

# dmd

Asociación Derecho a Morir Dignamente

REVISTA  
núm. 85  
2021



# LA MUERTE DIGNA EN ESPAÑA

FUNDACIÓN DE DMD  
11 Noviembre de 1984



1984

- Consentimiento Informado
- Derecho a rechazar tratamientos

1986

LEY GENERAL DE SANIDAD

- Desaparece la eutanasia pasiva: por rechazo de tratamiento
- Desaparece la eutanasia indirecta: por sedación paliativa

1995

CÓDIGO PENAL  
Art. 143.4 Atenúa las penas por eutanasia



"Soy una cabeza pegada a un cuerpo muerto"  
Ramón Sampredo

1998

Ley pionera en España sobre las voluntades anticipadas o testamento vital.

2000

Ley de Derechos y Autonomía del paciente de Cataluña

- Derecho a la información y a elegir entre opciones
- Derecho a rechazar tratamientos
- Derecho al testamento vital

2002

LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

La Comunidad de Madrid acusa al servicio de urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés de 400 homicidios (sedaciones con resultado de muerte)

2005

CASO LEGANÉS



Pide "una inyección que le pare el corazón"  
Inmaculada Echevarría



Madeleine Z

2007



"Prepararé el potingue, lo tomaré y me tumbaré"  
Carlos Santos

2010

Ley Muerte Digna de Andalucía

"Cuando ya no puedes valerte por ti mismo no es una vida digna"  
Pedro Martínez



Carmen y Ramona

2011

Ley Muerte Digna de Navarra y Aragón



"Me consumo, pero no les parece suficiente."  
José Luis Sagüés

2014

"Reclamamos que retiren la alimentación artificial a nuestra hija y la dejen morir con dignidad"  
Padres de Andrea (12 años)



2015

Ley Muerte Digna de Galicia, Baleares y Canarias



"Si la vida ha sido valiosa y buena ha de desembocar igualmente en una muerte digna, apacible y buena"

Antonio Aramayona



Carlos Martínez



2016

Ley Muerte Digna de Euskadi

"Cuantos más lucho, más me duele"  
Luis de Marcos



"Me indigna tener que morir en clandestinidad"  
José Antonio Arrabal



2017

Ley Muerte Digna de Madrid



"La eutanasia es un acto de amor"  
Luis Montes

El Parlamento por primera vez acepta debatir una ley de eutanasia

2018

Ley Muerte Digna de Asturias y Com. Valenciana



"Yo te voy a prestar mis manos"

Mª José Carrasco  
Ángel Hernández

"Cuando ya no os recuerde, ayudadme a morir"  
Familia Tellaetxe



2019

EL CONGRESO APRUEBA LA  
LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

17 Diciembre 2020

2020

## 25 J: una puerta entreabierta hacia la libertad

Con la entrada en vigor el 25 de junio de la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia** (LORE), nos acercamos decididamente a las sociedades democráticas más avanzadas de nuestro entorno en cuanto a derechos al final de la vida, como Países Bajos o Bélgica. Con la nueva ley se amplía, aunque de manera condicionada, nuestra autonomía en las decisiones fundamentales sobre el **cuándo** y el **cómo** morir, respondiendo así a un clamor social creciente. “¿Oirán los sordos?”, preguntaba en su momento Ramón Sampredo. Más de 25 años después llega finalmente una respuesta.

Se entreabre por fin la “puerta hacia la libertad” que tanto anhelaba abrir Ramón allá en los años 90 del siglo pasado y se resquebraja un poco más el antiguo paradigma religioso de la indisponibilidad de la vida que se va sustituyendo, gracias a la lucha ciudadana, por un paradigma científico y laico que rechaza la tutela religiosa. Con esta ley, hemos alcanzado –parcialmente– uno de los objetivos de nuestra asociación: “La despenalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido para enfermos avanzados que libremente desean liberarse de un sufrimiento que viven como intolerable”. Parcialmente, porque los requisitos para acceder a la eutanasia exigen padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, acompañados en ambos casos de un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable. Sufrimientos que habrán de ser corroborados externamente por al menos tres médicos y un jurista. Como abanderados de la reivindicación del derecho a gobernar la propia vida hasta el final, lamentamos la desconfianza que subyace en la LORE y la exigencia de un recorrido vital de sufrimiento hasta alcanzar niveles de deterioro que para muchas personas resultan incompatibles con su sentido de la dignidad. Del mismo modo que lamentamos la exclusión de los menores de edad y de las personas con enfermedades psiquiátricas y la excesiva burocratización de los procesos.

Una vez conseguido el reconocimiento legal de este nuevo derecho, después de la alegría de la celebración, nos espera un duro –por más que ilusionante– trabajo para que, esta vez sí, se haga efectivo el contenido de la ley. Por de pronto, como es bien sabido que los derechos que no se conocen no se ejercen, hemos decidido centrar este número de nuestra revista en la difusión del texto íntegro de la LORE. Porque, en la misma línea de nuestro trabajo de siempre, una faceta esencial de nuestra tarea a partir de ahora va a consistir en la difusión de la información sobre la nueva ley tanto entre profesionales sanitarios como entre la ciudadanía. Una pedagogía necesaria para acercar el nuevo derecho a sus protagonistas que continuaremos desarrollando en sucesivos números de la revista.

Es un hecho que esta ley tiene muchos enemigos. Tantos como la libertad. Enemigos que intentarán ocultarla, desprestigiarla y calumniarla para impedir o al menos dificultar su aplicación. Porque son conscientes de que el ejercicio de la libertad, incluso tutelada, genera más anhelo de libertad en la sociedad. En esta perspectiva, hemos pensado este número de la revista como un instrumento de conocimiento en mano de nuestras socias, de nuestras simpatizantes y de la ciudadanía en general, útil para defender la ley y asegurar su aplicación generosa. Útil para que conozcamos nuestros derechos y podamos ejercerlos y defenderlos.

Pero más allá de la LORE, seguimos afirmando que para nosotras, herederas de Ramón Sampredo, la justificación de la eutanasia no es el sufrimiento sino la libertad, la voluntad libremente expresada de una persona que considera que su vida ya no es vida. Defenderemos la LORE con todas nuestras fuerzas y lucharemos por su aplicación generosa porque es indudablemente un paso importante en el camino hacia la autonomía plena que seguiremos reivindicando.

### 3 Cambios para la asociación **La LORE, nuevo reto para DMD**



### 7 **Eutanasia no es eugenesia**

El encarnizamiento terapéutico es una consecuencia de diversos cambios sociales, científico-técnicos y de organización de la medicina que han permitido prolongar la vida de forma artificial. A estos ha de sumarse la patologización casi universal del deseo de morir. La ley de eutanasia nos devuelve el derecho a decidir sobre la propia muerte

Un paso adelante en el reconocimiento de la autonomía

### 9 **Defensa de la Ley de Eutanasia**



### 11 **Entrevista a Pilar Saura y Gloria Cantarell**

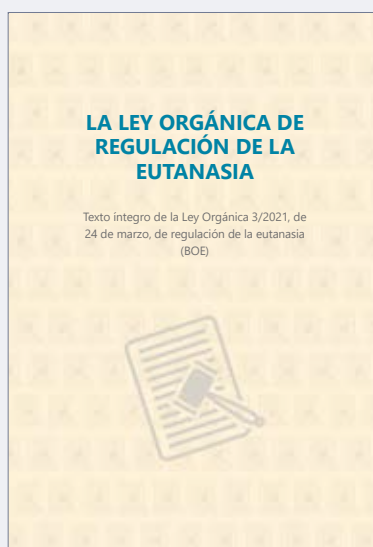
Conversamos con Pilar Saura, directora general de Planificación en Salud de la Generalitat de Catalunya, y Gloria Cantarell, presidenta de DMD-Catalunya

### 16 **Una breve historia del testamento vital**

Testamento vital y eutanasia

### 19 **La Ley Orgánica de la regulación de la eutanasia**

Texto íntegro



### 30 **Testamento vital**

La reciente aprobación de la ley de la eutanasia contempla la posibilidad de realizar la petición de eutanasia en el testamento vital. DMD ha actualizado las recomendaciones a incluir en este documento

### 35 **La eutanasia y sus detractores**

Un análisis de sus argumentos y sus motivos reales

### 37 **Cómo tratar la muerte en el aula**

También después de la pandemia



### 43 **El tema de la muerte en el libro álbum**

En los últimos años, junto a la proliferación del libro álbum, la literatura infantil ha abordado el tema de la muerte más a menudo, alejada de tópicos y tabúes; en todos los casos analizados esta se trata con claridad, sin eufemismos y con calma. Y trata de mostrarla, de muchas maneras distintas, como el hecho natural que es



Portada: "Despedida". Ilustración de África Fanlo (www.africafanlo.com)

Revista DMD ■ Editor: Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente

Dirección: Puerta del Sol, 6, 3.º izda. 28013 Madrid ■ Tf. 91 369 17 46 ■ [informacion@derechoamorrir.org](mailto:informacion@derechoamorrir.org) ■ [www.derechoamorrir.org](http://www.derechoamorrir.org)  
Redacción: Fernando Soler, Loren Arseguet, Fernando Pedrós, Fernando Marín, Mariano Berges, Ascensión Cambrón, Pilar Cartón, Adela Costa, Noelia Ordieres, Joana Ràfols, Elena Gutiérrez, Julen Goñi, José Sarabia, Esther Diez, Pablo Soler, Borja Robert.  
ISSN 2171-5947 ■ Depósito legal M-20421-2010

# Cambios para la asociación



# La LORE, nuevo reto para DMD

Por fin hemos logrado la despenalización de la ayuda a morir, siempre que concurren los requisitos exigidos por la ley. El recorrido ha sido largo y difícil; han hecho falta 15 iniciativas legislativas. Desde la primera proposición no de ley presentada por Esquerra Republicana el 22 de marzo de 1994 hasta la presentada por el PSOE el 30 de julio de 2019, que ha concluido con la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia (LORE) por 202 votos a favor, 141 en contra y 2 abstenciones

Javier Velasco\*

## Un importante logro: la ley orgánica de la regulación de la eutanasia

La lucha de DMD por conseguir la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido es previa a las iniciativas legislativas, pues empezó el 13 de diciembre de 1984. Hemos logrado, de esta manera, uno de los objetivos que venimos persiguiendo desde hace tantos años. No es la ley que nos hubiese gustado, como comentaremos más adelante, pero supone un gran paso hacia nuestra reivindicación de disponer en libertad de la propia vida. Por ello nos felicitamos y felicitamos a toda la sociedad española que, con esta ley, es más libre y, por tanto, más humana. Nos unimos así a los cuatro países (Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Canadá) que en la actualidad cuentan con una ley de eutanasia en vigor.

Este éxito se debe en gran medida, entre otras circunstancias, a nuestra tenacidad en exigir a los representantes políticos que se hicieran eco de la reivindicación, apoyada mayoritariamente por la ciudadanía de nuestro país (el 87%, según el estudio de Metroscopia de 2019), a favor de la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido; este apoyo es muy transversal, tanto entre diferentes creencias como ideologías políticas. No cabe más que agradecer a todas las personas asociadas, desde nuestro inicio, su imprescindible contribución a este logro. De manera especial quiero recordar a Luis Montes, luchador incansable por una sociedad más justa y más libre, quien dedicó sus últimos años de vida a nuestra asociación; de hecho, la muerte le llegó de camino a Murcia, a donde viajaba para impartir una conferencia como presidente federal de DMD.

\* Presidente de DMD.

## Hacer pública su voluntad de morir

También hay que señalar la importancia en la consecución de este logro de aquellas personas que, al hacer pública su situación de sufrimiento y su solicitud de recibir ayuda para acabar con su vida, que la valoraban como indigna, han tenido una gran repercusión en los medios y, por tanto, en la sensibilización social respecto a la injusticia de la que fueron víctimas. A todas ellas, y a sus familias, nuestro reconocimiento y gratitud; por no hacer interminable su enumeración, solo nombraré a Ramón Sampedro y M.<sup>a</sup> José Carrasco, el primero y la última de una larga lista.

Naturalmente, y como no podía ser de otra manera, esta celebración por la nueva ley no es unánime. Algo que no debe extrañarnos, dado que la unanimidad es siempre altamente sospechosa e inquietante y más en una sociedad plural y diversa como la nuestra. Durante los últimos meses han sido numerosas las manifestaciones en contra de la ley que regula la eutanasia, que no vamos aquí a enumerar. Pero sí es necesario recordar que la nueva ley ofrece una posibilidad, pero nunca una obligación ni para la ciudadanía ni para los profesionales, quienes cuentan con la posibilidad de objetar. Nuestro absoluto respeto a quienes no piensan como nosotros, pero también nuestra repulsa al intento de imponer creencias propias al resto de la ciudadanía y nuestro rechazo a expresiones, empleadas con frecuencia por aquellas personas que no están de acuerdo con la regulación por ley de la ayuda para morir, como “verdugos”, “campo de exterminio”, “matar al que sufre” etc.; expresiones que descalifican a aquellos que las utilizan por falsas y alarmistas

## Propaganda contra la eutanasia

La ley regula este nuevo derecho de forma que se garantiza, con absoluta claridad, la libertad de quien decida ejercerlo; de hecho, se requiere la solicitud reiterada a diversos profesionales que, posteriormente, debe valorar la Comisión de Garantía y Evaluación. Por ello, no entendemos que se esté divulgando una especie de tarjeta en la que se haga constar que se rechaza la ayuda a morir y se insiste en la importancia de cumplimentar un testamento vital, o instrucciones previas, en el que se haga constar que no se desea en ninguna circunstancia la ayuda para morir. Detrás de estas iniciativas solo hay falsedades con la finalidad de fomentar el miedo entre la ciudadanía, no una herramienta con utilidad real.

Finalmente, aquellos que no están de acuerdo con la nueva ley no han tardado en anunciar que la recurrirán frente al Tribunal Constitucional, como lo han hecho con anterioridad con otras leyes que reconocen derechos y libertades. En una sociedad democrática y, por tanto, necesariamente plural, se debe legislar para que cada persona pueda desarrollar su biografía tomando las decisiones que, según sus valores y preferencias, le parezcan las más

adecuadas. Pero, como vemos, hay ciertos sectores sociales que prefieren una sociedad en la que, en aras de sus creencias, se prohíba todo aquello que no está de acuerdo con las mismas. La ciudadanía es adulta y no necesita tutores que velen por ella, que le indiquen la manera de vivir la vida, prohibiendo todo aquello que no les parece adecuado.

## Aspectos mejorables de la nueva ley

La nueva ley es un hecho positivo y un gran avance que, como tal, celebramos. Pero me gustaría indicar algunos aspectos de la misma que, en mi opinión, podrían haberse mejorado.

A nivel general la ley es muy garantista y, por ello, burocratiza de manera excesiva el procedimiento para solicitar y lograr la ayuda para morir. En el texto subyace todavía un paternalismo que lleva, en cierta manera, a desconfiar de los intervinientes en el proceso, tanto del o la solicitante como de los profesionales que intervienen.

---

**Nos espera una  
tarea ingente:  
conseguir que lo  
que ya es legal sea  
realidad**

De manera más concreta y, respecto a los requisitos exigidos, nos parece que no es justo excluir a menores de edad de este derecho. Como el Grupo de Estudios de Política Criminal ha declarado, es lamentable que este derecho solo se reconozca a las personas mayores de edad; “con las debidas garantías, debería ser suficiente con que la persona posea capacidad natural de juicio para entender el alcance de su decisión y decidir por sí misma lo que es mejor para ella”. Es verdad que el número de personas menores que pudieran beneficiarse de este derecho sería muy reducido, pero ello no justifica, de ninguna de las maneras, su exclusión. Esperemos que en futuro se contemple dicha posibilidad y no neguemos a las personas menores que se encuentren en situaciones dramáticas, con un sufrimiento insoportable y sin ninguna expectativa de mejora, la posibilidad de solicitar y recibir la ayuda para morir.

## Excluidas las personas con trastorno mental

Otro aspecto negativo de la LORE, en nuestra opinión, es la no inclusión del sufrimiento de origen exclusivamente psicológico; los trastornos psiquiátricos quedan excluidos de entre los supuestos previstos para poder solicitar la ayuda para morir. Consideramos que el tema es muy delicado, pero no por ello ha de dejar de ser contemplado como una situación de sufrimiento insoportable y, en ocasiones, sin ninguna alternativa terapéutica eficaz. No toda enfermedad psiquiátrica supone de manera permanente una incapacidad para poder tomar decisiones libres y autónomas. Es verdad que estos casos requerirían, probablemente, de la participación de profesionales especializados en la valoración de este tipo de trastornos y, por tanto, un tratamiento especial. No nos parece justo el dejar de considerar estas situaciones como motivo sufi-



Antonio Aramayona, socio de DMD, se manifiesta por la educación pública

ciente para solicitar ayuda para acabar con la vida propia y vemos en esta exclusión un indicador más de la estigmatización que sufren las enfermedades mentales y quienes las padecen.

Por lo que se refiere al procedimiento de solicitar una eutanasia, nos resulta excesivamente burocratizado, sobre todo por la exigencia de un control *ex ante* por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación; control que no se encuentra presente en las legislaciones de otros países que ya cuentan con leyes similares y cuya experiencia pone de manifiesto que con el control *ex post* es suficiente para garantizar que no haya abusos en la aplicación de la ley. Este control previo va a suponer el alargamiento innecesario de los procesos y, en nuestra opinión, es un indicador de desconfianza y paternalismo (suelen ir muy unidos) hacia la persona que solicita la ayuda para morir y hacia los y las dos profesionales que ya han valorado si se cumplen los requisitos exigidos por la ley.

## Exceso de trámites

Además, que los dos representantes de la Comisión (un profesional de la medicina y un jurista) puedan entrevistarse con la persona solicitante para verificar si se cumplen todos los requisitos supone extender el proceso más allá de la relación clínica. Se exige a quien reclama la eutanasia que reitere su petición a personas totalmente ajenas a la atención sanitaria. Esperemos que solo en casos muy excepcionales se realice dicha entrevista y habitualmente el cometido de ambos representantes se ciña a verificar si se cumplen las condiciones y requisitos contemplados por la ley.

Las Comisiones de Garantía y Evaluación, una por cada comunidad y ciudad autónoma, serán elegidas por cada Gobierno autonómico, a excepción de Ceuta y Melilla, donde será competencia del Gobierno del Estado. Esta potestad de cada Gobierno autonómico nos lleva a temer la posibilidad de que, en aquellas autonomías gobernadas por partidos que se han manifestado claramente en con-

tra de la ley, se boicotee o, al menos, se dificulte su puesta en práctica. Ello supondría una situación de inequidad, según en la autonomía en la que se resida, en el acceso de la ciudadanía al nuevo derecho reconocido. Estaremos atentos y vigilantes para detectar, a través de los informes anuales de evaluación de la aplicación de la ley que deben elaborar las Comisiones de Garantía y Evaluación, para cerciorarnos que de hecho el acceso al nuevo derecho es igual en todo el territorio del estado; de no ser así se estaría incumpliendo la obligación, reconocida por la ley, de los servicios públicos de salud de garantizar el derecho a la prestación de la ayuda para morir.

## Retos frente a la nueva ley

Desde nuestros inicios hemos sido la organización de referencia en España en la defensa de despenalización de la eutanasia y de la libre disposición de la propia vida. Por ello, desde una visión superficial y totalmente errónea podría parecer que, una vez conseguido el objetivo de despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido, nuestra asociación no tuviese ya razón de ser. Nada más lejano a la realidad; con la aprobación de la Ley se abre una nueva etapa para DMD, etapa que nos va a exigir mayor dedicación y esfuerzo, si cabe, que el desarrollado hasta ahora durante casi 37 años. Nos espera una tarea ingente: conseguir que lo que ya es legal sea realidad; divulgar el nuevo derecho para que sea conocido por toda la sociedad; informar de manera clara y objetiva para contrarrestar las campañas basadas en falsedades en contra de la nueva ley, velar para su efectiva puesta en práctica en todo el territorio del estado, etc.

Nuestra labor hacia la consecución de nuestro principal objetivo: "promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente, el momento y los medios para finalizarla" ha logrado un importante hito, pero nos queda mucho camino por recorrer. Sigue siendo necesario fomentar en la sociedad la reflexión y el debate sobre la muerte, como un momento más de nuestro proceso biográfico y no como

---

## Nos unimos a los cuatro países (Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Canadá) que ya cuentan con una ley de eutanasia en vigor

algo ajeno al mismo; la muerte es el final de la vida y, como tal, forma parte inherente de la misma; afrontarla nos hace más libres. Por otra parte, tenemos que seguir divulgando los derechos sanitarios para que se conozcan y se ejerzan y, en el caso de no ser respetados,

denunciar su conculcación. De manera más concreta, debemos seguir haciendo un gran esfuerzo divulgativo del testamento vital o documento de instrucciones previas, con la finalidad de que el mayor número posible de personas hagan efectivo este derecho; dejando constancia por escrito de sus deseos, incluyendo la ayuda para morir, respecto a la atención sanitaria que desean recibir en sus últimos momentos, en previsión de que en esas circunstancias no pueden manifestarlos.

Por lo que se refiere, en concreto, a la ley orgánica de regulación de la eutanasia, las principales tareas que tenemos por delante son las siguientes:

**1** Divulgar, entre la ciudadanía y los/las profesionales sanitarios/as el nuevo derecho reconocido por la LORE a recibir ayuda para morir.

**2** Informar y asesorar a la ciudadanía y, de manera especial, a las personas asociadas respecto a todo lo relativo a la nueva ley.

**3** Seguir divulgando el testamento vital y, de manera especial, la posibilidad de incluir en el mismo la demanda de eutanasia.

**4** Colaborar con las administraciones sanitarias en la puesta en práctica de la ley.

**5** Fortalecer nuestros contactos a nivel internacional con la finalidad de aprender de las experiencias de otros países e impulsar que se incremente el número de los mismos con legislaciones sobre la eutanasia.

**6** Vigilar la implementación de la ley para asegurar su efectivo cumplimiento de manera equitativa en todo el territorio del Estado.

**7** Denunciar, en su caso, la deficitaria puesta en práctica de la ley y las posibles inequidades que se produzcan.

## Nuevo modelo de testamento vital

La actividad interna de nuestra asociación se ha acrecentado de manera significativa desde la aprobación de la LORE mediante grupos de trabajo sobre diversos aspectos de la misma. Las diferentes asociaciones autonómicas y los grupos locales mantienen una gran actividad al respecto, tanto a nivel interno como externo. Se está actualizando nuestra página web para adecuarla a la nueva situación. Se ha elaborado un nuevo modelo de testamento vital en el que solicita la ayuda a morir, tal como contempla la nueva ley. Hemos mantenido contactos y videoconferencias con nuestras asociaciones hermanas de Bélgica y Países Bajos con la finalidad de aprender de su experiencia. El Grupo Internacional sigue realizando la magnífica e imprescindible actividad que siempre le ha caracterizado, haciendo un gran esfuerzo para traducir diversos materiales de aquellos países que ya cuentan con leyes similares. Finalmente, nuestra revista está siendo un medio de divulgación y profundización imprescindible para estar informados sobre todo lo concerniente a la nueva ley.

Ya han sido muchas los actos de divulgación de la nueva ley que hemos organizado por los diversos territorios. Así mismo, nos encontramos en un momento de formación interna que nos está permitiendo su conocimiento en profundidad, con la finalidad de poder asesorar a quienes nos solicitan información y asesoramiento.

En estos momentos estamos realizando contactos con las administraciones sanitarias de diversas comunidades autónomas con la finalidad de contribuir, mediante información y propuestas, a facilitar su puesta en práctica, de manera que el 25 de junio, cuando la ley entra en vigor, las personas que así lo deseen puedan hacer uso de este nuevo derecho.

Está claro que nuestra asociación sigue teniendo un gran cometido y no podemos cesar en nuestro esfuerzo por contribuir a una sociedad más justa y más libre. Necesitamos adaptarnos a la nueva situación que supone la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido en nuestro país; para hacer frente a este importante reto es imprescindible fortalecer nuestra asociación aumentando el número de personas asociadas y desarrollando procesos más participativos para que se sientan más involucradas en nuestros objetivos y las actividades que realizamos para conseguirlos.

Como presidente de DMD, no tengo ninguna duda de que sabremos, individual y colectivamente, cumplir con el cometido que la sociedad nos demanda para esta nueva y esperanzadora etapa.

---

**El apoyo a la eutanasia es muy transversal, tanto entre diferentes creencias como ideologías políticas**





Tribuna

# Eutanasia no es eugenesia

El encarnizamiento terapéutico es una consecuencia de diversos cambios sociales, científico-técnicos y de organización de la medicina que han permitido prolongar la vida de forma artificial. A estos ha de sumarse la patologización casi universal del deseo de morir. La ley de eutanasia nos devuelve el derecho a decidir sobre la propia muerte

Gaspar Llamazares\*

**D**espués de décadas de sufrimiento y de luchas sociales y profesionales de los defensores del derecho a la muerte digna, llega por fin la ley de eutanasia, de la mano de un Gobierno de coalición de las izquierdas y con un amplio apoyo en ambas cámaras.

Por fin la mayoría social y profesional se transforma en mayoría política y en un texto legal, después de constantes iniciativas frustradas a lo largo de décadas, que entonces fueron consideradas prematuras; para unos por falta de maduración del debate en la sociedad y la opinión pública, y para otros en este tramo final, como algo equiparable a la regulación legal de los cuidados paliativos.

La muerte tecnológica lleva entre nosotros desde que la atención al tramo final de la vida pasó, con el cambio de la familia extensa a la nuclear y la transformación de la medicina liberal a la organización, la industria sanitaria y la técnica hospitalaria, pasando de la muerte en la vivienda familiar a la de los hospitales, que lo afrontan como una batalla por el mantenimiento de la vida biológica y en consecuencia con la consideración de la muerte, no como el final del ciclo vital, sino como una derrota de la técnica médica.

Es en este contexto que surge el denominado esfuerzo terapéutico y, en su límite, el encarnizamiento terapéutico.

Como respuesta a la extensión artificial de la vida mediante la técnica hospitalaria aparecen los primeros casos conocidos de rechazo del encarnizamiento y asimismo de reivindicación de la ayuda a morir dignamente. En este sentido, los cuidados paliativos y la eutanasia son paralelos y complementarios, pero no sustitutivos. Los cuidados paliativos pretenden limitar, en base a voluntades anticipadas del paciente, el esfuerzo terapéutico. Sin embargo, la eutanasia y el suicidio asistido le dan, al ciudadano que sufre y no quiere vivir, el derecho a decidir conscientemente el momento de su muerte, con la ayuda o con intervención directa de profesionales. La eutanasia supone el derecho y la ayuda para una muerte voluntaria "por causa de padecimiento grave, crónico e incapacitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable", como expresa textualmente la mencionada ley.

\* Exdiputado, médico y promotor de la plataforma Actúa.

---

## Los cuidados paliativos y la eutanasia son paralelos y complementarios, pero no sustitutivos

En los últimos años de involución de la salud mental y de la psiquiatría, con la consideración como patológica de la práctica totalidad de los suicidios a consecuencia de algún trastorno mental de tipo depresivo, negando con ello la normalidad de la voluntad consciente de morir.

Los casos sonados, como el de Sampedro, han puesto el problema en evidencia y han ido sensibilizando a la opinión pública, pero el prejuicio religioso y el pragmatismo político han llevado a mirar para otro lado, o bien a regular las estrategias de cuidados paliativos como respuesta profesional e institucionalmente aceptable. De hecho, la mayoría entre los profesionales y entre los ciudadanos en favor del suicidio asistido y la eutanasia ha ido ampliándose cada año, aumentando la distancia entre la sensibilidad social y la legalidad.

### Leyes de muerte digna, cortinas de humo

Los cuidados paliativos han avanzado en paralelo a la Ley de Autonomía del Paciente, pero sin embargo la eutanasia y el suicidio asistido han vivido una situación de clandestinidad durante años. Se hacía, sobre todo en los contornos de los cuidados paliativos, como eutanasia pasiva; era real pero no era legal.

Por eso las leyes de cuidados paliativos de las CC. AA., en muchos casos denominadas como de muerte digna, lejos de acercarnos a la legalización de la eutanasia, han sido la cortina de humo y la excusa durante los últimos años, para no abordar con valentía la reforma del código penal y la ley de eutanasia.

El entorno internacional tampoco nos ha ayudado. Pocos países la regulaban hasta muy recientemente y menos aún la legaliza-

### Patologización del suicidio

En ambos casos vuelve a aparecer el viejo prejuicio que llevó a una legalización tardía del suicidio y al mantenimiento de la penalización, si bien parcial, de la ayuda al suici-

---

## La consideración como patológica de la mayoría de suicidios han negado la normalidad de la voluntad consciente de morir

ban, con lo que el contexto era un argumento más para frenar las demandas. Se trataba de ser de nuevo pioneros en derechos civiles, como lo fuimos en su momento con el matrimonio homosexual. Ahora, además de los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y de algunos estados estadounidenses, puede que pronto nos acompañe nuestro vecino Portugal.

### Manipulación grosera

Incluso la falsa disyuntiva entre la eutanasia y los cuidados paliativos terminó con un escarmiento público y profesional al doctor Montes, con acusaciones que luego resultaron falsas, de sobrepasar los cuidados paliativos y adentrarse en el terreno de la ayuda a morir y la eutanasia activa al margen de la ley. Por eso, esta ley de muerte digna es también un homenaje póstumo a la labor y la lucha de los profesionales que, como el doctor Montes, han sido víctimas de la intolerancia política y religiosa frente al derecho a morir dignamente y también, todo hay que decirlo, por su denodada defensa de la sanidad pública.

La respuesta a esta iniciativa legal ha sido la manipulación grosera, por parte de la derecha, del derecho a la eutanasia, como si de una forma de eugenesia se tratase, y pretendiendo establecer una relación macabra con la mortalidad en la pandemia. Unos criticando la oportunidad de la medida y otros, desde la extrema derecha, agitando la criminalización. Algo inconcebible en democracia, si no fuera por el radicalismo de la iglesia y de la derecha española en esta materia.

Hoy, el contenido garantista de la ley recientemente aprobada, permite el suicidio asistido y la eutanasia como derecho con toda la protección sanitaria. Una conquista más de los derechos civiles y del estado social.

---

Carlos Martínez, socio de DMD, durante su intervención en 'Salvados' (La Sexta)



Un paso  
adelante  
en el  
reconocimiento  
de la  
autonomía



Carmen Juanatey

# Defensa de la Ley de Eutanasia

El 18 de marzo de 2021 el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó por 202 votos a favor, 141 en contra y 2 abstenciones, la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. Tras su entrada en vigor a los tres meses de su publicación en el Boletín Oficial del Estado, España entró en el círculo de países que reconoce el derecho de las personas a recibir ayuda para morir, tanto activa como omisiva, siempre que concurren determinadas circunstancias y de acuerdo con un procedimiento dirigido a garantizar el correcto uso de este derecho y evitar posibles abusos

Carmen Juanatey Dorado\*

## Una ley garantista y necesaria

El texto aprobado ofrece una solución a aquellas personas que se encuentran en situaciones muy dramáticas, de sufrimiento para ellas insoportable, para que puedan recibir, si así lo desean, ayuda médica para morir, en función de cuál sea su situación y sus necesidades. Esto

es lo verdaderamente importante, al margen de que pueda haber algunas cuestiones de las que se pueda discrepar o que puedan ser mejorables. Ninguna de ellas, en mi opinión, tiene un peso suficiente como para ensombrecer el paso hacia delante que esta ley supone en materia de reconocimiento de la autonomía individual.

\* Catedrática de Derecho Penal. Universidad de Alicante.

La ley fundamenta la legalización de la eutanasia voluntaria en el reconocimiento constitucional del derecho a la autonomía de la persona, que incluye el derecho a decidir sobre el final de su vida, siempre bajo determinadas circunstancias que garanticen el correcto uso de este derecho y se eviten posibles abusos por parte de terceros o tomas de decisión precipitadas. Con esta finalidad, se prevé un procedimiento circunscrito al ámbito médico-sanitario. Así, la ayuda para morir ha de llevarse a cabo por profesionales sanitarios (que podrán ejercer, en su caso, el derecho a la objeción de conciencia), que actuarán bajo la dirección de un médico responsable; se establecen numerosas exigencias dirigidas a salvaguardar la absoluta libertad de la decisión descartando presiones externas de cualquier índole: la persona ha de encontrarse en pleno uso de sus facultades, ha de formular su conformidad libre, voluntaria y consciente, de forma reiterada, y tras un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre los posibles cuidados paliativos. Y a ello se añade un control previo a la prestación de ayuda para morir y otro posterior por parte de las comisiones de garantía y evaluación que se crearán en cada comunidad autónoma con una composición multidisciplinar y un mínimo de siete miembros entre los que se han incluir profesionales sanitarios y juristas.

Se trata de una regulación similar, en lo esencial, a las hoy vigentes en países como Bélgica y Holanda, que cuentan con una larga experiencia y de las que no consta información seria y documentada que avalen las disfunciones y abusos que desde sectores contrarios a la legalización se han invocado. De hecho, por lo que respecta a Holanda, el Real Colegio de Médicos holandés (KNMG), en su informe de 29 de marzo de 2017, manifestó: "La actual Ley de Eutanasia es eficaz y tiene una extensa aplicación: la práctica de la eutanasia actual es minuciosa, transparente, verificable, segura para pacientes y médicos, y goza de un apoyo generalizado".

## **Soluciones diferentes para situaciones diferentes**

Durante el debate en el Congreso, se presentaron dos enmiendas a la totalidad, con texto alternativo de regulación de los cuidados paliativos, por parte de los grupos parlamentarios de Vox y del Partido Popular, que fueron rechazadas. Las dos Propuestas partían del firme rechazo a la regulación de la eutanasia ofreciendo como solución una "no solución". El problema de la eutanasia no se resuelve con una ley de cuidados paliativos; obviamente, quien esté a favor de regular la eutanasia difícilmente se va a oponer a una buena ley de cuidados paliativos de aplicación universal. Ambas regulaciones deben coexistir, pero se dirigen a solventar problemas diferentes. Y, en todo caso, las dos deben basarse en el reconocimiento de la autonomía de la persona para tomar decisiones sobre el final de su vida: decidir libremente si recibir cuidados paliativos y esperar a que se produzca la muerte o solicitar ayuda para poder decidir cuándo morir (que podrá

acompañarse de cuidados paliativos). Además, como señaló la diputada del Partido Socialista, Carcedo Roces, en los supuestos de cuidados paliativos hay una muerte inminente, pero en los casos que se trata de regular no necesariamente ha de ser así y es posible que el sufrimiento se pueda prolongar un largo tiempo.

Las dos propuestas de veto presentadas en el Senado por estos dos grupos parlamentarios fueron también rechazadas.

## **La mirada sucia de la derecha**

Y ¿cuáles son los argumentos que tanto el Partido Popular como Vox han aducido contra esta ley durante el debate parlamentario? Para el PP la ley va a acabar con los enfermos indefensos: lo que se persigue es un ahorro para el sistema sanitario del coste que suponen las personas mayores, los más frágiles, los más vulnerables; se trata –afirman– de recortes sociales en toda regla. Según Vox, se convierte al Estado en una máquina de matar y a los médicos en verdugos; consideran que la voluntad de la persona estará viciada, que será la del más débil, la del más vulnerable, a quien todo el sistema presionará –incluso su familia– para que, sintiéndose una carga, pida morir; la ley –dicen– obedece a razones ideológicas, utilitaristas y economicistas; es la respuesta a un sistema quebrado de pensiones: se decide que los enfermos crónicos deben ser eliminados porque son un peso económico para el Estado.

Son argumentos inaceptables. El trasfondo de todo ello es el no reconocimiento de la autonomía individual. Se rechaza la posibilidad de que la persona pueda tomar la decisión de poner fin a su vida de forma racional y libre: solo pueden verlo como el resultado de un abuso por parte de terceros.

## **Bioética y Constitución**

Sin embargo, de acuerdo con la Constitución española puede entenderse que la eutanasia voluntaria es una conducta conforme a Derecho: se lesiona la vida (en circunstancias de gran penosidad), pero se protegen la autonomía y la dignidad de la persona, y este es el fundamento constitucional de su legalización. Del mismo modo que el Estado a través del sistema sanitario no debe imponer un tratamiento en contra de la voluntad del paciente, salvo los supuestos excepcionales expresamente establecidos en la ley, también debe ayudar a la persona que, ante una situación de enfermedad grave y sufrimiento para ella insoportable, solicite ayuda para poner fin a esa situación, aunque eso conlleve su muerte. Eso es lo que exigen los principios de la bioética que deben orientar la práctica de la medicina: el principio de autonomía, que otorga a cada persona el derecho a decidir sobre las cuestiones relativas a su vida y a su salud, no entra aquí en contradicción con el de beneficencia y no maleficencia, puesto que el bien del paciente en este caso es el de acabar con una vida que para él ha dejado de constituir un valor.

# Entrevista a **Pilar Saura** y **Gloria Cantarell**

Lluís Reales\*



Pilar Saura, directora general de Planificación en Salud de la Generalitat de Catalunya

---

**Pilar Saura: “Queremos un modelo que se centre en la persona y en su decisión”**

*El pasado mes de marzo, el Congreso de los Diputados aprobó la Ley de Eutanasia. Las comunidades autónomas tienen tres meses desde ese momento para desplegar en su territorio este nuevo derecho. Conversamos con Pilar Saura, directora general de Planificación en Salud de la Generalitat de Catalunya, y Gloria Cantarell, presidenta de DMD-Catalunya, sobre los criterios y aspectos clave del despliegue.*

## **¿Cuál es la valoración general que hacen de la LORE?**

**Pilar Saura.** Mi valoración es positiva en tanto que supone un salto adelante en los derechos de la ciudadanía. Desde un punto de vista sanitario, se centra en la voluntad de los pacientes y de las personas enfermas y, por tanto, prioriza la capacidad de decisión de las personas. ¿En qué podría ser mejor? Nos hubiera gustado que no fuera tan restrictiva, pero debemos situarnos en el contexto del país y del Estado. Era necesario centrarse en aquello que fuera aceptable y pudiera salir adelante. Una Ley más abierta y arriesgada hubiera tenido muchas dificultades. Creo que se ha buscado el equilibrio para lograr el despliegue de la ley.

---

\* Periodista y profesor de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).



Gloria Cantarell, presidenta de DMD Catalunya

En Catalunya existe una opinión muy favorable, tanto entre los profesionales como entre la ciudadanía. Hemos realizado una encuesta con 15.000 profesionales –médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales y psicólogos– que muestra que el 93 por ciento están a favor de la LORE. Y sabemos que alrededor de un 80 por ciento de los ciudadanos están a favor. Esperamos que en un futuro podamos mejorar la ley.

**Gloria Cantarell.** Es una ley que no es exactamente lo que, como DMD, nos gustaría, pero creemos que va a ahorrar mucho dolor a muchas personas. Ojalá hubiera llegado antes, en muchos casos que conocemos no habría habido tanto sufrimiento. Es muy importante que el despliegue se realice correctamente; aún queda mucho por hacer. Estamos convencidas de que, más adelante, la LORE ampliará sus supuestos porque quedan fuera los menores, los menores competentes y las personas con enfermedades mentales. En cualquier caso, es una buena ley y hemos de trabajar para que el despliegue sea excelente y la formación llegue a todos los profesionales. Las personas preguntarán a sus referentes en salud y, por tanto, el conocimiento de los profesionales es fundamental para que la información llegue al conjunto de los ciudadanos.

## La LORE contempla que cada autonomía ponga en marcha una Comisión de Garantía y Evaluación. ¿Cómo se prevé en Catalunya y cómo se escogerán los miembros?

**Pilar Saura.** El objetivo de la Comisión de Garantía y Evaluación es dar la máxima protección y garantía jurídica a los profesionales. Estos realizan sus informes, constatan que se cumplen los requisitos y elevan la solicitud a la Comisión que es la que aprueba la resolución jurídica definitiva. En cuanto a los miembros, contemplamos facultativos médicos, juristas y personal de enfermería. También queremos que haya algún miembro de la sociedad civil o de una asociación como DMD. La selección de los miembros la estamos acordando con el sector. Hemos hablado con el Comité de Bioética de Catalunya, con los colegios profesionales y con DMD. También con el Colegio de Abogados. La idea es consensuar unos miembros que sean propuestos por las instituciones mencionadas. La Comisión de Garantías y Evaluación es un órgano jurídico nombrado por el Gobierno de la Generalitat y, por tanto, los miembros serán propuestos por el Departamento de Salud. En definitiva, buscamos un acuerdo amplio.

**Gloria Cantarell.** Añadiría que es un órgano de garantía jurídica para los profesionales y para las personas que solicitan la eutanasia. De hecho, si el médico responsable la deniega, pueden recurrir.

**Pilar Saura.** Totalmente de acuerdo. Es un matiz importante.

## ¿Se establecerá un período máximo para ser miembro de la Comisión? ¿Qué número de peticiones anuales prevén? ¿Podrá formar parte de la Comisión algún profesional que se ha manifestado contrario a la LORE?

**Pilar Saura.** La Ley establece un mínimo de siete miembros. Nosotros defendemos un mínimo de nueve para dar cabida a la sociedad civil, pero con un máximo de doce para garantizar la operatividad. Todavía no tenemos una idea concreta del número de solicitudes que pueden llegar. Podría ser que hubiera un número mayor al principio, por casos pendientes, y que después disminuyeran las solicitudes. El presidente de la Comisión nombrará un jurista y un facultativo para cada caso. Si hubiera más solicitudes de las previstas, contemplamos ampliar el número de miembros.

En cuanto a la tercera cuestión, creo que no deberíamos preguntar sobre sus convicciones a los miembros de la Comisión, pero en cualquier caso deberían ser personas interesadas. No queremos prohibir nada, pero sí contar con profesionales interesados en el despliegue de la ley, en analizar los casos, que entiendan las patologías, con sensibilidad para entender estas situaciones y que evalúen de forma objetiva. La opinión personal no la debemos pedir.

---

## Una ley más abierta y arriesgada hubiera tenido muchas dificultades. Creo que se ha buscado el equilibrio para lograr el despliegue de la ley

Sobre el perfil de los miembros de la Comisión, totalmente de acuerdo en la idea que las subjetividades e ideologías han de quedar fuera. Aunque creo que habría que diseñar algún tipo de entrevista para contrastar que los candidatos están interesados.

**Pilar Saura.** De acuerdo. Además, hay temas como analizar el sufrimiento, que requieren de personas que conocen estas circunstancias, que entienden una enfermedad progresiva y cuáles son las alternativas. Los miembros de la Comisión han de ser personas expertas bien en la vertiente asistencial, bien en la vertiente jurídica. En cualquier caso, si alguien se manifiesta claramente en contra de la LORE, se entiende que no acepta una ley aprobada por el Congreso y el Senado.

### ¿Cuál es el proceso previsto para el despliegue de la LORE?

**Pilar Saura.** Tenemos que nombrar esta comisión en unas semanas y, por tanto, estamos en la redacción del decreto. Estamos en contacto con el Comité de Bioética, con expertos de los comités de los hospitales, con las sociedades científicas, con las patronales para definir los circuitos asistenciales. Queremos hacer un modelo centrado en la persona, lo cual quiere decir que el enfermo decidirá el lugar donde recibir la prestación —en el domicilio, hospital o centro sociosanitario— y el equipo que lo acompañe. El enfermo podría decir “quiero en casa con el neurólogo del hospital o con el médico de familia que me trata y con quien tengo confianza”.

Queremos impulsar un modelo que facilite la coordinación de todos los servicios asistenciales para dar respuesta a la voluntad de la persona enferma. La ley contempla su aplicación tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario, lo que permite asegurar la prestación y dar respuesta a la voluntad del paciente y no priorizar la comodidad del médico.

**Gloria Cantarell.** Realmente este es un reto importante, pero tiene gran mérito haber puesto la persona y su decisión en el centro de todo el proceso.

**Pilar Saura.** Para nosotros es un gran desafío puesto que el hábito es ir a ver al médico. El objetivo con la LORE es

**Gloria Cantarell.** Inicialmente habrá más solicitudes y es muy importante que se pueda dar una valoración inicial a toda persona que está esperando. En realidad, no sabemos cuantas personas solicitaran la eutanasia. Si observamos países como Holanda o Bélgica, es entre el 2 y el 4 por ciento de las muertes.

centrarnos en la voluntad del paciente y las instituciones debemos coordinarnos para dar respuesta.

### La ley prevé 20 días para informar a la persona que solicita el derecho a morir. ¿Les parece un plazo adecuado? ¿No puede provocar angustia en la persona que espera la respuesta? ¿Qué mecanismos de comunicación se establecerán?

**Gloria Cantarell.** Efectivamente son 20 días. En el caso de la persona que está muy al final de vida es un plazo largo. Por ejemplo, en el caso de un enfermo con cáncer terminal se debe sedar a la persona. Por otra parte, que se contemple un período de reflexión es pertinente. Desde el momento que el médico informa de todas las posibilidades hay un plazo de quince días para decidir. Si la persona lo tiene muy claro y está muy apurada, los quince días se pueden acortar. De hecho, la LORE marca máximos que en ningún caso se deberían sobrepasar. Está claro que la incertidumbre provoca angustia y en este sentido la tranquilidad que transmita el médico responsable será clave.

**Pilar Saura.** Hay unos trámites que deben realizarse. En primer lugar, asegurar que el paciente se ratifica en su solicitud después de una deliberación entre el médico y el enfermo. Asimismo, se informa a los familiares y al entorno y se abre un período de 15 días para la ratificación. A continuación, el médico responsable ha de solicitar una segunda opinión a un médico independiente que ha de evaluar el caso. Finalmente, se elevan los informes a la Comisión de Garantías donde un médico y un jurista analizan el caso. Por tanto, en las dos primeras dos semanas el enfermo se ratifica y en una semana se elaboran los informes sobre cada caso.

Tenemos previsto que crear un repositorio donde se agrupe toda la información y que pueda existir un sistema de alertas cuando se cumplen las diferentes fases. Se trata de poder informar en todo momento en que fase del proceso se encuentra la solicitud. Se consultaría a través de la aplicación “La meva salut”. También estamos trabajando en el acompañamiento psicológico. Nos gustaría poder disponer de un mayor número de psicólogos clínicos en la atención las personas, tanto en primaria como en especializada. Ahora tenemos este servicio en los PADES y queremos que sea posible solicitarlo cuando hay angustia en el enfermo, en el ámbito familiar e incluso en el equipo asistencial.

**Gloria Cantarell.** Ciertamente es muy importante la presencia de psicólogos y más apoyo. Pero el equipo asistencial, es decir médico, enfermería, asistente social ya pueden

---

### La LORE marca plazos máximos que nunca se deberían sobrepasar

---

## El equipo asistencial, médico, enfermería y trabajo social son los que conocen al enfermo y ya pueden, y deben, dar apoyo

y deben dar un apoyo. De hecho, son quienes conocen al enfermo.

Los médicos hemos de estar preparados para dar apoyo a quien lo solicita aunque es cierto que habitualmente no recibimos esta formación. No toda la responsabilidad ha de recaer en los psicólogos clínicos.

*Pilar Saura.* Está claro que hay que formar a los profesionales en la gestión de las emociones y en el acompañamiento del duelo.

## ¿Qué ocurre si la Comisión deniega la solicitud?

*Pilar Saura.* La primera denegación posible es que el médico responsable considere que no se cumplen los requisitos. En este caso, el enfermo puede poner un recurso a la Comisión y, si está lo deniega, siempre puede recurrir a la instancia jurídica superior.

## ¿Cómo se plantea la igualdad y la equidad en el acceso a la prestación?

*Pilar Saura.* Un aspecto muy importante de la equidad territorial es poder informar a la ciudadanía de cuáles son sus derechos y que los pueda exigir. Damos mucha importancia a hacer difusión a toda la ciudadanía y, por supuesto, a los profesionales. Puede ser que haya un médico no muy partidario pero que la enfermera detecte la necesidad. Queremos poner mucho énfasis en la detección de las necesidades por parte de todos los miembros del equipo.

La prestación será posible en todos los casos y en todos los territorios de manera que si hay un equipo asistencial que se declara objetor, lo elevaríamos al superior clínico para organizarlo adecuadamente. Y, por tanto, se derivaría a otro centro.

## La ley deja muy claro que la institución no puede ser objetora, que la objeción es individual.

*Pilar Saura.* Efectivamente. Esperamos que en ningún centro todos los profesionales se declaren objetores, pero hemos de tener prevista esta eventualidad. Puede darse el caso de un centro muy pequeño con un médico y una enfermera, ambos objetores. Si se da este caso, el profesional tiene la obligación de tramitar la solicitud y hacerla llegar al responsable superior o derivar al centro hospitalario de referencia. También se puede desplazar otro médico a la ubicación del enfermo.

## Con frecuencia, la relación con la Administración es complicada y farragosa. ¿Los trámites de las solicitudes serán sencillos?

*Pilar Saura.* Queremos evitar que haya médicos objetores por conveniencia, que vean el proceso demasiado burocrático. Queremos simplificar el proceso al máximo. Habrá un único lugar web donde haya el resumen de todo el proceso, un mapa con todos los pasos y los formularios requeridos, además de un manual y la Ley.

*Gloria Cantarell.* Hay que intentar que sea lo más simple y riguroso posible. La formación será clave.

*Pilar Saura.* La formación será en formato digital autoadministrada, en tres bloques con unas preguntas en cada uno y con una acreditación final. Los contenidos serán comunes, al menos en parte, para médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos. Será gratuita y también accesible a los profesionales del sector privado.

En cuanto a los bloques, el primero será conocer bien la LORE y los propósitos de aplicación, el segundo se refiere al procedimiento y el tercero ahondará en cuestiones como gestión de las emociones, acompañamiento en el duelo, bioética.

Hemos creado un Comité Docente, donde están los colegios profesionales y también la patronal, para que determine la duración de la formación, que no puede ser de muchas horas. La formación ha de ser amable puesto que un 30% de los profesionales han manifestado que estos contenidos les costarían, por falta de competencias o tiempo.

*Gloria Cantarell.* Los médicos hemos recibido una formación que poco tiene que ver con lo que ahora se va a pedir: ayudar a morir. Yo acostumbro a decir que los objetivos de la medicina son dos: luchar contra las enfermedades y ayudar a los enfermos a morir en paz.

Ambos tienen igual trascendencia e importancia. Ya lo decía Francis Bacon en el siglo XVII, pero lo hemos olvidado. Afortunadamente la tecnología ha avanzado mucho y ha salvado muchas vidas. Pero no hemos prestado atención al bien morir. Hay que ampliar la perspectiva. No se trata de luchar por la muerte sino por una buena vida hasta el final. Hemos de recuperar el último tramo de la vida, no esconderlo. Y no es una cuestión que solo atañe a los profesionales sino también a las familias que, con sus silencios, condenan al enfermo a una dolorosa soledad.

*Pilar Saura.* La muerte se ve como un tabú y cuesta hablar de ella. Otras sociedades, como las asiáticas, se relacionan con la muerte de otra manera. Tenemos el reto de hablar de la muerte de una forma más natural.

---

## No hemos prestado atención al buen morir, hay que ampliar la perspectiva y luchar por una buena vida hasta el final



## **Volvamos a la LORE. Al principio de la aplicación surgirán dudas. ¿Está prevista alguna red de apoyo a los profesionales?**

*Pilar Saura.* Contamos con los comités de ética asistencial desplegados en nuestro sistema sanitario. Darán apoyo al profesional en el día a día y, además del apoyo técnico, serán el canal de transmisión de las preguntas más complejas a la Comisión de Garantías y Evaluación, especialmente las relacionadas con cuestiones jurídicas.

*Gloria Cantarell.* El apoyo a los profesionales es fundamental. En una primera fase habrá muchas consultas.

## **Además de la formación, ¿qué acciones se realizarán para la difusión de la Ley y del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) en Catalunya? ¿Con qué recursos se contará?**

*Pilar Saura.* Estos aspectos no están aún definidos. Por ahora, hemos solicitado a los expertos en comunicación del Departamento de Salud que elaboren un plan de actuación. Hemos de trabajar en dos direcciones. Por un lado, dirigimos a la población y, por otra, al sector sanitario. Utilizaremos todos los canales de comunicación con que contamos –redes sociales, Canal Salut...– con unos mensajes sencillos y comprensibles que incorporen los valores de la Ley.

## **¿Y respecto a la difusión del DVA?**

*Pilar Saura.* En primer lugar, hemos de modificar el documento para adaptarlo a la Ley. En segundo lugar, realizar campañas para darlo a conocer como un derecho de los ciudadanos. Y hemos de lograr que las personas accedan fácilmente al DVA.

*Gloria Cantarell.* Si en el DVA que la persona ya ha cumplimentado antes de la aprobación de la Ley consta la voluntad de que se aplicara la LORE, ya es válido. Si no consta, el documento se ha de hacer de nuevo. Como DMD ya lo hemos modificado, incluyendo la Ley. Pero muchas personas tienen dudas.

*Pilar Saura.* En la formación se hablará mucho del DVA y éste formará parte de la historia clínica compartida. Por tanto, los profesionales podrán identificar que la persona cuenta con el DVA.

## **Para acabar, quisiera abordar el tema de las residencias de gente mayor. La LORE no especifica que se consideren domicilio habitual. ¿Cuál es la posición de la Generalitat de Catalunya?**

*Pilar Saura.* Tenemos claro que es la persona, el enfermo, quien decide. Si su domicilio habitual es la residencia podrá optar por la eutanasia o el suicidio asistido en la residencia. A raíz de la pandemia, la atención primaria ha



Luis Montes en la oficina de DMD

entrado en estos centros y sabemos que pueden actuar en las residencias. En cualquier caso, la decisión será de cada persona.

*Gloria Cantarell.* La persona que vive en una residencia, si la considera su casa, que es habitual, debe poder acabar su vida allí. Me alegro que lo expreses tan claramente.

## **¿Y qué pasa si alguna institución se opone a la Ley?**

*Pilar Saura.* Es cierto que en los órganos rectores de algunas instituciones participa la Iglesia y pueda darse cierta presión. Pero la Ley deja bien claro que la objeción es individual y no institucional. Tenemos la suerte que finalmente la LORE incluya el ámbito domiciliario como lugar de prestación. Hay alternativas que permiten asegurar que cualquier ciudadano catalán tendrá garantizada esta prestación, allí donde quiera y decida.

En cualquier caso, desde el Gobierno no queremos entrar en conflicto, sino que hemos de centrarnos en ser facilitadores y garantizar diversas opciones. Con el paso del tiempo será una prestación que se irá normalizando.

*Gloria Cantarell.* En cualquier caso, DMD estará vigilante. A nosotros nos llegan las cosas que no van bien y, por tanto, seguro que conoceremos los problemas.

## Testamento vital y eutanasia

# Una breve historia del **testamento vital**



Socios de DMD explican el testamento vital en un puesto callejero

Durante años fue un documento de dudosa legalidad. Con la LORE, no solo permite decidir los tratamientos que se desean o rechazan cuando se pierde la lucidez, sino que es la única manera de manifestar lo que tantas personas pensamos: no quiero vivir si pierdo la conciencia de mí misma

**Fernando Marín\***

“Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo” (Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente, art. 11.1).

En 1969, un abogado norteamericano llamado Luis Kutner, cofundador de Amnistía Internacional, propuso el primer modelo de Living Will para responder a la pregunta lanza-

da unos años antes por la Euthanasia Society of America: ¿cómo desearías ser tratado si no pudieras decidir por ti mismo? El objetivo era que cualquier ciudadano pudiera rechazar un tratamiento, sin responsabilidad del equipo asistencial por actos de omisión, con un documento que durante mucho tiempo fue de dudosa legalidad.

A partir de los años 70, algunos casos como el de Karen Quinlan (21 años en estado vegetativo con ventilación mecánica) y sobre todo Nancy Cruzan (26 años en estado vegetativo, hasta la retirada de la alimentación artificial)

\* Vicepresidente de DMD.

en EE. UU. y otros muchos como los de Eluana Englaro y Vincent Lambert, pusieron sobre la mesa el debate sobre cuáles son los límites razonables del uso de la tecnología, qué sentido tiene mantener con vida a personas en estado vegetativo crónico y qué diferencias éticas existen entre permitir la muerte (o la evolución natural de una enfermedad, retirando las medidas de soporte vital), y provocar la muerte (o adelantarla de forma deliberada con una medicación letal).

## La sacralidad de la vida

Mientras tanto, para mantener a flote el valor de la sacralidad de la vida, la bioética dibujaba una línea en el agua que trataba de diferenciar entre permitir y provocar la muerte. Su argumentario, basado en la intención del profesional y el principio del doble efecto (no en vano, de origen confesional), sostiene que adelantar la muerte, o permitirla, es éticamente aceptable siempre y cuando la intención del profesional sea aliviar el sufrimiento (la muerte se puede adelantar, pero "sin querer"). El error de este planteamiento es ignorar que es la autonomía del paciente, su voluntad de adelantar su muerte rechazando un tratamiento, mediante una sedación paliativa o recientemente con una eutanasia, la que determina que la ayuda a morir sea un acto benéfico, independientemente de la intención del profesional, que resulta irrelevante.

En los últimos 50 años, el auge del valor autonomía ha forzado un cambio de paradigma, que poco a poco está sustituyendo el paternalismo por una relación médico paciente diferente, basada en la información, el diálogo y el consentimiento (pedir permiso).

Ser persona es tener la capacidad para dar permiso, y es aquí, en este contexto de una relación basada en el respeto mutuo, más aún cuando la otra persona ha perdido esa capacidad (incluso de ser persona), donde el testamento vital cobra toda su importancia.

## Una iniciativa de DMD

El testamento vital es una expresión de autonomía, de libertad, que en España apareció por primera vez en 1986, a iniciativa de la asociación DMD (en aquel entonces con sede en Barcelona). En 1986, la Ley General de Sanidad regula el imperativo del consentimiento informado del paciente, previo a cualquier tipo de intervención, y reconoce el derecho de toda persona a rechazar un tratamiento, incluso si de este depende su vida. Pero no es hasta el año 2000 cuando Catalunya regula por ley el Documento de Voluntades Anticipadas, posteriormente legislado en todo el Estado en la Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente, con el nombre de Instrucciones Previas.

La ley 41/2002 encarga a cada comunidad autónoma el desarrollo del testamento vital (modelos, formas de otor-

---

**Para mantener a flote el valor de la sacralidad del valor de la vida, la bioética dibuja una línea en el agua: la diferencia entre permitir y provocar la muerte**

gamiento, registro, etc.). Por eso el mismo documento tiene hasta seis nombres distintos y 17 variaciones, según cada territorio.

En 2005, la Comunidad de Madrid acusó al doctor Luis Montes, y a su equipo del Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés, de 400 sedaciones irregulares, con resultado de muerte. Semejante infamia no pretendía defender la vida, ni la calidad asistencial en el proceso de morir. Su objetivo era

montar un escándalo que sirviera como una cortina de humo mientras se privatizaba la sanidad pública y, de paso, escarmentar a los profesionales. La reacción del ámbito profesional fue de una sorprendente sumisión y muy confusa, en parte debido a que los estériles debates de la bioética entre "permitir" y "provocar" la muerte hacían posible afirmar una cosa y la contraria. La infamia contra el Severo ya auspiciaba un negro futuro para la sanidad pública.

## La paradoja de la máquina

En medio de todo este escándalo, en 2007, una señora conectada desde hacía una década a un ventilador mecánico, pide en un hospital de Granada que le pongan "una inyección que le pare el corazón". Inmaculada Echevarría se pone en contacto con DMD, que le asesora para que reformule su demanda como un rechazo del tratamiento que la mantiene con vida. La Junta de Andalucía reconoce su derecho y unas semanas después es sedada, le apagan la máquina que la mantiene con vida y muere voluntariamente en unos minutos. ¿Cuál era la intención del profesional que pulsó el interruptor? Da lo mismo, lo que importa es la voluntad de morir de ella, que era inequívoca. Este caso nos muestra con rotundidad no solo que la vida es disponible (algo que cualquiera puede hacer, un *agere licere*, como dice el Tribunal Constitucional), un acto que además no está penado (el suicidio no es delito), sino que tienes derecho a que te ayuden a morir si tu vida depende de un tratamiento que tienes derecho a rechazar (lo que da lugar a la paradoja de la máquina: Ramón Sampederro no tuvo derecho a una muerte asistida porque no tenía la suerte de que su vida dependiera de un tratamiento).

Tras el destrozo provocado por el escándalo de Madrid (las bombas de sedación paliativa se redujeron en todo el Estado y muchas personas murieron peor) y el caso de Inmaculada, Andalucía aprobó en 2010 una ley de muerte digna, que pretendía aclarar conceptos, hacer pedagogía sobre los derechos al final de la vida y reconocer explícitamente el derecho al alivio del sufrimiento, con un enfoque paliativo de la asistencia, y al testamento vital. En 2021 diez CC. AA. han aprobado leyes de muerte digna muy similares, pero curiosamente, las regiones con más paliativos no tienen ley de muerte digna, porque de nada sirven las leyes si no se cumplen.

## Medicalizar derechos ciudadanos

Mientras tanto, han surgido otras propuestas como la Planificación de Decisiones Anticipada (la PDA), Planificación Anticipada de Cuidados y otros nombres, que se autoproclaman como una alternativa mucho mejor al testamento vital, porque se realiza a lo largo del tiempo junto a un profesional sanitario. De acuerdo con su definición, la PDA no deja de ser un testamento vital explicado por un profesional, así que bienvenida sea, pero sin ese paternalismo que descalifica el testamento vital, considerándolo una firma en papel. Hay vida más allá de la consulta, por lo que es un error tratar de medicalizar derechos ciudadanos como el testamento vital. A muchas personas no les hace falta nadie para ser conscientes de su testamento vital, y a otras muchas les basta con que una administrativa, enfermera, o trabajadora social les aclare algún concepto. La médica debe estar ahí, promoviendo el testamento vital, mucho mejor sin enredar con propuestas como la PDA que, tal y como está el sistema público de salud de recursos humanos, es un brindis al sol. El testamento vital no ha fracasado, es la mejor herramienta disponible para abordar el afrontamiento de la muerte y tomar decisiones, pero no ha existido voluntad política para ponerlo en valor.

## Representación sin testamento vital

Poner en duda el testamento vital no es una actitud inocente. En las últimas décadas la sociedad ha ido dando dos pasos adelante y uno atrás en el reconocimiento del derecho de una persona a decidir sobre su propia vida. En 2015 la ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, aprobada por el PP, reformó la Ley de autonomía del paciente (art. 9), eliminando el derecho a ser representado sin testamento vital, vigente desde la Ley General de Sanidad de 1986. Toda una declaración en favor de la sacralidad de la vida, que por ejemplo en 2019 provocó el sufrimiento absurdo de Guillermi-

na Freniche y su familia durante las últimas semanas de su vida por la cerrazón del equipo médico de una residencia de mayores, de un fiscal y de una jueza que obraron en contra del sentido común y del consenso profesional (ver revista n.º 81).

Si pierdo mis facultades mentales, considero que lo mejor que me puede pasar es morirme. Suspendan los tratamientos que me mantienen con vida y no inicien ninguno más. Esto es lo que se reivindicaba hace 50 años y ese es el sentido del testamento vital para una inmensa mayoría de personas: adelantar su muerte en ese contexto de deterioro e irreversibilidad.

## Es un error tratar de medicalizar derechos ciudadanos como el testamento vital

La Ley de Autonomía del Paciente y las leyes de muerte digna definen el testamento vital como deseos e instrucciones sobre los cuidados y el tratamiento de la salud, pero no es exactamente así.

Ya está bien de perífrasis y circunloquios, lo que dice el testamento vital es que para una persona vivir "así", sin conciencia de una misma, es un absurdo. Algunas personas renunciarán a prolongarla; otras preferirán una muerte rápida e indolora. Evitar esa situación es de sentido común. Lo que hay detrás de las llamadas a extremar la precaución, a la necesidad de que exigir todavía más garantías que la firma ante tres testigos, ante un notario o una persona de la administración, es la desconfianza en la libertad de cada persona para decidir. Cuando llega el momento de aplicar un testamento vital ya no se puede cambiar de opinión, porque no existe capacidad mental para elaborar un criterio propio. En eso consiste en testamento vital, en aportar información sobre lo que diría esa persona si pudiera. Lo extraordinario no es que una persona haya dejado por escrito su deseo de morir en una situación que para muchas personas está desprovista de dignidad, sino lo contrario, tratar de aplazar la muerte de forma indefinida negando la realidad. La Ley de eutanasia viene a darle un soplido definitivo a ese castillo de naipes construido por la bioética. Ya era hora.

José Luis Sagüés, socio de DMD, en un reportaje de *El País*



# LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

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



## PREÁMBULO

### I

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por su parte, eutanasia activa es la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un paciente de manera deliberada y a petición de este, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable.

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

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

## II

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

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

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

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

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

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

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

## **CAPÍTULO I**

### **Disposiciones generales**

#### **Artículo 1. Objeto.**

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

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

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

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

#### **Artículo 3. Definiciones.**

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

- a. «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g).
- b. «Padecimiento grave, crónico e incapacitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.
- c. «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.
- d. «Médico responsable»: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.
- e. «Médico consultor»: facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.
- f. «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.
- g. «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

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



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

- h. «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse

## **CAPÍTULO II**

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

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

1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.
2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.
3. En los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

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

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

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:
  - a. Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
  - b. Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
  - c. Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

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

- d. Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.
2. Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.
3. No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir

conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.

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

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

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

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

2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.
3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.
4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia. En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

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

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico responsable.
2. Contra dicha denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, la persona que hubiera presentado la misma podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarle de esta posibilidad.
3. El médico responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente, deberá remitir, en el plazo de cinco días contados a partir de que se le haya notificado la denegación al paciente, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y por escrito el motivo de la denegación.

### **CAPÍTULO III**

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

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

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

médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud, conforme al párrafo anterior.

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.
3. En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial.
4. 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.
5. 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.
6. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

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

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

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

1. Una vez recibida la comunicación médica a que se refiere el artículo 8.5, el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.
2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros citados en el apartado anterior tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo, así como con la persona solicitante.
3. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.
4. La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir; todo ello deberá hacerse en el plazo máximo de dos días naturales.
5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso- administrativa.

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

1. Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación. En el caso de que el paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.
2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.1.<sup>a</sup>) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.

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

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

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

- a. El primer documento, sellado por el médico responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:
  - 1.º Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.
  - 2.º Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.
  - 3.º Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.
  - 4.º Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.
- b. El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:
  - 1.º Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.
  - 2.º Fecha y lugar de la muerte.
  - 3.º Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.
  - 4.º Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).
  - 5.º Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.
  - 6.º Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.
  - 7.º Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.
  - 8.º Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.
  - 9.º Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.

## **CAPÍTULO IV**

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

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

1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.
2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley.

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

La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

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

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

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

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

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

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

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

## **CAPÍTULO V Comisiones de Garantía y Evaluación**

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

1. Existirá una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las Comunidades Autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla. La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas.
2. En el caso de las Comunidades Autónomas, dichas comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por los respectivos gobiernos autonómicos, quienes determinarán su régimen jurídico. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, será el Ministerio de Sanidad quien cree las comisiones para cada una de las ciudades y determine sus regímenes jurídicos.
3. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá crearse y constituirse en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de este artículo.
4. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, la citada autorización corresponderá al Ministerio de Sanidad.
5. El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las Comunidades Autónomas se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio, para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud.

### **Artículo 18. Funciones.**

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

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

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

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

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

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

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

Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero. Si, tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación se considerara afectada, este podrá retirarse voluntariamente o ser recusado. Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico responsable la información recogida en la historia clínica del paciente que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda para morir.

- c. Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos.
- d. Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto.
- e. Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley en su ámbito territorial concreto. Dicho informe deberá remitirse al órgano competente en materia de salud.
- f. Aquellas otras que puedan atribuirles los gobiernos autonómicos, así como, en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la Ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley. Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2.

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

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

Asimismo, difundirán entre el personal sanitario los supuestos contemplados en la misma a los efectos de su correcto y general conocimiento y de facilitar en su caso el ejercicio por los profesionales del derecho a la objeción de conciencia. La Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias, adscrita a la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, abordará, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta Ley, la coordinación de la oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, que deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional.

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Disposición final segunda. Título competencial.**

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

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

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

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

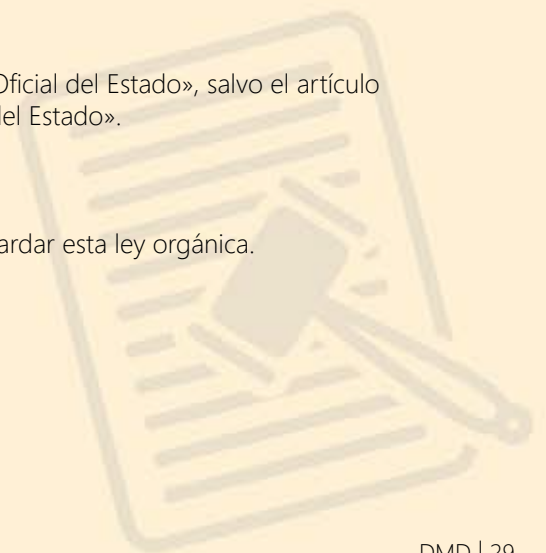
La presente Ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», salvo el artículo 17, que entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta ley orgánica.  
Madrid, 24 de marzo de 2021.

FELIPE R.

El Presidente del Gobierno, PEDRO SÁNCHEZ PÉREZ-CASTEJÓN





# Nueva propuesta Testamento vital

La reciente aprobación de la ley de eutanasia contempla la posibilidad de realizar la petición de eutanasia en el testamento vital. DMD ha actualizado las recomendaciones a incluir en este documento.

**Si en algún momento, como consecuencia del deterioro irreversible de tu salud, pierdes tus facultades mentales y tu capacidad para expresarte, ¿Qué deseas?**

- Que se **prolongue tu vida** con todos los tratamientos hasta que tu cuerpo aguante.
- Que **se retiren o no se inicien las medidas de soporte vital** para mantener tu vida.
- Que **te ayuden a morir con una eutanasia**.

Ninguna persona desea vivir sin conciencia de sí misma, por ejemplo por una demencia. En esta situación, algunas se resignan y la viven según sus creencias, “hasta que el cuerpo aguante”.

Otras consideran que vivir es más que respirar, se rebelan contra la fragilidad extrema y deciden no alargar esa situación, rechazando los tratamientos que mantienen su vida.

Y otras personas están firmemente convencidas de que, si pierden la cabeza, lo mejor que les puede pasar es morir cuanto antes, de una forma rápida e indolora, con una eutanasia.

**La finalidad del TV es respetar tus creencias, tus valores y las voluntades anticipadas que previamente hayas dejado por escrito.**

Hasta la Ley de eutanasia, la muerte voluntaria era un derecho, pero sólo si tu vida depende de un tratamiento que puedes rechazar. Cuando no había ninguna medida de soporte vital a retirar (o no iniciar), no había más remedio que esperar a que el deterioro fuera más grave.

**Ahora también puedes solicitar ayuda para morir mucho antes, en cuanto cumplas los requisitos de la Ley** (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).

Si consideras que en caso de pérdida de tus facultades mentales “el mayor beneficio para ti es finalizar tu vida cuanto antes” y deseas solicitar una eutanasia, para facilitar su tramitación a las demás personas (representante, familia y profesionales), **debes expresar tu voluntad en tu TV de la forma más clara posible.**



El modelo de TV de DMD **utiliza la terminología de la Ley de eutanasia** para dejar claro que:

- Eres **consciente del deterioro** que provocan las enfermedades degenerativas, como las demencias.
- Conoces los requisitos de la **Ley de eutanasia**.
- Manifiestas una **voluntad clara, inequívoca y razonada** de morir.

### ➤ **¿Por qué morir?**

Porque la pérdida de mis facultades mentales provoca un sufrimiento que es incompatible con mi dignidad personal. O dicho de otro modo, porque provoca una pérdida de dignidad que para mí es inaceptable y que yo identifico como una experiencia de sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable.

Previsiblemente, la situación más frecuente en la que se realizará una eutanasia es una demencia degenerativa tipo Alzheimer. Pero las voluntades anticipadas no se limitan a ese diagnóstico, sino a cualquier situación clínica equivalente, por cualquier tipo de demencia (vascular, mixta, otras degenerativas, etc.). Como se menciona a continuación, las situaciones de deterioro súbito, por ejemplo por un accidente cerebrovascular grave, que requieren medidas de soporte vital, se resolverán antes tras la suspensión de esas medidas. En las demencias, la incapacidad de hecho no aparece de un día para otro. Son procesos de deterioro progresivo, relativamente lento, de años de evolución. Hasta que un día la persona **representante** le comunica a la médica o enfermera responsable la voluntad anticipada del TV (en caso de no tener representante, si el médico conoce el TV, debe respetar esas instrucciones previas).

### ➤ **¿Cuándo morir?**

Cuando no pueda valerme por mí misma, no reconozca a mis familiares o allegados, o me encuentre en una situación clínica equivalente a una

demencia moderada. Es decir, en cuanto cumpla los requisitos de la Ley de eutanasia, como dice el texto, **“aunque no lo exprese, no lo recuerde o, a juicio de otras personas, no muestre signos externos de sufrimiento”**.

La voluntad de morir es la instrucción fundamental de tu TV, ya sea con una eutanasia o como consecuencia de la evolución natural de tu enfermedad, tras rechazar los tratamientos que prolongan tu vida. Es importante incluir ambas opciones, porque en el caso de suspender o no iniciar medidas de soporte vital, probablemente tu fallecimiento se produzca antes de que se gestione tu solicitud de eutanasia.

También conviene prever la situación de sufrimiento refractario o de últimos días: “Igualmente, solicito que se alivie mi sufrimiento con todos los medios disponibles y, si me encuentro en una situación avanzada o terminal, deseo morir dormida con una sedación paliativa profunda mantenida hasta mi fallecimiento.”

El TV entra en vigor cuando el daño cerebral es irreversible. La anotación “en el caso de que existieran dudas sobre la irreversibilidad...”, trata de evitar el cambio de pronóstico de algunos profesionales reacios a respetar el TV. Con la Ley de eutanasia, mantener con vida a una persona contra su voluntad, con la hipótesis remota de que recupere su capacidad para expresarse, y posteriormente solicite ayuda a morir, no tendría sentido, pero aún así, se insiste para despejar cualquier duda.

### ➤ **¿Es válida la solicitud de eutanasia en el modelo de TV de DMD previo a la Ley?**

Si en el texto se incluyó la frase condicional **“si la legislación regula la eutanasia” la solicitud es válida**.

### ➤ **¿Conviene actualizar el TV?**

Si, **es mejor actualizarlo**, por los motivos ya expuestos. En el caso de que se firme el TV por primera vez, a partir de la aprobación de la Ley de eutanasia, en marzo de 2021, la frase sobre la eutanasia del modelo anterior sería sintácticamente incorrecta, por lo que es mejor utilizar el modelo actualizado.

En último caso, ten en cuenta que el modelo de TV de DMD es una propuesta, que debes adaptar a tu forma de pensar y tu manera de expresarse.



# Testamento vital de DMD

Esta es la propuesta de los cuatro puntos de DMD para incluir en el testamento vital. Te recomendamos registrar o actualizar el documento en el registro oficial de tu comunidad autónoma. Debido a la situación actual esto puede ser complicado, por eso en la página siguiente facilitamos un modelo ante tres testigos. Puedes cumplimentar este modelo como documento privado provisional, hasta que consigas registrar de manera oficial el testamento vital según establece tu comunidad autónoma. Información sobre los registros en cada comunidad autónoma: <https://derechoamorir.org/testamento-vital/>

- 1.** Solicito que se ponga fin a mi vida cuanto antes mediante una eutanasia.
- 2.** Considero un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad personal, el que algunos padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes como las enfermedades neurodegenerativas (demencia tipo alzhéimer o cualquier otra) provoquen tal deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad y mi esquema de valores. Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde o, a juicio de otras personas, no muestre signos externos de sufrimiento, en el momento en que no pueda valerme por mi misma o no reconozca a mis familiares o allegados, o me encuentre en una situación clínica equiparable a una demencia moderada (GDS 5, según la escala FAST de Reisberg), deseo que se respete mi voluntad de finalizar mi vida cuanto antes mediante una eutanasia.
- 3.** Durante el plazo de tiempo que requiera la gestión de mi solicitud de eutanasia, o en el caso de que fuera denegada, rechazo toda medida de soporte vital, tratamiento, intervención o procedimiento que contribuya a mantenerme con vida (antibióticos, nutrición-hidratación con fluidos, sonda nasogástrica o gastrostomía, marcapasos o desfibrilador, etc.). Igualmente, solicito que se alivie mi sufrimiento con todos los medios disponibles y, si me encuentro en una situación avanzada o terminal, deseo morir con una sedación paliativa profunda, mantenida hasta mi fallecimiento. En caso de que existieran dudas sobre la irreversibilidad de mi situación de incapacidad de hecho para decidir, quiero dejar claro que tal posibilidad no modifica mi decisión firme de no soportar una vida en la que dependa de otras personas para las actividades de la vida diaria.
- 4.** Si alguna persona profesional sanitaria se declarase objetora de conciencia con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra profesional, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.



Yo \_\_\_\_\_, nacido/a el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, con Documento de Identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_,  
con domicilio en \_\_\_\_\_,  
Localidad \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_.

En plenitud de mis facultades, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, **declaro** que si en el futuro **mi salud se deteriora de forma irreversible**, hasta el punto de perder el uso de mis **facultades para solicitar la eutanasia y prestar mi conformidad** sobre los cuidados y el tratamiento que deseo recibir, el mayor beneficio para mí es **finalizar mi vida cuanto antes**, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas, voluntades anticipadas o testamento vital:

1. Solicito **que se ponga fin a mi vida** cuanto antes mediante **eutanasia**.
2. Considero un **sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad** personal, el que algunos **padecimientos graves crónicos e imposibilitantes**, como las enfermedades neurodegenerativas (demencia tipo Alzheimer o cualquier otra), provoquen tal **deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales**, que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad y mi esquema de valores.  
Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde o, a juicio de otras personas, no muestre signos externos de sufrimiento, **en el momento en que no pueda valerme por mí misma o no reconozca a mis familiares o allegados, o me encuentre en una situación clínica equiparable a una demencia moderada** (GDS 5, según la escala FAST de Reisberg), deseo que se respete mi voluntad de finalizar mi vida cuanto antes mediante **eutanasia**.
3. Durante el plazo de tiempo que requiera la gestión de mi solicitud de eutanasia, o en el caso de que fuera denegada, **rechazo toda medida de soporte vital**, tratamiento, intervención o procedimiento que contribuya a mantenerme con vida (antibióticos, nutrición-hidratación con fluidos, sonda nasogástrica o gastrostomía, marcapasos o desfibrilador, etc.). Igualmente, solicito **que se alivie mi sufrimiento** con todos los medios disponibles y, si me encuentro en una situación avanzada o terminal, deseo morir dormida con una **sedación paliativa** profunda mantenida hasta mi fallecimiento.  
En el caso de que existieran **dudas sobre la irreversibilidad** de mi situación de incapacidad de hecho para decidir, quiero dejar claro que tal posibilidad no modifica mi decisión firme de no soportar una vida en la que dependa de otras personas para las actividades de la vida diaria.
4. Si alguna persona profesional sanitaria se declarase objetora de conciencia con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra profesional, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S (OPCIONAL)** (Las personas representantes no pueden ser testigo)

**DESIGNO** como mi/s representante/s en el orden que figuran a:

PRIMER REPRESENTANTE

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Firma:

**ACEPTO** la designación como representante de la persona otorgante del documento de instrucciones previas, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación. De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.

SEGUNDO REPRESENTANTE

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Firma:

**ACEPTO** la designación como representante de la persona otorgante del documento de instrucciones previas, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación. De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.

\*El Testamento Vital también se conoce como: Documento de Instrucciones Previas (DIP), Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), Manifestación Anticipada de Voluntades (MAV), Voluntades Vitales Anticipadas, Voluntades Previas o Expresión Anticipada de Voluntades

**DECLARACIÓN DE TESTIGOS** (dos de las tres no deben ser familiares de hasta 3º grado, ni tener relación patrimonial, ni laboral con la persona otorgante. No pueden ser representantes)

PRIMER TESTIGO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE Nº: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**

Que D./Dª \_\_\_\_\_

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.

SEGUNDO/A TESTIGO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE Nº: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**

Que D./Dª \_\_\_\_\_

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.

TERCER/A TESTIGO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE Nº: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**

Que D./Dª \_\_\_\_\_

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.

**FIRMA Y DECLARACIÓN DEL/LA OTORGANTE**

D./Dª \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE Nº: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma:

Otorgante de este documento, DECLARO que las personas que firman como testigos no tienen relación de parentesco en primer ni en segundo grado ni ningún vínculo patrimonial u obligacional con el otorgante de las instrucciones previas.

Un análisis de sus  
argumentos y sus  
motivos reales

# La **eutanasia** **y** sus **detractores**

Después de numerosos vaivenes, la ley de eutanasia ha sido aprobada en España. Una buena noticia para quienes quizás podamos acogernos a su protección. Se pueden discutir sus artículos y su excesivo empeño garantista: dejar en manos del gobierno de cada Comunidad Autónoma la formación de una comisión que tome la decisión final sobre la solicitud del paciente resulta muy riesgoso, sabiendo la influencia que tienen las ideologías en este tema

## **Los motivos ocultos de quienes se oponen**

**P**ero lo que nos interesa en este momento es comprender las razones de quienes se oponen a la totalidad, hasta el punto de acusarla de propiciar el asesinato. Sin duda todo –casi todo– es discutible. Pero la discusión solo se hace posible si cada interlocutor pone sobre la mesa las verdaderas razones de su postura, cosa que no sucede en este caso. Los detractores de la eutanasia, especialmente quienes se oponen por razones religiosas, esgrimen argumentos diversos: lo que piden los enfermos terminales no es la muerte sino cuidados paliativos, su pedido está condicionado por trastornos mentales, abriría el camino para desembarazarse de ancianos molestos, nunca es aceptable causar la muerte a otra persona, la misión de los médicos consiste en salvar vidas y no en quitarlas, etc. Lo que no se aduce es la razón de fondo que motiva ese rechazo: la vida es un don de Dios y a él corresponde decidir su fin; somos meros



Plaza de San Pedro desde el domo de la Basílica (Ciudad del Vaticano)

**Augusto Klappenbach\***

administradores de un don que hemos recibido cuyo límite depende solo de él.

Una creencia absolutamente respetable, en la medida en que no se pretenda imponerla como obligatoria. Y que se oculta sistemáticamente en los debates sobre el tema, porque sus defensores son conscientes de que este argumento ni siquiera resulta válido para todos los creyentes. Aun cuando se acepte la existencia de Dios y su papel en el transcurso de la vida humana, no faltan creyentes que piensan que, así como el ser humano puede luchar contra el dolor y las enfermedades, también su decisión tiene cabida ante el trance de la muerte. En cualquier caso, quienes se oponen radicalmente a la eutanasia eluden cuidadosamente esgrimir cualquier argumento que se base en consideraciones religiosas, a sabiendas de que de hacerlo su negativa sería insostenible en un Estado laico.

\* Filósofo.

## La experiencia con el aborto

Una ocultación semejante de las razones del cuestionamiento a las leyes se ha dado ya por parte de la Iglesia oficial en el caso del aborto. En este caso resultaba más convincente condenar la muerte de un inocente que explicar las razones por las cuales se supone que hasta un embrión goza de los mismos derechos humanos que un albañil. El proceso de gestación de un ser humano comprende un período de tiempo que va desde un cigoto invisible a simple vista —al cual sería difícil otorgar la condición de un titular de derechos— hasta el momento del nacimiento, cuando ya se han cumplido los pasos necesarios para comenzar una vida autónoma. Parece razonable otorgar al feto una protección legal creciente a medida que se aproxima a su incorporación a la sociedad, que es la fuente de donde surgen los derechos humanos. Una ley de plazos para legalizar el aborto, más permisiva en los primeros tiempos del embarazo y más restrictiva en los últimos parece el camino legal que mejor se adapta a la evolución de la naturaleza. Y así se ha legislado en España después de una larga discusión ética y jurídica.

## La jerarquía no es la Iglesia

Una discusión en la cual, como en el caso de la eutanasia, la Iglesia oficial —no todos los creyentes— ha hurtado el argumento real que motiva su oposición a la interrupción del embarazo. Según la teología tomista, el ser humano es el resultado de la unión de dos “sustancias incompletas”: el cuerpo y el alma. Mientras el cuerpo es el resultado de un proceso biológico, el alma inmortal es infundida a ese cuerpo por Dios, otorgando así a la materia su forma propia, su condición humana. Y mientras que, según Santo Tomás, esta infusión del alma al feto se produce algún tiempo después de la concepción, según la teología posterior la infusión del alma se realiza en el mismo instante de ser concebido. De modo que el cigoto es titular de los derechos humanos desde el mismo instante de la unión del óvulo con el espermatozoide.

Como en el caso de la eutanasia, una creencia respetable en la medida en que no se pretenda imponerla obligatoriamente. Porque muchos pensamos que la llegada a la

humanidad y sus consiguientes derechos no se da en un instante sino en un largo proceso en el cual no se puede marcar un momento mágico en el cual se adquieren esos derechos que otorgan a esa materia una dignidad de la cual no gozan otros seres de la naturaleza, así como en el proceso evolutivo de la naturaleza no es posible fijar un punto en que los homínidos se convierten en hombres y se pueda hablar de un ser humano en sentido estricto. Pero en una discusión, estos matices parecen menos impactantes que la acusación de infanticidio por haber interrumpido la vida de un ser humano ya presente desde su concepción.

## Un derecho racionalmente incuestionable

Volviendo a la eutanasia, si se prescinde de argumentos religiosos que solo son válidos para algunos creyentes, el derecho a una muerte digna es racionalmente incuestionable: las decisiones que no afecten negativamente a la sociedad pertenecen a cada persona. Sin embargo, no todas las objeciones “laicas” a la ley de la eutanasia son irrelevantes, y su discusión es necesaria. Si bien todo adulto en posesión de sus facultades mentales es dueño de tomar sus propias decisiones acerca de la forma y el tiempo de su muerte, no cabe duda de que si ese adulto requiere la ayuda del sistema sanitario el Estado tiene derecho a exigir ciertas garantías acerca de esta decisión, ante todo porque se trata de una decisión irreversible que se refiere al derecho fundamental de todo ser humano, como es el derecho a la vida. Habrá que garantizar, por ejemplo, que la decisión del sujeto es libre y consciente, que se mantiene en un lapso de tiempo prudencial, que no depende de un estado emocional pasajero. De ahí la importancia de firmar un testamento vital con suficiente antelación y ante testigos, que asegure que se trata de una decisión tomada racionalmente y anterior a las urgencias del momento de la muerte. Y todo eso requiere un debate riguroso acerca del articulado de la ley.

Sería de desear que en los encendidos debates que provocará la práctica de la eutanasia cada posición se atreva a poner sobre la mesa los verdaderos supuestos de su postura y se eviten acusaciones de asesinato de enfermos como las que han oído últimamente, que no ayudarán a mantener un debate serio acerca de la aplicación de la ley.

Ramón Sampetro acude a los juzgados a reclamar su derecho a una eutanasia



**Las decisiones que no afectan negativamente a la sociedad pertenecen a cada persona**



También después de la pandemia

# Cómo tratar **la muerte** **en el aula**

“¿Qué os sugiere la lectura de este libro?, ¿qué os transmiten las ilustraciones? Hablémoslo...”

Son preguntas que se abren a la reflexión;  
que invitan a escuchar a otras personas; que inician un diálogo

**Cristina Vallès\***

## **Normalizar la muerte**

**D**esde DMD Cataluña hace años que trabajamos para acercar el tema de la muerte a los centros educativos, con el objetivo principal de normalizar el hecho de la muerte como parte del ciclo de vida, ofrecer recursos al profesorado y dar a conocer la asociación DMD.

Tanto en facultades: Medicina, Farmacia, Enfermería, Magisterio, Derecho, como en institutos de educación secun-

daria que imparten ciclos formativos, ESO o Bachillerato, hemos llevado a cabo actividades directas con el alumnado, algunas de las cuales ya quedaron recogidas en un número anterior de esta revista. Además, desde hace un par de años, hemos incorporado actividades dirigidas a los centros educativos de primaria. Pero en estos, trabajamos con el profesorado, que será el que desarrollará el tema con posterioridad con su grupo. Después de una charla en el claustro (y, a veces, también a las familias)

\* Grupo de Educación y Junta Directiva de DMD Catalunya.

les dejamos en préstamo dos maletas pedagógicas: una centrada en la literatura y otra en el arte (ver cuadro n.º 1). También estamos impartiendo seminarios para el profesorado de primaria, que forman parte de la oferta formativa del Departamento de Enseñanza de la Generalitat de Cataluña. Su título: “La muerte, herramientas para trabajar el tema en los centros educativos”.

El material que presentamos actualmente tiene su origen en todas estas actividades, pero ha sido actualizado recientemente para el curso “Cómo tratar la muerte en el aula. También después de la pandemia”, que hemos impartido de forma virtual, en la Escuela de Verano que organiza la Associació de Mestres Rosa Sensat durante el mes de julio. Un curso, estructurado en cinco sesiones de dos horas y media cada una cuyo programa se muestra en el cuadro n.º 2.

### **Efectos personales y sociales de la pandemia**

En general el tema de la muerte nos llega de manera repentina y en un primer momento, cuando comenzó la pandemia fue así, alumnado y profesorado, salieron de las escuelas de forma precipitada, sin prever cuál sería la duración del confinamiento, sin tiempo de despedirse... Por eso es tan importante que, con posterioridad, encontremos el espacio y el tiempo para reflexionar sobre el tema. Todas hemos vivido (estamos viviendo) una situación excepcional y como tal debemos tratarla.

Hicimos un listado sobre cómo nos había afectado, tanto al profesorado –desde el punto de vista personal y laboral–, como a nuestro alumnado y a la sociedad en general. Como base de esta reflexión leímos un artículo de Santiago Alba Rico que habla de la falsa impresión de invulnerabilidad y de inmortalidad que hemos vivido en Occidente y que a menudo nos ha impedido identificarnos con el dolor ajeno o ni tan solo reconocerlo. Respecto a los niños y las niñas, concluimos que se han puesto de relieve las grandes desigualdades sociales, culturales y de recursos entre el alumnado y las escuelas. También entre las mismas profesionales.

### **Sin conciencia de mortalidad**

También nos ayudó en la reflexión, un texto de Mar Cortina: “En cuanto al duelo, y al drama que se ha hecho respecto al no poder despedirse, considero que forma parte del vivir sin conciencia de mortalidad. Cuando se vive desde esta conciencia, nos despedimos de todo y de todos un poquito cada día, intentamos vivir con menos asuntos pendientes, intentamos tener los sentimientos al día, los te quiero, lo siento y gracias vuelan por todas partes y permitimos que las personas que queremos puedan irse en cualquier momento. Cuando hay personas mayores en las residencias, por edad, aunque la muerte visita a niños, bebés y a cualquier persona en cualquier momento, parecería que tienen la muerte más

## **L**AS MALETAS PEDAGÓGICAS

“Reflexionar sobre la vida y la muerte a partir de la literatura y el arte”

Los objetivos y propuestas pedagógicas que se presentan, están relacionados con los currículos oficiales, tanto su objetivo principal, como los concretos de cada una de las materias.

### **LA MALETA CON ILUSTRACIONES CONTIENE:**

Unidad Didáctica (UD) con actividades. Reproducciones de las 31 obras de la exposición “La Muerte, Digna y Ilustrada”. 31 cartelas con la autoría y la explicación de la autora y un catálogo de la exposición.

En la UD los invitamos a observar, disfrutar y analizar las obras. A ser periodistas, realizando un reportaje sobre la exposición o una ficha técnica sobre una de las obras. A pensar sobre la muerte, la buena y la mala muerte y valorar si el arte es un buen medio para expresarlo.

### **LA MALETA CON LIBROS CONTIENE:**

Una Unidad Didáctica (UD) con sugerencias de trabajo. 30 libros ilustrados. Cada uno de los libros nos facilitaran la reflexión sobre el ciclo de vida y cómo nos enfrentamos a las pérdidas, una muestra es *Ramona la mona*, un libro imprescindible y muy adecuado para leer en voz alta.

Las propuestas de trabajo sugeridas en la UD giran en torno a promocionar el gusto por la lectura, expresar qué nos sugiere su lectura, mejorar la lectura en voz alta, hacer un análisis del contenido, tanto de la parte textual como de la ilustración, la expresión oral ligada a las presentaciones, la capacidad de síntesis, etc.

cerca y es con quien más conviene tener los sentimientos actualizados. Sin aplazar nada para un mañana porque no sabemos si hay un nuevo mañana o cómo será, como esta pandemia nos acaba de enseñar. “La lectura del libro *Así es la vida* puede ayudar a tratar el tema con el



# Cómo tratar **la muerte en el aula**

También después de la pandemia

## PROGRAMA DEL CURSO

### 1. ¿Qué hemos de tener en cuenta antes de tratar el tema de la muerte en los centros educativos?

- ¿Cómo nos ha afectado personalmente la pandemia y el confinamiento?
- ¿Qué ha puesto de relieve como individuos y como sociedad?
- Necesidad de tomar conciencia de los propios antecedentes, miedos y prejuicios.
- Reflexionar sobre la muerte como parte de la vida y por qué sigue siendo un tabú.
- La importancia de la laicidad.
- Recursos. Los libros ilustrados.
- Conferencia de David Bueno: "La sorpresa de aprender".

### 2. ¿Qué saben los niños y niñas, de la muerte?

- La banalización de la muerte en el mundo audiovisual.
- ¿Qué contacto tienen con la muerte? ¿Qué ha cambiado con la pandemia?
- Preguntas más frecuentes sobre la muerte.
- Comprensión del concepto muerte según la edad, psicopedagogía de la finitud.
- ¿Todas las muertes son iguales?: *El hilo de la vida, Efímera*.
- Cerrando el ciclo: *El árbol de los recuerdos, El libro de las horas de Jacominus*.
- ¿Cuándo tratar el tema? Programación de centro.
- Recursos. Maletas pedagógicas.
- Conferencia Boris Cyrulnik: "La resiliencia".

### 3. El tratamiento del duelo en el aula.

- Pedagogía de la vida y de la muerte y pedagogía del duelo.
- Pérdidas y duelos: manifestaciones y síntomas.
- El duelo en niños y adolescentes. Acompañamiento.
- El duelo colectivo.
- Recursos para trabajar el duelo en las aulas.

### 4. La muerte en el imaginario: leyendas y cine.

- El caballero de Milany, una leyenda para trabajar los conceptos de biografía, inmortalidad y muerte deseada.
- El cine, un recurso valioso. Visionado de fragmentos y reflexión guiada.

### 5. El camino hacia la muerte digna. La Asociación DMD.

- La dama y la muerte*, un corto para reflexionar sobre el encarnizamiento terapéutico, la importancia del derecho a la autonomía y el respeto a las decisiones de la persona enferma.
- ¿Todas las muertes son iguales? La muerte liberadora.
- ¿Qué entendemos por muerte digna? Los derechos que tenemos y los que aún nos faltan. Eutanasia. Clarificando conceptos. Situación legal en nuestro país. ¿Qué es el DVA?
- Conclusiones.

\* Para esta sesión contamos con la colaboración de Ángeles Miret, experta en tratamiento del duelo, autora de la obra *El centro educativo de duelo*.

cristiana conlleva una visión de la vida y la muerte que nos secuestra la capacidad de reflexión y hace que nos cueste tener una aproximación desprejuiciada de la propia finitud”.

Tenemos que aceptar la muerte como un hecho natural, intrínsecamente ligado a la vida y siempre cuando tratamos el tema en los centros educativos, nos debe guiar la racionalidad y la laicidad. Hay que, con el máximo respeto, separar los hechos de las creencias.

## La muerte en los centros educativos

El tema de la muerte no se trata en los centros educativos. Lo impide la existencia de un tabú social hacia la muerte, el miedo a la incorrección política, a la diversidad de creencias entre las familias del alumnado, la falta de recursos y la propia inseguridad del profesorado ante el tema. Creemos que para tratarlo es necesario buscar la complicidad de las familias y no cruzar la línea del “qué hay después”.

---

## Todos estamos viviendo una situación excepcional y como tal debemos tratarla

Es necesario tratar el tema en los centros educativos porque, la muerte y las pérdidas forman parte de la vida, tal y como ha puesto de relieve la pandemia. En palabras de Emilio Lledó: “Hay que estar conectados con la humanidad, con la naturaleza, ser conscientes de que estamos sometidos al tiempo natural”. Porque reconocer nuestra vulnerabilidad y finitud, sirve para valorar la vida. Para entender las emociones cuando hemos de afrontar las pérdidas. Para vivir una vida completa. Para alejar el miedo y la angustia que a menudo la acompaña, fomentando la confianza y el conocimiento.

Y porque, por mucho que deseemos protegerlos, no podemos ocultar las pérdidas, el dolor, ni la muerte.

El libro *Adiós Flap* nos ayuda a hablar de las pérdidas con los niños y niñas más pequeños. Y los libros *Soy la vida* y *Soy la muerte* o *El señor muerte en una avellana* a hablar con los y las más mayores.

## Cómo no tratar el tema

*Primum non nocere*. Es importante hablar de la muerte a los niños y niñas sin eufemismos, nunca hemos de decir: “Tu hermana era tan buena que ha marchado al cielo”. “Ahora descansa en paz”. “Se ha quedado dormidita para siempre”. “Tu mamá te envía muchos besos desde donde está”. “Se ha marchado de viaje”. “Dios se lo ha llevado”. “Ahora nos mira desde una estrella”... Debemos utilizar la palabra muerte y dar la información que sea necesaria, teniendo en cuenta la edad, para que no imaginen cosas

que no son. A menudo los eufemismos y el silencio en torno a la muerte generan en niños y niñas confusión, desconfianza, incluso, en determinadas edades, culpabilidad.

---

## Hay que separar, con el máximo respeto, los hechos de las creencias

A partir de la pandemia este desconocimiento de la muerte real, a menudo oculta para los niños y niñas, se ha hecho presente, en muchos casos jaleada desde los medios de comunicación, pero de manera traumática, frecuentemente acompañada de la queja de no poder realizar los rituales de despedida a que socialmente estamos acostumbradas.

## Rituales de despedida

El libro *El abuelo de Tom ha muerto* nos explica el funeral del abuelo. La diversidad de origen del alumnado nos proporcionará valiosa información sobre distintos rituales. Dejemos tiempo para que, si así lo desean, puedan



Madeleine Z, socia de DMD



M.<sup>ª</sup> José Carrasco y su compañero, Ángel Hernández, ambos socios de DMD

## Solo uno de cada diez niños participa en las ceremonias funerarias

Es importante resaltar que solo 1 de cada 10 niños participa en las ceremonias funerarias. Es necesario que, si es su deseo, participen de las despedidas. Si se les explica cómo funciona la ceremonia y están acompañados de personas que merecen su confianza, agradecerán participar en ella.

Hay que dar tiempo para que puedan hacer todas las preguntas que necesiten y se deben dar respuestas sinceras, siempre teniendo en cuenta la edad. Las preguntas pueden ser muy diversas: ¿Es para siempre? ¿Volverá? ¿La abuela puede oírnos? ¿Tendremos que cambiar de casa? ¿Qué es la muerte? ¿Qué es estar muerto? ¿Todo el mundo se muere? ¿Por qué la gente tiene que morir? ¿Se puede desmorir? ¿Tú te morirás?... Y las respuestas, según la edad y las circunstancias, también pueden ser muy diversas. ¿Y a ti qué te parece? es la más importante, porque da pie a que siga haciéndose preguntas y encontrando respuestas por sí misma. "No te lo puedo asegurar..." "Yo creo que..." Hay gente que cree que..." pueden ser buenos comienzos para nuestras respuestas.

## Lo que saben los niños y niñas de la muerte

Conocen la muerte irreal, la muerte lejana, la muerte violenta, a través de películas, noticias y videojuegos, pero este conocimiento lleva a la banalización de la muerte más que a ser consciente de lo que representa en realidad.

compartir sus recuerdos. Rituales que durante la pandemia no se han podido realizar, tal y como ocurre habitualmente con la mayoría de los niños y niñas que quedan excluidos de ellos. Es

importante resaltar que solo 1 de cada 10 niños participa en las ceremonias funerarias. Es necesario que, si es su deseo, participen de las despedidas. Si se les explica cómo funciona la ceremonia y están acompañados de personas que merecen su confianza, agradecerán participar en ella.

Con el fin de tratar el tema con los niños y las niñas, hay que tener en cuenta las etapas de comprensión ligadas a la edad: de 0 a 2 años: desconocimiento de la muerte, pero percepción de la pérdida. A partir de los 6 años: descubrimiento de la muerte del otro y de la irreversibilidad de la muerte. A partir de los 8 años: descubrimiento de la propia muerte y de su universalidad. A partir de los 14 años: con el avance de la capacidad de abstracción, surgen preguntas sobre el sentido de la vida y la muerte. En la web de DMD-Catalunya se pueden encontrar textos más extensos, con las referencias bibliográficas correspondientes, sobre psicopedagogía evolutiva de la muerte en la infancia y adolescencia, para hacer un buen abordaje de la muerte según la edad del niño.

## Las muertes no son iguales

No todas las muertes son iguales, la muerte esperada, la muerte súbita, la muerte violenta. La importancia de la edad, si se ha cumplido el ciclo natural de vida o no. El libro *Efímera* que nos habla de un insecto que solo vive 24 horas, nos permite reflexionar sobre la relatividad del tiempo y el valor de las vidas breves.

El libro *El hilo de la vida* nos permite tratar el tema de la universalidad de la muerte que afecta a todo el mundo y nos permite introducir el concepto de generación: antes de nosotras ha habido muchas generaciones que nos han

proporcionado conocimientos y nosotros formamos parte de este ciclo de relevos. Jugaremos a tejer una red con hilos rojos, como los que ilustran el libro, que los conectará como generación.

Distinguiremos también entre la muerte esperada o anunciada, que es aquella que llega a una persona (o una mascota), que ha completado su ciclo de vida, o que viene anunciada por un proceso de enfermedad. Es importante ir preparando a los niños explicándoles la gravedad de la situación, “la enfermedad es muy, muy, muy grave”, implicarlos en el proceso si fuera posible y respondiendo con sinceridad a sus preguntas.

Y la muerte inesperada o repentina: aquella que llega en la infancia, la adolescencia o en la edad adulta, pero sin que la persona haya llegado al fin de su ciclo vital, es la muerte que no avisa y no nos da tiempo a prepararnos. En esos casos se ha de ayudar a aceptar la noticia y verbalizar nuestro propio desconcierto y dolor, para ayudarlos a entender que también las personas adultas, necesitamos un tiempo para aceptar lo inesperado. Hay muertes que llegan serenamente, buenas muertes que cierran el ciclo de vida, *El libro de las horas de Jacominus* y *El árbol de los recuerdos* nos hablan de la vida y la muerte explicada en un caso por su protagonista y en el otro, por sus amigos.

### ¿Cuándo tratar el tema?

En el día a día, en momentos significativos, como aniversarios, cuando acontece una pérdida: cambio de domicilio, de país, accidente, noticia, siempre que quede en evidencia la vulnerabilidad de la persona. Siempre que surja el tema y sea necesario atender las preguntas del alumnado.

Pero hay que dar un paso más y tenerlo presente en los currículos y crear una programación de centro sobre el cambio, la transformación, las pérdidas y la muerte. Podemos tratar estos temas desde distintas áreas curriculares: naturales, biología, educación física, química, cuando estudiamos los ciclos de la naturaleza, el ciclo del agua, la erosión del terreno, la orogénesis, los mamíferos, los cambios en el crecimiento, el reino animal, qué come, cómo vive, cómo se reproduce y también cuándo y cómo muere. Y evidentemente también desde la filosofía, la asamblea de clase, la tutoría, lengua, la plástica...

### El camino hacia la muerte digna. DMD.

Durante la última sesión volvemos a la reflexión personal que iniciamos al principio “ante el tema de la muerte, tenemos necesidad de tomar conciencia de los propios antecedentes, miedos y prejuicios”. Hay que enfrentar nuestra propia finitud antes de trabajar el tema con nuestro alumnado.

Así reflexionamos sobre si hay buena muerte y mala muerte, sobre la muerte deseada, la que pone fin al sufrimiento y sobre la muerte digna a partir del testimonio de María José Carrasco y Ángel Hernández.

El visionado de *La dama y la muerte*, un corto de Javier Recio, nos posibilitará hablar del derecho a la autonomía y el respeto a las decisiones de la persona enferma.

Para finalmente preguntarnos qué entendemos por muerte digna. Conocer los derechos que tenemos al final de vida y los que aún nos faltan. Debatir sobre la Eutanasia. Ver cuál es la situación legal en nuestro país y los países donde está legalizada. Aclarar conceptos. Y conocer qué es el Documento de Voluntades anticipadas (DVA) y por qué es importante realizarlo.

---

### Bibliografía citada en el artículo

**BAWIN, Marie-Aline.** *L'avi d'en Tom ha mort.* Combel, 2000.

**DE CALI, Davi; BLOCH, Sergi.** *El hilo de la vida.* Ediciones B, 2017.

**CARRASCO, Aitana.** *Ramona la mona.* Fondo Cultura Ec de España, 2006.

**DURÁN, Montserrat.** *Adéu Flap.* Cruilla, 2013.

**DUTREMER, Rébecca.** *El llibre d'hores de Jacominus.* Baula, 2018.

**HELLAND, Elisabeth; SCHNEIDER.** *Soy la vida.* Barbara Fiore, 2017.

**HELLAND, Elisabeth; SCHNEIDER.** *Soy la muerte.* Barbara Fiore, 2017.

**LABBÉ, Brigitte; PUECH, Michel; AZAM, Jacques.** *La vida i la mort.* Cruilla, 2002.

**MADDEM, Eric.** *El senyor mort dins d'una avellana.* Art Blume, 2007.

**RAMÍREZ, Ana-Luisa.** *Així és la vida.* Dialogo, 2005.

**SÉNÉGAS, Stéphane.** *L'efímera.* Takatuka, 2016.

**TECKENTRUP, Britta.** *El árbol de los recuerdos.* Nube ocho, 2015.

**MIRET, Angels.** *El centro educativo en duelo.* Tarannà, 2020.

---

Literatura  
infantil



# El tema de la muerte en el libro álbum

En los últimos años, junto a la proliferación del libro álbum, la literatura infantil ha abordado el tema de la muerte más a menudo, alejada de tópicos y tabúes; en todos los casos analizados esta se trata con claridad, sin eufemismos y con calma. Y trata de mostrarla, de muchas maneras distintas, como el hecho natural que es

Laura García Sánchez\*

## Introducción

La literatura infantil ha evolucionado mucho en las últimas décadas, lo que ha dado lugar al surgimiento del libro álbum como género literario más utilizado actualmente, creando un receptor mixto que engloba todas las edades, y abarcando una temática que recoge los temas más desaparecidos y complicados en la literatura infantil, siendo uno de ellos la muerte. La comprensión del concepto “muerte” varía según el desarrollo humano. En dicho género literario, tanto la ilustración como su relación con el texto son fundamentales para otorgar un significado u otro al conjunto del libro. Analizando álbumes en los que la muerte es el eje principal sobre el que gira la historia, he podido concluir que, en estos, se desmitifican muchos de los tópicos y creencias sobre cómo se muestra en la literatura para niños y niñas.

La muerte como tema principal, no como un aspecto secundario ni escondido. Facilitar su comprensión e inves-

tigar si en la literatura infantil se trabaja para llegar a su desmitificación a través de los textos e ilustraciones que componen los libros.

## El niño y la muerte

Generalmente, los niños comienzan a hacerse preguntas sobre la muerte cuando ven por primera vez un ser vivo muerto. Estas cuestiones que se hacen, suelen ser respondidas por un adulto o un niño cercano a él, siendo estas dos vías sus principales fuentes de información. Más tarde, también obtendrá datos del ambiente sociocultural en el que se desarrolla. Dicho concepto es abstracto y complejo, por lo que debemos tener en cuenta aspectos como la edad, la sociedad, la religión, la cultura y educación.

Aproximadamente a los dos años, se desconoce el concepto de la muerte como tal, ya que es vista como un

\* Maestra.

acontecimiento reversible, y se relaciona con un viaje o un sueño. Sí que son capaces de percibir la ausencia de las personas que ya no están y eran significativas para ellos. De cualquier forma, se creen invulnerables ante el hecho de morir, e inmortales, como si nunca fuera a ocurrirles a ellos.

Cuando el habla ya está establecida, a los tres años, equiparan la muerte al dormir, y la asocian con la posición de estar acostados y con los ojos cerrados. Comprenden la muerte como algo de un rato y no son conscientes de su irreversibilidad. Es hacia los cuatro años cuando el niño usa la palabra muerte y la asocia a pena y tristeza.

A los cinco años el concepto se hace más preciso, hay una relación entre la muerte y la idea de final, aunque normalmente se piensa que es un proceso reversible. Intuitivamente relaciona la muerte con la edad, y piensa que cuanto más anciana es una persona, antes se acerca a la muerte.

### Personajes que tradicionalmente estaban ligados al miedo y al terror, como el personaje de la muerte, aparecen descritos de manera amable y simplificada

como algo universal, y tienen dudas sobre su propia naturaleza orgánica. Posteriormente, tienden a investigar y muestran interés hacia las posibles causas de la muerte: enfermedad, vejez, violencia... e irán intuyendo que ellos también morirán, aunque lo ven como un acontecimiento lejano.

Hacia los ocho o los nueve años, se comienzan a plantear qué sucede después de la muerte, y les llaman la atención aquellas partes biológicas que marcan nuestra vida, como la respiración o el latido del corazón. A partir de los nueve años los niños ya aceptan la muerte como ley universal.

Es en la adolescencia cuando se preguntan por el sentido de la vida, y, si sufren alguna pérdida cercana, a temer por la suerte de los que han sobrevivido. Durante esta época suelen mantener conversaciones con gente de su edad sobre la muerte, la agonía o los hechos heroicos, incluso es posible que aparezcan miedos a catástrofes, guerras, enfermedades, violencia... en general, al miedo y al sufrimiento. Una posibilidad es que aparezcan estos miedos porque comienzan a darse cuenta de lo que ocurre en otros lugares de la Tierra gracias a los medios de comunicación.

De los cinco a los nueve años, entienden la muerte como algo irreversible, pero que les ocurre a todos los demás, pero no a sí mismos. Descubren la muerte real de los demás. Muchos tienden a personificar como si la muerte fuera un personaje maléfico que los puede atrapar y hacerles daño. No tienen el concepto de la muerte

## Análisis de libro álbum

Con la introducción del libro álbum en el mercado de la literatura, muchos son los aspectos que hay que analizar para llegar a una comprensión y clasificación certera de dicho género literario, ya que su desarrollo ha sido masivo hasta hoy en día, innovando constantemente en todos los aspectos, donde la imagen complementa al texto para ofrecer gran parte de la información. Dos códigos; imagen y texto para contar la historia a todos los públicos.

Las ilustraciones han experimentado una evolución notable y son muchas las técnicas y recursos que podemos utilizar hoy en día para tratar un mismo tema. La imagen de la muerte en los álbumes ha sido descubierta de varios modos. El análisis ha dado lugar al descubrimiento en los libros de la muerte como algo natural, sobre lo que debemos hablar con los niños sin tapujos para no crearles miedos, dudas e inseguridad. Poco a poco se ha



ido destapando dentro de la literatura infantil, y más concretamente, se ha abierto un hueco en la temática utilizada en gran número de libros-álbum. La variación de las ilustraciones y las técnicas utilizadas para llevarlas a cabo hace que el lector se cree una representación conceptual que varía mucho según cómo se exprese la imagen y el texto en el libro álbum. Uno de los recursos que observamos en las obras es la introducción de algunos detalles que contrarrestan lo doloroso de lo escrito, como imágenes divertidas o humorísticas. De esta manera, personajes que tradicionalmente estaban ligados al miedo y al terror, como el personaje de la muerte, aparecen descritos de manera amable y simplificada.

En todas ellas se utiliza una imagen natural y sincera del concepto de la muerte, sin negar el dolor que puede causar al doliente. De esta forma, el libro álbum es un buen recurso para tratar la muerte en la educación infantil, pues es motivador y se introduce en el lenguaje expresivo y visual del niño de una forma clara y concisa. Por ello, es capaz de mantener la atención del receptor y le provoca emociones variadas dependiendo de la forma en la que expresa lo sucedido.

La muerte ha sido un tema de escasa tradición en la literatura infantil, pero a medida que nos acercamos al presente, van apareciendo más autores e ilustradores que son capaces de plasmar en el libro álbum la muerte como el final del ciclo de la vida. En los últimos años se han producido grandes cambios en la literatura infantil y su contenido. Además de los libros tradicionales que todavía pueden ser de gran utilidad para la enseñanza de los niños, ha ido surgiendo un nuevo concepto de

literatura infantil y juvenil en la que se busca ir más allá, y abordar otros temas y estilos. Muchas de las editoriales son de reciente creación, y los autores que se aventuran a tratar el tema de la muerte en sus obras también son todos de la época actual. Debido a los cambios sociales y en la educación, se han introducido temas hasta hace unos años censurados en los medios educativos y familiares, y a través de los cuales se puede responder a los intereses actuales de los niños. En la actualidad existe una tendencia real que consiste en romper tabúes, tomarse a los niños en serio, tratarlos como aliados y hablarles de cosas de las que no se les hablaba antes para conseguir su comprensión y no crearles dudas o inseguridades, como el tema de la muerte.

**En la actualidad existe una tendencia real que consiste en romper tabúes, tomarse a los niños en serio, tratarlos como aliados y hablarles de cosas de las que no se les hablaba antes**


En ninguno de los títulos analizados la muerte aparece dibujada como podía pensarse hace unos años: oscura y cubierta, sospechosa, aterradora y acompañada con una guadaña en su mayoría de veces. Por el contrario, hemos podido observar que en todos ellos se trata de forma tranquila y clara, no como algo a lo que debemos temer.

Estos aspectos contribuyen a la desmitificación y normalización dentro de la literatura infantil de un hecho natural y cotidiano. El tema de la muerte, tradicionalmente oculto y negado a los ojos de los niños, puede ser comprendido con la lectura de estos libros álbum, que ayudarán al menor a elaborar y desdramatizar el concepto de la muerte, comprendiendo además la finitud de cualquier ser vivo y aprovechando del tiempo que tenemos por vivir.



| TÍTULO  | AUTORÍA                       | AÑO  | EDITORIAL             |
|---|-------------------------------|------|-----------------------|
| <i>El ángel del abuelo</i>                              | Jutta Bauer                   | 2002 | Lóquez                |
| <i>¡Buenas noches, abuelo!</i>                          | Roser Bausà y Carme Peris     | 2004 | Lóquez                |
| <i>Como todo lo que nace</i>                            | Elisabeth Brami y Tom Schamp  |      | Kókinos               |
| <i>¿Dónde van los globos?<br/>Un misterio de altura</i> | Jamie Lee y Laura Cornell     | 2003 | Serres                |
| <i>El pato y la muerte</i>                              | Wolf Erlbruch                 | 2007 | Bárbara Fiore Editora |
| <i>Paraiso</i>  | Bruno Gibert                  | 2009 | Los cuatro azules     |
| <i>El libro triste</i>                                  | Michael Rosen y Quentin Blake | 2004 | Serres                |
| <i>Mi abuelo Carmelo</i>                                | Daniel Torrent                | 2011 | Kalandraka            |
| <i>La caricia de la mariposa</i>                        | Christian Voltz               | 2008 | Kalandraka            |
| <i>Nana vieja</i>                                       | Margaret Wild y Ron Brooks    | 2000 | Ediciones Ekaré       |

**MANTÉN  
VIVAS TUS  
IDEAS  
CUANDO YA  
NO ESTÉS**



**Haz un testamento solidario**

Gracias a ti seguiremos luchando por los  
derechos al final de la vida

PUEDES DONAR PARTE DE TU  
HERENCIA O HACER UN LEGADO



# Carta al Director

Estimado Fernando Soler:

**E**n primer lugar, queremos agradecer a la revista de DMD por publicar todo aquello que contribuye a aumentar nuestro conocimiento y a estimular nuestra capacidad crítica en torno al final de la vida y el derecho a morir dignamente. El debate siempre enriquece y el artículo "Eutanasia y feminismo" nos ha interpelado, aunque contiene expresiones tan categóricas que no parecen querer dejar margen para la discusión.

La autora abre el texto afirmando que colectivos feministas "que no lo son en absoluto", se han reapropiado del lema "mi cuerpo es mío y yo decido", nacido para reivindicar el derecho a la interrupción voluntaria del propio embarazo, para defender "causas profundamente patriarcales" como la reivindicación de leyes para proteger los derechos de las mujeres que ejercen la prostitución o de las que se prestan a una gestación subrogada. Nos sorprende que se descalifique a una parte importante del movimiento feminista que defiende el derecho a la gestación por sustitución, cuando esta se realiza por decisión libre, y que defiende también los derechos de las personas trabajadoras del sexo, sin criminalizarlas.

En el escrito, además de atribuirse la competencia para definir los límites del verdadero feminismo, considera que "... es posible evitar la manipulación patriarcal que cosifica a las mujeres para que sean ellas mismas las que acepten "ponerse" a disponibilidad de terceros". Pues bien, siendo cierto que las decisiones que tomamos nunca son totalmente libres porque, entre otras cosas, las desigualdades sociales y económicas en una sociedad tan poco equitativa las condiciona, debemos preguntarnos ¿supone hoy esa "manipulación patriarcal" la anulación de nuestra capacidad de decidir? y continuando con esa lógica ¿quién debe protegernos de nosotras mismas?

Aquellas personas que antes se oponían a legislar y ahora se oponen a la ley que facilita la ayuda para morir a quienes lo solicitan, esgrimen dos argumentos clásicos. En primer lugar, que nadie puede disponer de su vida hasta el punto de poder quitársela, porque esa potestad solo la tiene la naturaleza, su dios, la sociedad, las personas expertas, etc. Y en segundo lugar que no se debe legalizar la ayuda para morir hasta que el sistema sanitario no disponga de cuidados paliativos para todas las personas, porque si no es así, la tendencia será a quitarse la vida en lugar de seguir viviendo. Un planteamiento irracional y otro maximalista avalaron durante muchos años que muchas personas vieran y murieran sin que se atendieran sus voluntades, en situaciones peligrosas y clandestinas, dependientes de las concesiones de profesionales o de familiares y, a menudo, en soledad y abandono. Ya no hay prohibición, y tampoco se ha liberalizado plenamente, sin embargo, ahora habrá más personas cuyos proyectos de vida quedan amparados por la ley y que tendrán la seguridad de que la sociedad está atenta a que sus derechos se protejan y se promuevan. Nosotras, como feministas, no tenemos todo claro con res-

pecto a la prostitución y a la gestación subrogada. Sabemos que muchas mujeres que trabajan como prostitutas y que se prestan a la gestación subrogada pertenecen a clases sociales desfavorecidas y marginadas, y que son presa fácil de mafias, redes y empresas que las someten y explotan, obteniendo con todo ello grandes beneficios. Pero estas condiciones no son exclusivas de las actividades relativas a la sexualidad y la reproducción, sino ineludibles en un sistema capitalista donde la propia existencia se mercantiliza, y casi todos los trabajos generan sometimiento y explotación, en diferentes grados. Nosotras deseáramos que esto no fuera así, porque humanamente no debería ser así. Pero la realidad es que estas cuestiones ocurren cada día, todos los días. Y no nos parece una rendición ni un equívoco la reivindicación de que "mi cuerpo (mi vida) es mío y yo decido" en este contexto que nos toca vivir, ni la utilización de las leyes como herramienta para mejorar las condiciones de vida de las personas.

Las posturas maximalistas permiten a quienes las defienden no caer en contradicciones. Pero la realidad es otra: cualquiera que baje del pedestal de las ideas y se asome al mundo sabe que la vida es confusa y cambiante. Es tan bueno como necesario tener objetivos a largo plazo, ideales, pues nos mueven a seguir luchando. Pero no podemos quedarnos en ellos por miedo a que, si tomamos caminos intermedios, no los alcanzaremos. El problema es que mientras haya mujeres desprotegidas, mujeres violentadas, mujeres maltratadas y abandonadas por el sistema, necesitaremos leyes que las amparen, necesitaremos asociaciones, sindicatos y organizaciones que las protejan, fondos para que puedan trabajar, órganos en los que se defiendan sus derechos. Y conseguir esto sería una victoria en sí misma, pero no lo planteamos como el fin del camino. Nos queda mucho por hacer: educar a las nuevas (y viejas) generaciones para que ni la prostitución se considere una opción válida a la hora de mantener relaciones sexuales, ni la gestación subrogada a la hora de reproducirse, generar un sistema que dé alternativas a las mujeres precarizadas para que estas no sean las únicas salidas a su situación, lograr representación de estos colectivos en los órganos legislativos y ejecutivos de nuestro país...

La autora afirma en su artículo que "precisamente, quienes nos oponemos a la prostitución, a la pornografía y a los vientres de alquiler sostenemos que un individuo tiene prohibido pretender su propia instrumentalización y que por encima de la voluntad individual está la salvaguarda de la dignidad humana, aun en contra del deseo particular de un individuo". Esta afirmación solo puede hacerse desde la incompreensión hacia la realidad social de muchas mujeres. Pero, además, existe una contradicción de base entre ser feminista y prohibir, ¿desde cuándo nos hemos convertido en las que dicen a las mujeres lo que deben y no deben hacer? No es con prohibiciones como se cambia la realidad, es proporcionando alternativas, con formación, creando estructuras que los amparen. Las personas deberíamos no querer nuestra propia instrumentalización porque tuviéramos los medios, proporcionados por el feminismo, para identificarla, y plantearnos alternativas. La Historia nos ha

demostrado que nada bueno se construye mediante prohibiciones y nunca fue el objetivo del feminismo como movimiento social hacerlo de esta manera.

Plantear como fin último y único la abolición es tan utópico como contraproducente, y considerar menos feministas a aquellas que buscan alternativas “posibilistas” a estos problemas, que existen en el día a día en la sociedad y no solo como dilemas imaginados, es contraproducente contra el movimiento feminista en sí mismo. Cuando las feministas pedían el voto a la mujer también salían a manifestarse, organizaban clases y conferencias para exponer sus ideas; cuando pedían el aborto también se aseguraban de que las

mujeres que debían hacerlo ilegalmente lo hicieran en las mejores condiciones posibles; y cuando pedían protección para las mujeres maltratadas, seguían gestionando refugios para que pudiesen escapar de su situación. El objetivo último nunca debe paralizar aquello que podemos hacer para mejorar la vida de las mujeres que sufren hoy. Sería conveniente que cada una reflexionara antes de acusar a nadie de no ser feminista, y reconociera que si estamos hoy aquí es gracias a todas las que vinieron antes y que no se limitaron a refugiarse en ideales, sino que bajaron a mancharse al barro de las contradicciones.

Concha Castells Carrillo y Mabel Marijuán Angulo

## El director responde

El artículo de Ana C. Pollán, “Eutanasia y feminismo”, publicado en el número 84 de la Revista DMD, al que hacen referencia las compañeras Concha Castells y Mabel Marijuán tenía y tiene, a mi juicio, el valor de reflexionar sobre la conexión profunda entre dos reivindicaciones propias de sociedades avanzadas que afectan profundamente al núcleo de la dignidad personal: el derecho de cada persona a tomar el control de su propia vida hasta decidir libremente el momento y la forma de ponerle fin y el derecho de media humanidad a no seguir siendo discriminadas por el hecho de ser mujeres; a poder vivir en condiciones reales de igualdad con la otra mitad.

Comparto con la autora su análisis diferenciando la libertad real de actuar sin más atadura que la propia conciencia, de *la necesidad* que obliga a actuar en determinado sentido. También el rechazo a identificar como *trabajo* lo que es mera explotación esclavista y, consiguientemente, el que sea la libertad de actuar el nexo que situaría en un mismo plano, según algunos, el derecho a renunciar a la propia vida cuando deja de ser un bien deseable y prácticas como la prostitución o la gestación subrogada (“vientres de alquiler”) que, sin negar que en algún caso puedan responder a una voluntad autónoma, incluso altruista en el segundo caso, son prácticas que de suyo poco tienen que ver con la libertad, como demuestra el hecho de que *el beneficio* y *el riesgo* de tales prácticas siempre caigan de los mismos lados.

Especialmente relevante me pareció –y me parece– la identificación que la autora hace de la eutanasia como un instrumento de transformación social, como lo es la vindicación de la igualdad entre los sexos. Hasta tal punto que podrían servir los avances en ambas reivindicaciones como medida del nivel democrático que alcanzan las sociedades humanas.

Sin que ello me exima de ninguna responsabilidad que pueda reclamárseme por la decisión de publicar el artículo en cuestión, lo cierto es que ha recibido más parabienes de parte de lectoras –y lectores– que ningún

otro de los publicados desde que soy responsable de la revista. Lo que no significa, como es evidente, que haya gustado a todas.

Lamentablemente, dentro del movimiento feminista (pero también del proeutanasia en el mundo, no nos hagamos ilusiones) se dan diferentes planteamientos en cuestiones muy relevantes. Diferencias que llegan a constituir barreras insalvables que hacen imposible el mero reconocimiento mutuo como integrantes de un mismo colectivo con un único objetivo común, aunque diversas estrategias para lograrlo.

De la acritud que alcanza tal desencuentro da buena idea la frase “... otros colectivos autodenominados feministas (sin serlo en absoluto)...” que Ana C. Pollán dedicaba a quienes aplican el eslogan clásico “mi cuerpo es mío y yo decido” para defender el *derecho* a ejercer la prostitución o a gestar hijos para otras personas. Y este es el punto en que debo asumir el error de no haber previsto que tal descalificación pudiera –como efectivamente ha hecho– ofender a alguna lectora que, con el mismo derecho a “autodenominarse” con uno u otro adjetivo definitorio, piensan bien diferente. A la vista está.

Como responsable actual de la revista de DMD, lamento y pido disculpas a las compañeras que se han sentido ofendidas por no haberlo previsto y evitado la frase de marras. Lo asumo como un error personal que lamento, sobre todo porque tengo la certeza de que la autora no habría tenido inconveniente en evitarla de habérselo pedido y también porque creo que no conduce a nada positivo concederse o negarse carnés entre quienes comparten el objetivo de una causa justa.

Sobre las razones que puedan esgrimirse para situarse políticamente respecto a la prostitución o a la gestación vicaria considero que quedan suficientemente explícitas las de unas y otras. Nuestras lectoras (y lectores) son mayores de edad y capaces de tomar sus propias decisiones respecto a esta cuestión como respecto a cualquier otra.

# Por el derecho a una muerte digna *¡Asóciate!*

## Asociándote a DMD apoyas:

- La libertad, la autonomía personal y **el derecho a decidir sobre el final de la propia vida**
- Promover que la **buena muerte** se convierta en un **derecho humano**
- La **despenalización de la eutanasia** y el suicidio asistido
- El **asesoramiento gratuito** sobre derechos sanitarios y toma de decisiones al final de la vida
- **Superar el tabú de la muerte** a través de información y actividades (*pedagogía de la buena muerte*), para fomentar que **la ciudadanía tome sus propias decisiones con libertad**

Si decides apoyar a DMD **te mantendremos informado** sobre novedades y actividades a través de boletines y la revista. Además **puedes recibir a asesoramiento médico especializado** para la toma de decisiones al final de la vida y pasados tres meses de antigüedad puedes solicitar la guía de muerte voluntaria.

## Contacta con el grupo más cercano

### DMD FEDERAL

✉ [informacion@derechoamorir.org](mailto:informacion@derechoamorir.org)  
☎ 91 369 17 46  
Puerta del Sol 6, 3º IZDA | 28013 Madrid

### DMD ANDALUCÍA

✉ [dmdandalucia@derechoamorir.org](mailto:dmdandalucia@derechoamorir.org)  
☎ 689 101 113

### DMD ARAGÓN

✉ [dmdaragon@derechoamorir.org](mailto:dmdaragon@derechoamorir.org)  
☎ 660 236 242  
Apartado de Correos 14011 | 50080 Zaragoza

### DMD ASTURIAS

✉ [dmdasturias@derechoamorir.org](mailto:dmdasturias@derechoamorir.org)  
☎ 689 308 665

### DMD CATALUNYA

✉ [dmd@dmd.cat](mailto:dmd@dmd.cat)  
☎ 934 123 203  
Av. Portal de l'Àngel, 7 - 4ºN | 08002 Barcelona

### DMD CIUDAD REAL

✉ [dmdciudadreal@derechoamorir.org](mailto:dmdciudadreal@derechoamorir.org)

### DMD EUSKADI

✉ [dmdeuskadi@derechoamorir.org](mailto:dmdeuskadi@derechoamorir.org)  
☎ 635 738 131  
Araba nº 6 semisótano. | 48014 Bilbao

### DMD GALICIA

✉ [dmdgalicia@derechoamorir.org](mailto:dmdgalicia@derechoamorir.org)

### DMD MADRID

✉ [dmdmadrid@derechoamorir.org](mailto:dmdmadrid@derechoamorir.org)  
☎ 91 369 17 46  
Puerta del Sol, 6 - 3º Izda. | 28013 Madrid

### DMD NAVARRA

✉ [dmdnavarra@derechoamorir.org](mailto:dmdnavarra@derechoamorir.org)  
☎ 696 357 734

### DMD SALAMANCA

✉ [dmdsalamanca@derechoamorir.org](mailto:dmdsalamanca@derechoamorir.org)

### DMD COM. VALENCIANA

✉ [dmdvalencia@derechoamorir.org](mailto:dmdvalencia@derechoamorir.org)  
☎ 608 153 612 / 962 023 912  
C/Pérez Pujol, 10, 3er pis 6D | 46002 | València



**#LIBRES**

**HASTA EL**

**FINAL**

ASOCIACIÓN **DERECHO A**  
**MORIR DIGNAMENTE**

 [twitter.com/derechoamrir](https://twitter.com/derechoamrir)  
Síguenos

 [facebook.com/derechoamrir](https://facebook.com/derechoamrir)  
Hazte fan

[www.derechoamrir.org](http://www.derechoamrir.org)

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE