

Manual de buenas prácticas en eutanasia

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

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 DE 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 Derechos de las Personas con Discapacidad (DGDPD)

Begoña Gosálbez Rauli

Laura Diego García

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Andalucía: Serafín Romero Agüit; **Aragón:** Concepción Revilla López; **Principado de Asturias:** José 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 de 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
- 3.4 Comisión de Garantía y Evaluación

4. Procedimiento para solicitar la prestación de ayuda para morir

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

5. Procedimiento para la realización de la prestación

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

6. Recomendaciones sobre la objeción de conciencia

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

Anexo I. Diagrama del procedimiento de solicitud de la prestación

Anexo II. Recomendaciones sobre medicamentos

Anexo III. Modelos de documentos

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

CONTROL DE REVISIONES Y MODIFICACIONES		
Nº Revisión	Fecha	Descripción de modificaciones

Las recomendaciones incluidas en el presente documento se revisarán anualmente.

Naturaleza del Manual de Buenas Prácticas.

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

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

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

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

1.- RESUMEN EJECUTIVO

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

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

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

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

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

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

Por último, el apartado 6 recoge recomendaciones en relación al derecho fundamental del profesional sanitario a la **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 ésta la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento físico o psíquico contante e intolerable para quien lo padece, debido a una enfermedad grave e incurable o a un padecimiento grave, crónico e imposibilitate.

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

Lo dispuesto en la LORE **se aplica a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español**. A estos efectos, se entiende que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tenga domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.

3.- DEFINICIONES. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

3.1.- Médico/a responsable

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

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

- 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 o recoger dicha solicitud de otro profesional sanitario que sí haya estado presente. Incorporar dicho documento a la Historia Clínica.
- 4.- **Informar** al paciente de la posibilidad de **revocar su solicitud** en cualquier momento durante el proceso.
- 5.- **Realizar** la **valoración de la situación de incapacidad de hecho**, cuando proceda.
- 6.- En caso de denegación de la solicitud de prestación, será el responsable de comunicárselo de forma motivada por escrito al paciente, debiendo remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación, los documentos correspondientes.
- 7.- **Realizar** con el paciente solicitante el **proceso deliberativo**.
- 8.- **Consultar** con el **médico/a consultor/a**, para que realice una valoración del paciente y **corrobre el cumplimiento de los criterios**.
- 9.- **Realizar** todos los trámites de cumplimentación de los documentos establecidos en la LORE, cuando le correspondan. (Recogidos en el Anexo III).
- 10.- **Coordinar** la realización de la prestación con el equipo asistencial.
- 11.- **Llevar a cabo**, junto con el equipo asistencial, la prestación de ayuda para morir.
- 12.- **Acompañar** y dar apoyo al paciente y a su familia a lo largo del proceso.
- 13.- **Estar presente y acompañar** al paciente en la realización de la prestación de ayuda para morir.
- 14.- **Certificar** el **fallecimiento** del paciente.

Recomendaciones

- El paciente podrá elegir al médico/a responsable en el proceso de la prestación de ayuda para morir, siempre que sea posible. Podrá ser su médico/a de atención primaria o de atención hospitalaria. En la mayoría de los casos, es previsible que sea el médico/a habitual o de confianza del paciente.
- El médico/a responsable mantendrá una comunicación constante con el resto de profesionales sanitarios vinculados a la atención médica y de cuidados del paciente.

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

3.2.- Médico/a consultor/a

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

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

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

Recomendaciones

- El médico/a consultor/a no puede pertenecer al equipo del médico/a responsable, ni haber tenido vinculación asistencial previa con el paciente solicitante, salvo que en situaciones excepcionales este requisito no pueda cumplirse.

- Las administraciones sanitarias competentes facilitarán el apoyo y asesoramiento necesarios al médico/a consultor/a durante las fases del procedimiento en las que deba intervenir. Además, facilitarán el acceso a la historia y documentación clínica para corroborar las condiciones de la solicitud.
- El médico/a consultor/a puede ser un facultativo/a de atención primaria u hospitalaria, pero no debe pertenecer al mismo equipo que el médico/a responsable.
- El médico/a consultor/a no podrá intervenir en el proceso si incurriese en conflicto de intereses o se beneficiase de la práctica de la eutanasia. De esta circunstancia se informará al médico/a responsable y a la dirección del centro.
- En los supuestos en que un médico/a que forme parte de la Comisión de Garantía y Evaluación sea elegido como médico/a consultor de un paciente que solicite la prestación de ayuda para morir, no podrá intervenir en el proceso de evaluación que realice la Comisión para esta solicitud.
- El médico/a consultor/a estará sujeto al mismo deber de secreto y confidencialidad que el médico/a responsable respecto a los datos a los que tenga acceso durante el proceso de la prestación de ayuda para morir.

3.3.- Equipo asistencial

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

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

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

Recomendaciones

- Las administraciones sanitarias deberán organizar los equipos asistenciales para garantizar la prestación de ayuda para morir, identificando su composición y competencias.
- El “equipo asistencial” puede ser el equipo en el que está integrado el médico/a responsable. En los supuestos en que dicho equipo no pueda dar suficiente soporte se contará con otro equipo asistencial.
- El equipo asistencial será informado por el médico/a responsable del desarrollo del procedimiento, debiendo estar organizados y coordinados cuando se comunique que se autoriza la realización de la prestación.

- El equipo asistencial deberá dar soporte en todo lo que necesite el médico/a responsable para la organización de la prestación de ayuda para morir, incluido: la planificación de los actos asistenciales vinculados a la modalidad elegida por el paciente (vía oral, vía intravenosa...) o la coordinación de las tareas de asistencia y observación hasta el fallecimiento del paciente.
- Las administraciones sanitarias competentes deberán garantizar la formación necesaria y continuada a los profesionales que participen en los equipos asistenciales.

3.4.- Comisión de Garantía y Evaluación

La Comisión de Garantía y Evaluación (CyGE) de cada comunidad autónoma y ciudad autónoma es el órgano administrativo colegiado encargado de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la LORE en su ámbito territorial. La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán **personal de medicina, de enfermería y juristas**, pudiendo incluirse en la misma otros profesionales.

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

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

Recomendaciones

- Los miembros de las CGyE están obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales a los que tengan acceso. La información no podrá utilizarse para otro fin que no sea el de garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. La administración sanitaria competente creará los mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar este deber. En especial, se recomienda la suscripción de un compromiso al efecto y firmado por cada miembro.
- Recoger en su reglamento interno los requisitos de acceso, deberes y derechos de los miembros de la CGyE a fin de garantizar un funcionamiento eficaz y responsable del órgano.

- Recoger un proceso de toma de decisiones que distinga cuáles son tomadas por mayoría de votos y cuáles por unanimidad.
- Delimitar las funciones del Presidente, del Secretario y de los demás miembros de la CGyE. En relación al Presidente, se recomienda que el proceso de designación de los dos miembros que realicen la verificación previa, un jurista y un médico, se realice de forma imparcial, objetiva y transparente.
- Determinar un procedimiento ágil e imparcial para la resolución de desacuerdos entre los miembros designados por el Presidente, una vez el asunto se eleve al pleno de la CGyE.
- Se recomienda a la CGyE dotarse de un procedimiento garantista de resolución de situaciones de incompatibilidad o conflicto de interés.
- Determinar y delimitar el procedimiento de verificación posterior que debe desarrollarse en los dos meses siguientes a la realización de la ayuda para morir.
- Recoger las funciones concretas y el procedimiento a seguir como órgano consultivo en materia de aplicación de la LORE en su ámbito autonómico. Especialmente, se recomienda el establecimiento de canales de consulta ágiles y accesibles al personal médico y asistencial.
- Determinar el contenido mínimo que debe recoger el informe anual de evaluación sobre la aplicación de la LORE en su ámbito autonómico (persona u órgano responsable de la evaluación, indicadores de seguimiento, posibles mejoras...).
- Recoger expresamente las funciones adicionales que puedan atribuirles su comunidad autónoma y, en el caso de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.
- Los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación, no deberían ser objetores de conciencia a la LORE.

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

4.1.- Requisitos para solicitar la prestación

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

1.- Tener la **nacionalidad española** o **residencia legal en España** o **certificado de empadronamiento** que acredite un tiempo de permanencia en territorio español, **superior a doce meses**.

2.- Ser **mayor de 18 años**.

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

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

- **Padecimiento grave, crónico e imposibilitante:** situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable que quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.
- **Enfermedad grave e incurable:** la que su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

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

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

1. Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
2. Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.
3. Que haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido.
4. Realizar, al paciente, la valoración de incapacidad de hecho conforme al Protocolo de Actuación del Anexo IV.

4.2.- Fases del procedimiento

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

4.2.1.- Primera solicitud

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

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

El médico/a responsable será el interlocutor principal del paciente durante todo el proceso asistencial. Durante este proceso deberá contar con las asistencias, técnicas y humanas que permitan esa interlocución en el caso de pacientes con discapacidad. Si el médico/a se declara objetor de conciencia, el paciente será atendido por el médico/a responsable al que le derive el médico/a objetor/a o bien al que le indique la administración sanitaria, según lo establecido por las propias comunidades autónomas.

La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá realizarse **por escrito** o por otro medio que permita dejar constancia y deberá estar fechada y firmada por el paciente en presencia del médico/a responsable o de otro profesional sanitario. Además, la solicitud deberá ser voluntaria y no podrá ser el resultado de ninguna presión externa.

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

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

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

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

- En este supuesto el médico/a responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento análogo legalmente reconocido.
- Al paciente o al representante interlocutor, según el caso, se le entregará la copia firmada y fechada de su solicitud.

Una vez entregada la solicitud, el médico/a responsable deberá **verificar los requisitos** aplicables en esta etapa señalados en los artículos **5.1 o 5.2** de la LORE, según el caso. A continuación, y en el **plazo máximo de 10 días** desde la presentación de la solicitud, el médico/a responsable deberá informar al paciente en el caso de denegación de la solicitud.

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

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

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

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

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

4.2.2.- Proceso deliberativo con el médico/a responsable

Una vez admitida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir, el médico/a responsable iniciará el **proceso deliberativo** con el paciente, explicándole las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

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

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

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

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

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

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

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

4.2.3.- Segunda solicitud

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

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

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

4.2.4.- Prestación del consentimiento informado

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

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

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

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

En los supuestos que el médico/a responsable considere una pérdida inminente de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes. De las que deberá dejar constancia en la historia clínica. En este caso el paciente deberá firmar el consentimiento informado para poder continuar con el procedimiento.

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

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

4.2.5.- Informe del médico/a consultor/a

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El informe del profesional de medicina y del jurista designados por la Comisión de Garantía y Evaluación podrá ser favorable o desfavorable, o bien podría darse un desacuerdo entre ambos profesionales:

- Si el informe es **desfavorable**, el médico/a responsable informará al paciente de su derecho a reclamar la decisión ante el pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación.
- Cuando el paciente **decida recurrir la decisión ante el pleno**, éste deberá resolver la cuestión en el plazo máximo de 20 días naturales, sin que puedan participar en la resolución de la misma los dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud.

Si la **decisión del pleno es favorable** a continuar con el proceso de prestación de ayuda para morir:

- En aquellos supuestos en que la **denegación tenga origen en un informe desfavorable del médico/a responsable**, la Comisión de Garantía y Evaluación requerirá a la dirección del centro para que, en el plazo máximo de siete días naturales, facilite la prestación solicitada a través de **otro médico/a del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios**.
- En los demás supuestos será el médico/a responsable el que pueda continuar con la realización de la prestación, junto con el equipo asistencial en los mismos plazos.

- Si el pleno no se pronuncia en los siguientes 20 días hábiles o su decisión es **contraria a continuar con el proceso**, el paciente tendrá derecho a recurrir la decisión ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.
 - Se recomienda informar al solicitante de sus derechos de recurrir ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en caso de que la decisión de la Comisión de Garantía y Evaluación, sea desfavorable a su solicitud.
- Si el informe es **favorable**, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación de ayuda para morir.
- En el caso de que se produzca un **desacuerdo** entre el profesional médico y el jurista, la decisión se elevará al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente. La resolución se trasladará al médico/a responsable en los dos días siguientes, quién informará al paciente de la decisión y de la posibilidad de reclamarla, en su caso, ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

4.2.7.- Realización de la prestación de ayuda para morir

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

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

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

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

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

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

4.3.- El registro en la Historia Clínica

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

- La recepción y comprensión por el paciente de la información sobre el proceso médico facilitada por escrito por el médico/a responsable.

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

Recomendaciones

- Es recomendable que los sistemas de información sanitarios integren una aplicación *ad hoc* que dé soporte a todo el ciclo de vida del proceso y esté convenientemente integrada con la historia clínica electrónica. Deberá ser accesible a los profesionales sanitarios de forma que la información esté disponible allí donde sea necesario, sin que sea preciso cambiar de aplicación para consultarla.
- En caso de no poder desarrollar esta aplicación, sería aceptable la creación de un formulario en la historia clínica electrónica que estuviera suficientemente estructurado como para cumplir con todos los requisitos de intercambio de información con otras entidades.
- En relación al consentimiento informado, debe existir una copia digital con plena validez legal a disposición de todo profesional que intervenga en el proceso, en cualquier momento. Es recomendable que el consentimiento sea digital en origen y la firma se realice de forma electrónica. En los supuestos, en los que esta posibilidad no sea posible, **es aceptable la realización de un escaneo certificado de un consentimiento que fuera firmado en papel.**
- Las medidas que se deban tomar en el caso de un paciente capaz pero que no puede firmar, deben estar presididas por el principio de proporcionalidad, esto es, el menos invasivo. Claramente, como primera posibilidad, siempre que sea posible, es preferible la contenida en el art. 6.1 LORE (otra persona mayor de edad y plenamente capaz).

- Si lo anterior no fuera posible o conveniente, “*podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia*”. Por ejemplo, un video, pero ha de tenerse en cuenta su enorme incidencia en el ámbito de la intimidad del paciente y las exigencias rigurosas en materia de protección de datos, por lo que ha de considerarse un sistema aplicable solo en el caso de que no sea posible la firma por otra persona mayor de edad.
- Respecto a la necesaria interoperabilidad del proceso, se debe acordar la normalización de la información asociada al mismo.

4.4.- El documento de instrucciones previas o documento análogo

A través de un documento de instrucciones previas o documento análogo legalmente reconocido, una persona mayor de edad, capaz y libre, **manifiesta anticipadamente su voluntad**, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente. Tal es el caso de la situación de incapacidad de hecho que puede padecer el paciente, cuya valoración se contempla en el **Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho**.

El otorgante del documento de instrucciones previas puede designar, además, un **representante** para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico/a responsable y el equipo asistencial.

Como consecuencia de la entrada en vigor de la LORE, el Ministerio de Sanidad está tramitando una modificación del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, que regula el **Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP)** y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, con el fin de actualizar la información mínima que deben trasladar las Comunidades Autónomas al RNIP. De esta forma, se incorporará la prestación de ayuda para morir en el apartado denominado “Materia de la declaración” de su Anexo.

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

Un paciente en **situación de incapacidad de hecho**, solo podrá tener acceso a la prestación de ayuda para morir, **si dispone de un documento de instrucciones previas o documento equivalente** legalmente reconocido en el que se recoja de forma clara e inequívoca su voluntad de solicitar dicha prestación.

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

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

4.5.- Acceso a las personas con discapacidad

Durante todo el procedimiento regulado por la LORE se deben garantizar los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

En especial, han de adoptarse las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de sus derechos reconocidos.

Recomendaciones

- Las administraciones sanitarias competentes deberán garantizar que las personas con discapacidad puedan utilizar los apoyos, instrumentos y ajustes razonables que resulten precisos. Entre ellos, se incluyen los sistemas aumentativos y alternativos, braille, lectura fácil, pictogramas, dispositivos multimedia de fácil acceso, intérpretes, sistemas de apoyo a la comunicación oral, lengua de signos, lenguaje dactilológico, sistemas de comunicación táctil y otros dispositivos que permitan la comunicación, así como cualquier otro que resulte preciso.
- Todos los documentos recogidos en la LORE deben ser facilitados en formatos adecuados, accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad. En el caso de que no sean suficientes, deberán aplicarse los ajustes razonables pertinentes. Por ejemplo, un vídeo o un documento específico elaborado en Lectura Fácil, un intérprete de lengua de signos, un mediador comunicativo, etc.
- Cuando el paciente tenga una discapacidad que le impida cumplimentar, firmar y fechar la solicitud de prestación de ayuda para morir, la administración sanitaria pondrá a su disposición los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que le permitan expresar su decisión y dejar constancia por escrito de su voluntad. Ejemplos de estos medios pueden ser la grabación de un vídeo, etc.

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

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

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

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

Recomendaciones

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

Respecto a la forma y tiempo de realización:

- El médico/a responsable se reunirá con el equipo asistencial e informará de la recepción de la resolución favorable. En esta reunión es aconsejable planificar la modalidad elegida por el paciente, y ordenar y diseñar la asistencia, apoyo y observación durante todo el proceso.
- El médico/a responsable dialogará con el paciente para organizar todo lo relacionado sobre la forma de realización de la modalidad de la prestación de ayuda para morir, sobre el tiempo, el lugar, las condiciones y sobre su derecho al acompañamiento de familiares y allegados.
- El acuerdo con el paciente sobre el tiempo y forma se comunicará al resto del equipo asistencial.
- El paciente, en la medida de lo posible, podrá elegir el lugar para la realización de la prestación de ayuda para morir, pudiendo ser en su propio domicilio u hospital. En el caso de que el entorno sea el propio domicilio del paciente, se trasladará el equipo asistencial y el médico responsable al mismo.
- Se garantizará al paciente y a sus familiares y allegados un entorno asistencial de confortabilidad y humanización en los cuidados. El médico/a responsable, el equipo asistencial y la administración sanitaria competente adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de los pacientes durante la realización de la prestación.
- En el supuesto de una situación de incapacidad de hecho, el médico/a responsable llevará a cabo la realización de la prestación de ayuda para morir de acuerdo con lo dispuesto en el documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido, siempre que su situación clínica lo permita y no haya ninguna contraindicación fundamentada. Si el paciente no

hubiera indicado la modalidad de realización de la prestación, se optará por la vía intravenosa para la administración de los medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4.- Certificado de defunción

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

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

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

6.- RECOMENDACIONES DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

6.1.- Marco normativo

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

el derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

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

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

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

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

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

- Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para **garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir** en los supuestos, y con los requisitos establecidos en la LORE. Entre esas medidas se puede contemplar la figura de “equipos sanitarios de apoyo y asesoramiento”.
- La objeción de conciencia es un **derecho individual, no colectivo**. Tiene un carácter personal y, por lo tanto, no podrá ejercerse por una institución, un centro, un servicio o una unidad.
- La objeción debe ser **específica** y referida a las acciones concretas de la ayuda para morir. No puede extenderse a los cuidados derivados de la atención habitual que requiera el paciente.
- La objeción de conciencia es de carácter **concreto**, por lo que, en cuanto al alcance de la misma, este manual se ciñe a las **acciones y actos referidos** tanto en:

- El **artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.** El contenido de este precepto detalla las actuaciones que forman parte del procedimiento previo, cuando estos actos sean imprescindibles y directamente relacionados con la prestación. Se trata de constatar la voluntad clara, firme y decidida del paciente en solicitar la ayuda para morir, tras varias manifestaciones continuadas en tal sentido o producirse el desistimiento de la antes citada decisión.
- El **artículo 11. Realización de la prestación de ayuda para morir.** Se trata de aquellas actuaciones que se realizan en el proceso final, de prescripción, administración o suministro, dispensando observación y apoyo hasta el momento del fallecimiento del paciente.

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

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

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

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

- Los miembros de la **Comisión de Garantía y Evaluación formarán parte de ella de manera voluntaria**, a fin de evitar un posible ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia respecto a su integración en la misma. Deberá garantizarse que sus miembros no sean profesionales objetores a la LORE, a fin de asegurar el normal desarrollo del procedimiento de prestación de ayuda para morir.
- El profesional sanitario que sea objetor de conciencia y reciba una solicitud de ayuda para morir, deberá informar al paciente sobre el ejercicio de su derecho a la objeción y estará **obligado a derivar dicha solicitud a su inmediato superior o a otro profesional para iniciar el procedimiento (de acuerdo con lo que se establezca en cada comunidad autónoma).**
- Se aceptará **“la objeción sobrevenida” y la reversibilidad en la decisión**, puesto que la vida es un proceso dinámico en que las opiniones de los sujetos pueden cambiar, independientemente de que se haya podido declarar una objeción de conciencia general, previa y por escrito. Por lo tanto, en el Registro

de objeción de conciencia, los profesionales sanitarios podrán inscribir sus declaraciones de objeción o anular las mismas en cualquier momento.

- **Las personas responsables de los centros sanitarios deberán conocer con qué objetores cuentan** en su centro para poder organizar la prestación. Siempre, bajo el requisito de estricta confidencialidad. Esta información no podrá utilizarse para otro fin que no sea el de garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.
- **El Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia podrá estructurarse** por las comunidades autónomas dentro del ejercicio de su competencia, **de forma única y centralizada o de forma descentralizada** en las direcciones asistenciales de las áreas sanitarias, siendo el responsable único la propia Administración. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.
- La coherencia de las actuaciones del objetor en relación con sus valores y creencias deberá poder **ser constatada en el conjunto de su actividad sanitaria**. No es ético objetar en el sistema público y no hacerlo en el privado o viceversa, pues la objeción de conciencia no es auténtica si se basa en motivaciones o razonamientos técnicos, jurídicos, laborales o de cualquier otra índole distinta a la propia conciencia moral.
- **No podrá discriminarse a ningún profesional sanitario que haya declarado su condición de objetor de conciencia**. No se podrán plantear exigencias, imponer consecuencias negativas ni generar ninguna clase de incentivos que busquen el desistimiento o la revocación de la objeción. Las instituciones y equipos no presionarán a los profesionales bajo ninguna circunstancia, a fin de que éstos ejerciten o no su derecho a la objeción de conciencia en los términos que señala la LORE.
- **Las administraciones sanitarias garantizarán y facilitarán el derecho a la prestación de ayuda para morir**. El legítimo ejercicio del derecho a la objeción de conciencia no puede limitar, retrasar o condicionar la solicitud del paciente.
- **Las administraciones sanitarias informarán a los pacientes** del contenido y ejercicio del derecho a la objeción de conciencia. El ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios no supondrá merma o menoscabo de la atención sanitaria.
- **Los profesionales sanitarios tienen derecho a ser informados** sobre la naturaleza y funcionamiento del registro de objetores de conciencia de su comunidad autónoma y, especialmente, del uso de sus datos personales.
- El ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación sanitaria de ayuda para morir **no será aplicable al resto de actuaciones** sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información a pacientes y familiares, acompañamiento ni a los traslados intercentros.

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

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

Para la elaboración de este documento se ha realizado una revisión de las guías para la práctica de la eutanasia de los países con experiencia en la realización de la prestación de ayuda para morir (2-6, 9, 10) y se ha tenido en cuenta la disponibilidad y financiación de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

En base a esta información y al criterio de las personas expertas del grupo de trabajo se han 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 éste hasta el momento de su fallecimiento.**

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

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

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

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

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

una amplia población de pacientes de diferentes edades y pesos. La ED95 es la dosis necesaria para conseguir el efecto deseado en el 95% de la población.

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

Fuente: bibliografía ref. 3, 12

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

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

2.1.- PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

TABLA RESUMEN MEDICAMENTOS VÍA IV	
Premedicación	
Midazolam	5-20 mg (IV) administración en 30 segundos
Adyuvante	
Lidocaína	40 mg (IV) administración en 30 segundos
Inductores del coma	
Propofol (de elección)	1.000 mg (IV) administración lenta 2,5-5 minutos
Tiopental (alternativa)	2000 mg (IV) administración lenta 2,5-5 minutos
Bloqueantes neuromusculares	
Atracuronio (de elección)	100 mg (IV) administración rápida
Cisatracurio (de elección)	30mg (IV) administración rápida
Rocuronio (de elección)	150mg (IV) administración rápida

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

A. PREMEDICACIÓN.

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

B. ADYUVANTE

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

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

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

En caso de alergia a la lidocaína, se puede administrar 1g de sulfato de magnesio (diluido en 10ml con solución salina normal) en administración lenta durante 5 minutos¹.

C. MEDICAMENTOS INDUCTORES DEL COMA.

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

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

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.

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

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

D. MEDICAMENTOS BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES.

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

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

Los medicamentos de elección son atracurio 100 mg (IV) (3,6,9), cisatracurio 30mg² (IV) (6) o 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 la Tabla I, se incluyen los nombres comerciales y presentaciones de los medicamentos autorizados por la AEMPS (fuente: CIMA <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>, Mayo/2021). La variedad de presentaciones y concentraciones hace necesaria una tabla que facilite el cálculo de la dosis. En la última columna se indica el número de viales o ampollas necesarias para conseguir las dosis recomendadas, para que sirva de referencia.

2.2.- MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN

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

² Rango de dosis: 30-40mg.

³ Rango de dosis 100-200mg.

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

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

2.3.- KITS DE MEDICACIÓN

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

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

Recomendaciones para la elaboración de los kits:

1. Los kits se deben preparar para cada paciente.
2. Los kits se elaborarán en los Servicios de Farmacia Hospitalaria y cuando sea necesaria la reconstitución previa a la administración del medicamento ésta se llevará a cabo siguiendo las normas de buenas prácticas de preparación de medicamentos y en condiciones que garanticen la esterilidad y la trazabilidad del producto final. Deberá quedar constancia por escrito del kit empleado y se devolverá al Servicio de Farmacia el kit sobrante.
3. Identificación del kit (código, referencia...) que permita su trazabilidad: paciente para el que va destinado, lote y caducidad de los medicamentos utilizados para su elaboración, fecha de elaboración del kit, caducidad del kit...
4. Siempre que sea posible se deben utilizar viales o ampollas en lugar de jeringas precargadas. Si la dosis de los medicamentos a administrar es un vial o ampolla completo puede ser el médico/a o la enfermera/o quien prepare la medicación en el momento de la administración para minimizar los problemas de estabilidad.
5. Cuando sea necesario se podrán incluir los medicamentos a administrar en jeringas precargadas y bien etiquetadas.

6. En el caso de que el servicio de farmacia prepare jeringas precargadas será especialmente importante tener en cuenta las condiciones de estabilidad, necesidad de refrigeración, etc.
7. Etiquetado claro del medicamento en cuanto al contenido y la dosificación de la jeringuilla.
8. Uso de jeringuillas de distinto tamaño para cada medicamento.
9. Uso de etiquetas codificadas por colores para cada medicamento indicando el orden de administración.

Desechar las jeringuillas sin etiquetar y devolverlas a la farmacia.

2.4. DURACIÓN DEL PROCESO

- La medicación de inducción del coma se administra en no más de 5 minutos. La pérdida de conciencia se produce en 1-2 minutos tras su administración. Tras comprobar que el paciente está en un coma profundo se administra el bloqueante neuromuscular de forma rápida.
- En unos pocos casos, la administración de la medicación inductora del coma puede conducir directamente a la parada respiratoria y a una posible parada cardíaca. En todos los demás casos, el bloqueante neuromuscular provocará una parada respiratoria total en pocos minutos, seguida de una parada cardíaca. Sin embargo, a veces el corazón puede seguir latiendo durante algún tiempo, lo que prolonga el periodo entre la parada respiratoria y la parada cardíaca, hasta 20 minutos. Esto puede hacer que algunos pacientes se vuelvan cianóticos.
- Antes de la práctica de la eutanasia, debe explicarse claramente a los presentes que la parada respiratoria puede producirse rápidamente, pero que el corazón también puede seguir latiendo durante algún tiempo.
- Los profesionales sanitarios acompañarán hasta que se produzca la parada cardiorrespiratoria y se certifique la defunción.

2.5. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- En determinados pacientes puede plantear dificultades tener una adecuada vía venosa para administrar la medicación. Por ello, será fundamental asegurar una vía

venosa adecuada y estable antes de iniciar todo el proceso para minimizar las tasas de fracaso. También se recomienda contar con una segunda vía accesorio.

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

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

- El paciente no responde a los estímulos verbales.
- El paciente no responde a los estímulos dolorosos.

- Existe una depresión grave de la función cardiovascular, evidenciada por un pulso lento y débil.
- Existe una depresión grave de la ventilación, evidenciada por respiración lenta y superficial.
- El paciente carece de reflejos protectores, como el reflejo corneal.

2.6. COMPLICACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN IV FUERA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

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

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

midazolam, el médico deberá estar preparado para prescindir de la administración de lidocaína y administrar directamente el propofol.

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

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

3.1.- AUTOADMINISTRACIÓN VIA ORAL

3.1.1.- PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

A. PREMEDICACIÓN

A.1. Antieméticos

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

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

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

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

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

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

A.2. Ansiolíticos

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

Los medicamentos y las dosis recomendadas son los siguientes:

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

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

B. MEDICAMENTO INDUCTOR DEL COMA

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

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

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

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

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

3.1.2.- DURACIÓN DEL PROCESO

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

3.1.3.- RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

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

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

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

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

3.1.4.- AUTOADMINISTRACIÓN VIA INTRAVENOSA

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA:

1. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Neuvième rapport aux Chambres législatives. 2018 – 2019. Disponible en: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf
2. Bakewell, F, Naik VN. Complications with Medical Assistance in Dying (MAID) in the Community in Canada. Review and Recommendations. 2019
3. Harty, C. et al. Intravenous MAiD Medication Protocols in Canada. Review and Recommendations. 2020.
4. Harty, C., et al. The Oral MAiD Option in Canada Part 1: Medication Protocols Review and Recommendations. 2018.
5. Harty, C., et al. The Oral MAiD Option in Canada Part 2: Processes for Providing Review and Recommendations. 2018.
6. KNMG/KNMP. Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Netherlands, 2012.
7. Health Canada. Fourth interim report on medical assistance in dying in Canada, 2019.
8. Zworth M, Saleh C, Ball I, et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping review. BMJ Open 2020;10:e036054. doi:10.1136/bmjopen-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
13. Euasobhon P, Dej-arkom S, Siriussawakul A, Muangman S, Sriraj W, Pattanittum P, Lumbiganon P. Lidocaine for reducing propofol-induced pain on induction of anaesthesia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD007874. DOI: 10.1002/14651858.CD007874.pub2

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

Principio Activo	Dosis necesaria	Nombre comercial	Presentación	Concentración	Dosis necesaria/volumen según presentación
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 a fecha 06/2021.

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

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

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

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

Principio Activo	Dosis necesaria	Nombre comercial	Presentación	Concentración/ dosis
Antieméticos				
Metoclopramida HCl (oral)	30mg	PRIMPERAN 10 mg COMPRIMIDOS	Comprimidos 10 mg	
		METOCLOPRAMIDA ACCORD 10 MG COMPRIMIDOS EFG		
		METOCLOPRAMIDA KERN PHARMA 1 mg/ml SOLUCION ORAL EFG	Frasco 250 ml	
		METOCLOPRAMIDA PENSA 1 mg/ml SOLUCION ORAL EFG		
		PRIMPERAN 1 MG/ML SOLUCIÓN ORAL	Frasco de 200 ml	
Ondansetron	8-24mg	ZOFRAN ZYDIS 4 MG LIOFILIZADO ORAL	Comprimidos 4mg	2-6 comp
		ONDANSETRÓN BLUEFISH 4MG COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG		
		ONDANSETRÓN MYLAN 4 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG		
		ONDANSETRÓN QUALIGEN 4 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG		
		ONDANSETRÓN NORMON 4 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG		
		ONDANSETRÓN RATIO 4 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG		
		ZOFRAN ZYDIS 8 MG LIOFILIZADO ORAL	Comprimidos 8mg	1-3 comp
		ONDANSETRÓN NORMON 8 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG		
		ONDANSETRÓN BLUEFISH 8MG COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG		
		ONDANSETRÓN MYLAN 8 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG		
		ONDANSETRÓN QUALIGEN 8 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG		
		ONDANSETRÓN RATIO 8 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG		
Barbitúricos				
Pentobarbital sódico	15g	No hay disponible ninguna presentación comercial. Formulación magistral en solución oral.		15 g - 100ml

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

Solución oral de pentobarbital al 15% 100ml:

➤ Composición:

Solución oral de pentobarbital al 15% 100ml:

Pentobarbital	15g	
Etanol 96%	16.2g	(20ml)
Agua purificada	15g	(15 ml)
Propilenglicol	10.4g	(10ml)
Sacarina sódica	250mg	
Jarabe simple	65g	(50ml)
Aceite esencial de anís estrellado (saborizante)	1 gota	
	121.85 g	(100 ml)

➤ Instrucciones de preparación:

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

Comentarios

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

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

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

➤ Caducidad y conservación:

Caducidad: 1 mes.

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

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

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

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

- Midazolam: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/65796/FT_65796.pdf
- Lidocaina: https://cima.aemps.es/cima/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

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

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

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

Nº	MODELO	REFERENCIA LEY_OBSERVACIONES
1º	SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 1ª SOLICITUD	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. 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.
2º	SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE 2.1.- Presentado por parte del médico/a responsable 2.2.- Presentado por otra persona	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.
3º	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL/LA PACIENTE	Este documento contiene toda la información necesaria con el fin de que pueda tomar una decisión plena e informada sobre su derecho a la prestación de ayuda para morir.
4º	INFORMACIÓN PROCESO MÉDICO/A RESPONSABLE E INFORMACIÓN	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. 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.
5º	REVOCACIÓN/APLAZAMIENTO SOLICITUD ✓ Revocación en cualquier momento del procedimiento ✓ Aplazamiento una vez autorizada la prestación	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.
6º	SOLICITUD DE CONTINUAR/DESISTIR DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir. 2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.

		En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial.
7º	DENEGACIÓN PRESTACIÓN AYUDA PARA MORIR POR EL MÉDICO/A RESPONSABLE ✓ Plazo 10 días desde la solicitud	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.
8º	8.1.- DOCUMENTO PRIMERO ✓ Plazo máximo para comunicar a la CGyE de 5 días hábiles desde la prestación 8.2.- DOCUMENTO SEGUNDO. ✓ Plazo máximo para comunicar a la CGyE de 5 días hábiles desde la prestación 8.2. ADAPTADO	Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir. Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro: a) El primer documento, sellado por el médico responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos: 1.º) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera. 2.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable. 3.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado. 4.º) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho. Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir. b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos: 1.º) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir. 2.º) Fecha y lugar de la muerte. 3.º) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona. 4.º) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante). 5.º) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría. 6.º) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa. 7.º) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo. 8.º) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir. 9.º) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas. Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir. 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.
9º	RECLAMACIÓN ANTE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN (CGyE) ✓ Plazo 15 días desde la notificación de la denegación.	Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir. 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.
10º	INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 1º ✓ Plazo 2 días naturales de recibida la solicitud para realizar el informe. ✓ Plazo 5 días naturales de recibida la solicitud para facilitar al paciente copia del informe.	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.
11º	SOLICITUD PRESTACIÓN AYUDA MORIR: 2ª Solicitud ✓ Plazo al menos 15 días naturales de la primera solicitud.	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.

12º	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. Finalización del proceso deliberativo médico/a responsable – paciente. 12.1.- Consentimiento informado para recibir la prestación de ayuda para morir. 12.2.- Documento Información para el REPRESENTANTE/INTERLOCUTOR del/la paciente en la situación clínica de incapacidad de hecho.	
13º	CONCLUSIONES INFORME MÉDICO CONSULTOR ✓ Plazo de 10 días naturales de recibida la segunda solicitud para realizar el informe. ✓ Para recurrir usar el Modelo 9.	Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir. 3. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas. 4. En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones del artículo 5.1, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación en los términos previstos en el artículo 7.2.
14º	COMUNICACIÓN MÉDICA A LA CGyE ✓ Plazo de 3 días hábiles de informe favorable del médico/a consultor/a.	Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir. 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.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 1ª Solicitud

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

Modelo 1

Exp. nº _____

Yo, _____ con DNI/NIE nº _____
_____, mayor de edad, con domicilio en (localidad) _____
_____, Código postal _____
Teléfono/s _____ Correo electrónico _____ y
teniendo en cuenta que poseo (señálese lo que proceda):

- ☐ La Nacionalidad española.
- ☐ La residencia legal en España.
- ☐ Un certificado de empadronamiento que acredite, un tiempo de permanencia en el territorio español, superior a doce meses.

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.
- Que estimo que sufro:

- ☐ Una enfermedad grave e incurable.
- ☐ Padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

SOLICITO, por PRIMERA VEZ

La prestación de ayuda para morir, por lo que firmo,

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo.: El/la paciente

Fdo.: El médico/a responsable

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

DECLARO

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

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

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA

PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

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

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA

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

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir. 1. *La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita. En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia.* 2. *El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.*

Modelo 2.1

Exp. nº _____

PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**EN NOMBRE DEL PACIENTE. Art. 5.2 LORE****(presentado por parte del médico/a que lo trata)***(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)*

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

MANIFIESTO:

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

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

En _____ a _____ de _____ de 202__

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

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

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir. 4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En el caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia. En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) punto 1 del artículo 4 del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

**PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
EN NOMBRE DEL PACIENTE. Art. 5.2
(presentado POR OTRA PERSONA)**

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

Modelo 2.2

Exp. nº _____

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

DECLARO

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

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

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA

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

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

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA

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

Modelo 3

Exp. nº ____

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

Es **fundamental que Usted** haya comprendido la totalidad de la información para que pueda **PRESTAR SU CONFORMIDAD LIBRE, VOLUNTARIA, CONSCIENTE Y EN PLENO USO DE SUS FACULTADES**. Todo el equipo asistencial estará disponible para resolver sus dudas o remitirle al profesional adecuado para que sea informado.

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

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

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

1. **¿En qué consiste su derecho a la prestación de ayuda para morir?**
Consiste en proporcionarle **el equipo asistencial y los medios necesarios para la efectiva realización de la prestación de ayuda para morir**, una vez que ha manifestado su deseo de morir y con pleno sometimiento al procedimiento y garantías establecidos en la Ley. En todo este proceso **estará acompañado** por el equipo sanitario y asistencial. **Su derecho de acuerdo con la ley es reconocido mediante resolución de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad Autónoma de (...)**, el médico/medica responsable le informará cuando se notifique oficialmente.
2. **¿Cuáles son los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir?**
 - Ser mayor de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
 - Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
 - Sufrir **una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante**, certificada por el médico/a responsable y por un médico/a consultor/a.
 - Y, prestar **consentimiento informado** previamente a recibir la prestación de ayuda para morir.
3. **¿Cuáles son las modalidades posibles de prestación de ayuda para morir?**
 - a) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
 - b) O, la prescripción o suministro por parte del profesional sanitario de una sustancia de manera que usted se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Paso 1: Abrirá con usted un proceso deliberativo.

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

Paso 2: Reanudará de nuevo un proceso deliberativo.

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

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

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

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

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

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

El/la médico/a responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir lo pondrá en conocimiento del **presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación**, al efecto de que se efectúe **el control previo de su solicitud por parte de dicha comisión**.

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

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

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

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

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

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

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

Los profesionales sanitarios realizarán la prestación de ayuda para morir **con el máximo cuidado y profesionalidad. El médico/a responsable y el resto de profesionales sanitarios le apoyarán, asistirán y acompañarán hasta el momento de su muerte.**

La prestación de ayuda para morir se efectuará de la siguiente manera según la modalidad que usted haya comunicado a su médico/a responsable:

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

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

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

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

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

- En este caso el procedimiento se iniciará con la toma de un medicamento para evitar el vómito. Su médico/a le indicará la pauta más adecuada.
- Aproximadamente 1 hora después de la ingesta del medicamento para evitar el vómito, tomará la solución oral de pentobarbital, que tiene un volumen de 100 ml. El objetivo de este fármaco es inducir el estado de coma y producir el fallecimiento.
- En la gran mayoría de los casos, el período de tiempo entre la ingesta de la solución oral y el fallecimiento es menor de 30 minutos, pero en algún caso puede tardar entre 2 y 3 horas.

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

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

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

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

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

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

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

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

11. ¿Puedo REVOCAR MIS DECISIONES?

Usted tiene DERECHO a:

- Desistir de su solicitud al finalizar el proceso deliberativo con el médico/a responsable.
- A renunciar a su derecho una vez que la Comisión de Garantía y Evaluación reconozca la prestación de ayuda para morir.
- Desistir, renunciar, aplazar y rechazar de manera escrita, verbal o mediante cualquier otro procedimiento que garantice su voluntad.

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

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

En _____, a ____ de _____ de 20____

Fdo: El/la paciente solicitante

Fdo: El Médico/a Responsable

INFORMACIÓN PROCESO MÉDICO/A REponsable
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.

REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

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

DECLARO

- Que, con fecha _____ presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir.
- Que, con esta fecha, solicito:
 - LA **REVOCACIÓN** DE DICHA SOLICITUD.

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

Modelo 5.1

Exp. nº _____

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

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

DECLARO

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

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

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

SOLICITUD APLAZAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR

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

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

DECLARO

- Que, con fecha _____ presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir.
- Que con fecha _____ La Comisión de Garantía y Evaluación reconoció mi derecho a recibir la prestación.
- Que, con esta fecha, solicito:
 - EL APLAZAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

Modelo 5.2

Exp. nº _____

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

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

DECLARO

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

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

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

SOLICITUD DE DESISTIR DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

Modelo 6

Exp. nº _____

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

DECLARO

- Que tras presentar las correspondientes solicitudes y finalizar el proceso deliberativo

con mi médico/a responsable

MI DECISIÓN ES

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

En _____, a _____ de _____ de 202__

FIRMA

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

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

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

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

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, _____ con DNI/NIE nº _____,

DECLARO

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

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

En _____, a _____ de _____ de 202__

FIRMA

DENEGACIÓN PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

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

Modelo 7

Exp. nº _____

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

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

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

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

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

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

MOTIVO DE LA DENEGACIÓN

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

En _____, a _____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

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

Quedándome enterado y notificado de la misma, firmo,

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA del Paciente o Representante

Modelo 8.1

Exp. nº _____

DOCUMENTO PRIMERO

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

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

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

Domicilio en (localidad) _____ C/ _____

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

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

Centro de trabajo _____

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente)

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

Centro de trabajo _____

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

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

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

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

DOCUMENTO SEGUNDO

COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA
REALIZACIÓN DE LA
PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

Modelo 8.2

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:

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

para morir

☐ Documento equivalente legalmente reconocido.

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

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

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

DOCUMENTO SEGUNDO ADAPTADO

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

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

Modelo 8.2 Adaptado

Exp. nº _____

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

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

Presentada **2ª Solicitud** con fecha _____

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

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

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

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

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

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

9.- **Motivo de la denegación.**

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

Modelo 9

Exp. nº _____

RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

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

DECLARO

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

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

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

En _____, a _____ de _____ de 202__

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, _____ con
DNI/NIE nº _____,

DECLARO

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

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

En _____, a _____ de _____ de 202__

FIRMA

INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 1º

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

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

Centro de trabajo

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente)

CERTIFICO

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

▪ **Diagnóstico**

▪ **Posibilidades terapéuticas y resultados esperables**

▪ **Posibles cuidados paliativos**

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

▪ **Conclusiones más destacables del proceso deliberativo**

En _____ a _____ de _____ de 202__

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 2ª Solicitud

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

Yo, _____ con
DNI/NIE nº _____ mayor de edad, con domicilio en
(localidad) _____

en la Calle _____ Código
postal _____ Teléfono/s _____ Correo
electrónico _____

DECLARO

- Que **soy capaz y consciente de mis actos** en el momento presente de formular esta solicitud.
- Que **dispongo por escrito de la información sobre mi proceso médico**, las **diferentes alternativas y posibilidades de actuación**, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
- Que **NO** tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud.
- Que, con fecha _____ solicité la Prestación de ayuda para morir, y habiendo transcurrido más de 15 días desde mi primera solicitud.

SOLICITO, POR SEGUNDA VEZ

La prestación de ayuda para morir, y la firmo,

En _____, a _____ de _____ de 202__

FIRMA

Modelo 11

Exp. nº _____

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/A RESPONSABLE-PACIENTE)

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

Modelo 12.1

Exp. nº _____

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 actuó de forma voluntaria, sin presiones externas de ninguna índole y con conocimiento de causa sobre la prestación que solicita.**
- He sido informado de que un **médico/a consultor/a me examinará y corroborará que se dan los requisitos** para recibir la prestación de ayuda para morir.
- He sido informado **del proceso técnico de la eutanasia de sus efectos, evolución y complicaciones**.
- 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 los 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.

- En el caso de elección de la autoadministración por vía oral:
 - ✓ Si existiera alguna complicación durante la autoadministración oral, autorizo al médico responsable a utilizar la modalidad intravenosa....
 - ✓ Si el tiempo transcurrido entre la ingesta del medicamento letal y mi fallecimiento se prolongara más allá de lo esperado, autorizo al médico responsable a utilizar la modalidad intravenosa
- 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 Garantía 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 Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma**, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.
- He sido informado de mis derechos de reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación, y de mi derecho a acudir a los tribunales de acuerdo a lo determinado por la Ley. Soy conocedor que mi solicitud de la prestación de ayuda a morir puede ser denegada.
- He sido informado sobre **el procedimiento de consulta al/la médico/a consultor/a y del procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma**, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.
- He sido informado/a de mi derecho a mantener un canal de comunicación inmediata y próxima con mi médico/a responsable para aclarar cualquier duda.
- He sido informado/a de mi derecho de acompañamiento de persona o personas, que determine, durante la realización de la prestación de ayuda para morir.
- He sido informado/a que la prestación de ayuda a morir se hará con el **máximo cuidado y responsabilidad, de acuerdo con los protocolos y observando las recomendaciones establecidas en el Manual de Buenas Prácticas** aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Con toda la previa información:

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

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico/a responsable Dr/Dra.: _____ EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

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

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

- Don/Doña: _____
- Don/Doña: _____

Firmado: El/la paciente. _____

Firmado: El/la Médico Responsable. _____

Fecha: _____

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

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico/a responsable Dr/Dra.: _____ EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE REVOCAR MI SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

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

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

- ☐ Don/Doña: _____
- ☐ Don/Doña: _____

Firmado: El/la paciente. _____

Firmado: El Médico/a Responsable. _____

Fecha: _____

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

Modelo 12.2

Exp. nº _____

(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. DATOS DEL/LA REPRESENTANTE (INTERLOCUTOR PRINCIPAL):

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 Garantía 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/a 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

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

ÍNDICE

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

1.- Resumen Ejecutivo

El objetivo de este documento es establecer un **conjunto de recomendaciones** que ayuden a los médicos y médicas responsables a valorar la situación de incapacidad de hecho de los pacientes que soliciten la prestación de ayuda para morir. Estas recomendaciones, que serán revisadas periódicamente, **han sido aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, en cumplimiento del artículo 5.2 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

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

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

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

El artículo 1 de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (en adelante, LORE) determina que su objeto consiste en *regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse*.

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

El artículo 3, apartado h, define la “situación de incapacidad de hecho” como aquella *situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica*.

El artículo 9, relativo al procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una situación de incapacidad de hecho, determina que en tal caso **el médico/a responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente**. Cuando el médico/a responsable considere que el paciente sufre una incapacidad de hecho, pero no exista un documento de instrucciones previas o documento análogo legalmente reconocido, **deberá denegar la solicitud** de ayuda para morir, por escrito y de manera motivada. En caso de existir dicho documento se

continuará con el procedimiento de solicitud de ayuda para morir, teniendo en cuenta lo dispuesto en el mismo.

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

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

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

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

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

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

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

3.1.- La entrevista clínica

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

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

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

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

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

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

3.2.- Herramientas de apoyo

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

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

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

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

- Una puntuación mayor de 24 puntos MMSE habitualmente se asocia a una situación de capacidad.
- Puntuaciones entre 20 a 24 representan una zona gris de incertidumbre.
- Puntuaciones por debajo de 20 puntos aumentan la probabilidad de incapacidad de hecho.
- Esta probabilidad se incrementaba por debajo de 16 puntos, siendo poco probable por tanto que una persona con una puntuación menor a 16 puntos fuese considerado capaz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Disponible en:

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

3.3.- Interconsulta a un profesional sanitario experto/a

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

4.- El papel del Médico/a Consultor/a

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

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

- Tener la **nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento** que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- Tener **mayoría de edad** legal.
- Sufrir una **enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante** en los términos establecidos en la LORE, certificada por el médico/a responsable.
- Haber suscrito con anterioridad un **documento de instrucciones previas**, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmentereconocidos.
- Padecer o no una **situación de incapacidad de hecho**.

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

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

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

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

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

5.- Bibliografía

Alvarez Marrodán I, Baón Pérez B, Navío Acosta M, et al.. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. Med Clin (Barc). 2014;143(5):2011-4).

Alvaro LC, ed. Competencia en demencia. Manual de uso clínico. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2018.

Boada M, Robles A, eds. Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Editorial Glosa. Barcelona, 2009.

Hernando Robles P, Lechuga Pérez X, Solé Llop P, et al. Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. Rev Calid Asist. 2012;27(2):85-91.

Mondragón JD, Salame L, Kraus A, De Deyn PP. Clinical Considerations in Physician-Assisted Death for Probable Alzheimer's Disease: Decision-Making Capacity, Anosognosia, and Suffering. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2019 Jun 18;9(2):217-226.

Moraleda Barba S, Ballesta Rodríguez MI, Delgado Quero AL, et al.. Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE), para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas [The adaptation and validation to Spanish of the questionnaire Aid to Capacity Evaluation (ACE), for the assessment of the ability of patients in medical decision-making]. Aten Primaria. 2015 Mar;47(3):149-57.

Navío Acosta M, Ventura Faci T, ed. Manual de Consulta en Valoración de la Capacidad. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2014.

Price A, McCormack R, Wiseman T, Hotopf M. Concepts of mental capacity for patients requesting assisted suicide: a qualitative analysis of expert evidence presented to the Commission on Assisted Dying. BMC Med Ethics. 2014 Apr 22;15:32.

Sessums LL, Zembruska H, Jackson JL. Does this patient have medical decision-making capacity? JAMA. 2011 Jul 27;306(4):420-7.

Simón-Lorda, P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol XXVIII, nº 102, pp. 325-348,.

Ventura T, Navío M, Alvarez I, Baón B, ed. Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCATcat-T): adaptación española. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2014.

ANEXO. Herramienta de evaluación ACE

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

Adaptadas de: www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf

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

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

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