleza de 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*:

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

 - **Capacitación de los médicos/as consultores/as y fechas de las consultas**:

- **Fecha** de la **Resolución FAVORABLE** de la Comisión de Garantía y Evaluación

REQUERIMIENTO

Para que en el plazo de **siete días naturales** facilite la prestación solicitada a través del médico del centro asignado o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

En _____, a ____ de _____ de 202__

PRESIDENTE/A_SECRETARIO/A DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN