

EN PRIMERA PERSONA

«Lo siento,
quisiera vivir,
pero así
no puedo»

ENTREVISTA CON

Geno Ochando
Gobierno de Navarra
«Tenemos que
hablar mucho
más de la muerte»

EN CONTEXTO

Fernando Marín,
Médico
«La eutanasia es
una experiencia
hermosa»

REPORTAJE

Para que la **EUTANASIA**
funcione

¿CÓMO SOLICITAR UNA

EUTANASIA?

¿QUÉ ES EL

TESTAMENTO VITAL?

VULNERACIÓN DE

DERECHOS

SANITARIOS

¿CÓMO PUEDO AYUDAR?

38 AÑOS INFORMANDO
A LA CIUDADANÍA

dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

CONTÁCTANOS
91 36 91 746
informacion@derechoamrir.org

Nuevos tiempos, nueva revista

Este junio se cumple un año de la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE). Es una ley muy garantista, a veces en exceso, pero ha permitido que muchas personas mueran como querían. Las historias que hemos conocido en este tiempo dan la medida de hasta qué punto era necesaria.

Algunos colectivos vaticinaron catástrofes: avalancha de casos, pendiente resbaladiza, coacciones y una política de descarte de los más vulnerables. El primer año de la ley constata que estas advertencias eran puros fantasmas ideológicos. No cesa, sin embargo, la beligerancia contra la ley y el sentir mayoritario de la ciudadanía por parte de integristas de todo pelaje. La encuesta más reciente, de la agencia demoscópica 40dB, estima que al 64% le parece bien o muy bien la LORE, un 15,7% la califica de «regular» y solo un 20% la rechaza.

En los últimos doce meses, las comunidades han tenido que desarrollar los instrumentos para hacer efectivo el derecho a la eutanasia. Por desgracia, no todas han afrontado el reto con la misma dedicación ni intensidad. En algunas la ley funciona bien y en otras muy mal. Parece que, con el paso de los meses cada vez son más las autonomías en el primer grupo. La LORE avanza. DMD, por su parte, ha trabajado en muchos frentes para apoyar al máximo la implantación de la ley. La asociación ha seguido la situación en cada comunidad, ha denunciado errores y dificultades, ha presentado propuestas de mejora a las administraciones e informado tanto a la ciudadanía como a profesionales sanitarios. Por descontado, también ha asesorado y acompañado a aquellas personas asociadas que han necesitado ayuda para ejercer su libertad al final de la vida.

La ley de eutanasia supone un cambio de era para DMD, un cambio del que esta revista no podía quedar al margen. Cerramos una larga etapa, marcada por una riqueza de aportaciones teóricas y reflexivas en apoyo a la libre disposición de la propia vida, y abrimos una diferente. En este nuevo entorno, al amparo de la ley de eutanasia, la revista de DMD pretende ser tanto un observatorio de la realidad como un instrumento de reflexión.

En este primer número de la nueva etapa hemos querido ofrecer una fotografía de la situación actual desde dos perspectivas: recopilando los datos disponibles sobre el primer año de la LORE y, además, ofreciendo las experiencias de quienes han vivido la eutanasia en primera persona.

Tras un año de muerte asistida tenemos una convicción: en los territorios donde se trabaja con honestidad y seriedad, la ley funciona. ■

Revista **dmd**

Edita: **Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente**

Puerta del Sol, 6, 3ª izda. 28013 Madrid
Tf. 91 369 17 46

informacion@derechoamorrir.org

www.derechoamorrir.org

Coordinación: Loren Arseguet

Redacción: Borja Robert, Fernando Marín, Mercedes Martín, Fernando Pedrós, Fernando Soler, Loren Arseguet, Montserrat Hernández, Pau Garcés.

Diseño y maquetación: Javier Ureña

Impresión: AFANÍAS Gráficas y Manipulados S.L.U.

Calle Aeronáuticas, 15 – Polígono Urtinsa II – 28923 Alcorcón (Madrid)

ISSN 2171-5947 ● Depósito legal M-20421-2010

MOVIMIENTO CIUDADANO

POR
LA

BUENA MUERTE

¡Asóciate!
Tendrás acceso a
asesoramiento
especializado sobre
decisiones al final
de la vida.
Te informamos de
las novedades y
actividades a través
de la revista y
boletines.
Pasados tres meses
de antigüedad
podrás solicitar la
guía de muerte
voluntaria.

*Solo nos financiamos
con tu apoyo*

Hoy en día, **se muere bien, regular o mal**, dependiendo del **equipo médico** que te toque y de **la planificación** que hayas hecho. La muerte continúa siendo un **tabú**, no se respeta plenamente la **autonomía del paciente**, existen muchas **trabas** para iniciar una petición de **eutanasia** y la ley no cubre todos los supuestos.

EL TRIBUNAL SUPREMO DESTACA LA LABOR DE DMD

El **asesoramiento** de las personas al final de su vida es una **promoción del derecho a la vida**, tanto más necesario en cuanto los poderes públicos no presten dicha asistencia.

Tribunal Supremo 141/2021

Con solo 50€ al año consigues que:

- **ASESOREMOS** sobre derechos al final de la vida
- Vigilemos el **CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES**
- Impulsemos **MEJORAS LEGISLATIVAS**
- Defendamos el **DERECHO** a la **DISPONIBILIDAD** de la propia vida y a **MORIR** con dignidad

¡ÚNETE!

+ Info: 91 36 91 746

*ESCANEA EL
CÓDIGO PARA
ASOCIARTE*



derechoamorir.org

*También
puedes
asociarte aquí*

dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE



Foto: Crazylegs14



REPORTAJE / PARA QUE LA EUTANASIA FUNCIONE 6

En algunas comunidades la LORE ya se aplica con normalidad. Analizamos por qué.

ENTREVISTA / «TENEMOS QUE HABLAR MUCHO MÁS DE LA MUERTE» 12

Geno Ochando, Responsable del Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantía del Gobierno de Navarra.



EN PRIMERA PERSONA / «VIVIR ES SENTIR, PENSAR, ELEGIR, COMUNICAR Y COMPARTIR» 15

Experiencias al tramitar una eutanasia, contadas por las personas solicitantes o sus familiares.

REPORTAJE / AYUDAR A MORIR: PIEDRAS EN EL CAMINO 18

¿Por qué hay sanitarios que objetan pese a no estar en contra de la eutanasia?



EN CONTEXTO / LA EUTANASIA ES UNA EXPERIENCIA HERMOSA 22

Texto: Fernando Marín, médico y vicepresidente de DMD.

ELLA NO ERA VULNERABLE 24

Texto: Mercedes Martín, médica y socia de DMD.



ESTACIÓN TERMINAL / TENEMOS LEY DE EUTANASIA O TODAVÍA NO 27

Tribuna de Fernando Pedrós, periodista y filósofo.

UN AÑO DE LEY DE EUTANASIA / ¿QUÉ SABEMOS? 28

Toda la información disponible sobre la aplicación de la LORE desde su entrada en vigor.

NOTICIAS INTERNACIONALES 34

Repasamos las noticias sobre derechos al final de la vida en el mundo.

CULTURA 40

¿Cómo se trata la eutanasia, la disponibilidad de la propia vida o los derechos sanitarios a través del arte, el cine o la literatura?



PARA QUE LA *eutanasia* funcione



Montserrat Massana decidió que había llegado el momento de morir. Lo había hablado mucho con su familia, que la apoyaba. Tenía esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Cerca del final «no le funcionaba el diafragma, no podía estornudar, no podía toser, no podía reír, no podía pedir las cosas», explicó su hija, Alba, a TV3, unos días después de su muerte asistida. «Cuando salió la ley [de eutanasia] fue como ¡guau! Ahora existe esta posibilidad». Decidió solicitarla al poco tiempo.

Montserrat murió a principios de septiembre, en su casa, acompañada de su familia. Su marido, Francesc Tomàs, explicó a TV3 que se despidieron con una canción, todos juntos, como ella había pedido. «Agradecí

En algunas comunidades la LORE ya se aplica con normalidad. El trabajo previo, la elaboración de protocolos claros, capacidad de adaptación y la designación de personas de referencia marcan la diferencia.

mucho poder estar con ella, cuando se fue y en los momentos previos», explicó su hijo Eloi. «Estuvimos cantando y llorando e incluso riendo... Fue un buen cierre».

«Las cosas bien hechas»

Quionia Villar, su médica de familia, acompañó a Montserrat durante todo el proceso y también fue quien la ayudó a morir, junto a una enfermera. «Nuestra sensación es que hemos hecho las cosas bien. Se ha ido en paz, como ella quería, y no se ha ido porque no amase la vida», explicó a la televisión.

La muerte asistida de Montserrat Massana es un ejemplo de cómo debe tratarse una petición de eutanasia. Se cumplieron los plazos, se res-

petó su voluntad y pudo despedirse como quiso. «Para ella fue liberador», aseguró su marido.

No todas las peticiones del primer año de la ley han sido así. En muchos casos, los trámites han causado un gran sufrimiento adicional. Trabas, complicaciones, ninguneos, evaluaciones injustas u objeciones de conciencia en masa han convertido algunas solicitudes en una carrera de obstáculos. A veces es por mala suerte, pero a menudo tiene más relación

con el lugar donde se vive: no todas las comunidades autónomas se han esforzado igual para garantizar este nuevo derecho.

Diferencias entre comunidades

Las cifras –no oficiales– publicadas en prensa y la información que ha recabado DMD dibujan una Ley de eutanasia con implementaciones muy diversas. Las comunidades están en un espectro que va desde las que lo están haciendo bien, como Cataluña, País Vasco y Navarra, donde se aplica con normalidad, hasta las que tienen mucho que mejorar, donde destacan Madrid y Andalucía.

No es que las que lo hacen mejor no encuentren dificultades;

“Agradecí poder estar con ella cuando se fue y en los momentos previos. Fue un buen cierre.”

estas han surgido en todas partes y son normales –es un nuevo derecho y una nueva práctica clínica–. Lo que las distingue es que hicieron un buen trabajo previo y que, gracias a este,

han anticipado problemas y establecido mecanismos eficaces para resolver los que surgen. Cuando una persona implicada en una petición de ayuda para morir se topa con un obstáculo, tiene a quién acudir.

«Hubo que hacer muchísimas cosas en muchos ámbitos», explica José Luis Quintas, viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco, responsable de la implementación de la LORE en Euskadi. «Y hubo que hacerlo rápido porque la ley daba un plazo de tres meses». Andalucía, por su parte, se tomó ocho meses para cumplir con el mínimo.

Problemas y dificultades

Los problemas que han surgido durante el primer año son muy variados: pacientes cuyo médico no quiere recoger su solicitud de ayuda para morir, ni está dispuesto a remitirla a la dirección médica de su centro; plazos que no se cumplen; informes negativos mal justificados; objeciones «de conveniencia»; la exigencia de requisitos no previstos por la ley o, incluso, instituciones que se niegan a que una eutanasia pueda practicarse en sus instalaciones.

El personal sanitario también afronta sus propios retos. Muchos no tienen formación específica sobre la eutanasia, ni cuentan con



Montserrat Massana.



quién pueda dársela. En ocasiones, se encuentran con que en su comunidad no hay a quién consultar para resolver dudas. Otros no tienen tiempo para atender una prestación de ayuda para morir y sus jefes no están dispuestos a despejar su agenda. A veces no saben cuáles son sus obligaciones en una muerte asistida, qué deben incluir en sus informes o se enfrentan a una Comisión de Ga-

“*Todas las comunidades han encontrado dificultades, la diferencia es cómo las afrontan.*”

ven el tema y proponen una postura común», explican. Después hacen públicas sus conclusiones.

En el primer año ya han tratado temas como la objeción de conciencia –recomiendan interpretarla «restrictivamente»: que solo puedan invocarla aquellos profesionales implicados en la aplicación estricta de la prestación–, la vinculación del médico consultor –no rechazan que

Comisión de Salud de Euskadi.



rantía y Evaluación (CGE) –el organismo autonómico que debe dar el visto bueno previo– que entorpece su trabajo en vez de apoyarlo.

Apoyo y consulta

En general, las comunidades donde la LORE funciona mejor tienen características comunes: han formado a suficientes profesionales sobre la eutanasia y sus procedimientos –«En Euskadi ya se ha formado a más de 5.000», indica Quintas–, han designado personas de referencia para

acompañar a sanitarios y pacientes durante la tramitación, evalúan constantemente la aplicación de la norma, hacen –y publican– recomendaciones y sus CGE no solo dictaminan sobre las peticiones de eutanasia, sino que ejercen de organismo de consulta.

La CGE de Cataluña, por ejemplo, no se limita a revisar las solicitudes que les llegan. Si identifican situaciones difíciles, o no contempladas en los protocolos, crean grupos de trabajo que consensúan una solución. «En dos o tres sesiones resuel-

el facultativo haya tenido contacto previo con la persona solicitante– o el acompañamiento –que contemplan para el paciente, su entorno y también para los profesionales implicados en la eutanasia–.

En Euskadi, por su parte, han incorporado la eutanasia como una guía faro: un mecanismo para hacer el seguimiento completo y cumplir todos los pasos de una petición de ayuda para morir desde la historia clínica del paciente. «Desde el punto de vista organizativo es una prestación más, integrada y normalizada, para

que ningún médico que reciba una solicitud pueda decir que no cuenta con el soporte necesario», recalca Quintas. «Si tenemos poca objeción es porque no hay inseguridad».

Personas de referencia

Una estrategia que comparten las comunidades donde la eutanasia funciona es designar personas de referencia sobre la eutanasia, a varios niveles (territorial, por centro de salud, hospital o área sanitaria, etc.). Son las encargadas de asesorar y orientar a los profesionales sanitarios que encuentran dificultades a la hora de abordar una solicitud de ayuda para morir.

En Euskadi, por ejemplo, las personas de referencia están asignadas a las Organizaciones Sanitarias

“Las personas de referencia son las que mejor conocen la norma y están muy motivadas.”

Integradas (OSI), que coordinan hospitales y centros de salud a nivel territorial. Durante los tres meses hasta que la LORE entró en vigor, buscaron a profesionales con ganas de ayudar a implantar el nuevo derecho. «Se buscaron voluntarios precisamente para que fuesen las personas más motivadas; además son las que mejor conocen la norma», cuenta el vicesconsejero vasco. «Su función es dar soporte, incluso emocional».

Durante el primer año de la

EL TRABAJO PREVIO, IMPRESCINDIBLE

La LORE no solo concierne a médicos, enfermeras y sus pacientes. Muchas áreas de los sistemas sanitarios autonómicos han tenido que adaptarse para incorporar la eutanasia a su cartera de servicios. Algunas –Madrid, Andalucía– hicieron lo mínimo lo más tarde posible. Otras abordaron el reto con convicción. En conjunto, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, consensuaron un ‘Manual de buenas prácticas en eutanasia’ y un ‘Protocolo de valoración de la incapacidad de hecho’, fundamental para abordar las peticiones de eutanasia mediante un testamento vital.

Cataluña empezó muy pronto a trabajar la implantación de la ley. En febrero, casi dos meses antes de su aprobación definitiva, creó el Grupo de Despliegue de la Ley de Eutanasia con el propósito de «asegurar este derecho a todas las personas que quieran ejercerlo». El grupo trabajó en tres patas: identificar todas las tareas necesarias para desarrollar la LORE, preparar al sistema sanitario para recibir las primeras solicitudes y asesorar al Departamento de Salud durante todo el proceso. Lo integraron asesores jurídicos de todas las administraciones implicadas junto a profesionales sanitarios expertos en paliativos, en medicina intensiva, en medicina de familia, enfermería, geriatría, salud mental y trabajo social. «Cataluña ha sido punta de lanza en la reivindicación de este derecho», aseguraron entonces desde la Generalitat. El Parlament de Cataluña había remitido, en 2017, uno de los proyectos de ley de eutanasia que tramitó el Congreso de los Diputados.

Este trabajo previo, que sentó las bases de cómo se abordan las peticiones de eutanasia, se notó pronto. En diciembre, el presidente de su Comisión de Garantía y Evaluación (CGE), Albert Tuca, explicó al diario El País que estaban recibiendo peticiones con «un ritmo intenso». «No es exagerado, pero tampoco es poco», matizó. «No será una situación anecdótica, pero no estamos al nivel de Países Bajos o Bélgica». Tras cinco meses con la ley en vigor, hicieron público que habían recibido más de 50 peticiones, ayudado a morir a 24 personas y denegado tres solicitudes. ■



LORE, estas personas de referencia han sido fundamentales para el buen funcionamiento de la ley, incluso donde solo existen de manera informal. Para los profesionales implicados en una eutanasia, saberse respaldados y acompañados por quien conoce bien la norma y sus requisitos lo cambia todo. Donde no las hay, la sensación a menudo es de desamparo.



Asentar buenas prácticas

Además de ayudar en casos concretos, las personas de referencia ayudan a asentar buenas prácticas. Por ejemplo, a afianzar que incluso quienes objetan deben recoger, y firmar, la primera petición de ayuda para morir. Si no quieren participar en el proceso, al menos deben trasladarla para que su centro busque otro facultativo.

“ La CGE de Catalunya ya ha abordado temas como la objeción de conciencia o el acompañamiento en la eutanasia. ”

A esto se suma que las peticiones de eutanasia requieren más tiempo que una consulta médica convencional: hay que tener dos procesos deliberativos, certificar la voluntad firme de adelantar la muerte, redactar informes detallados y, por supuesto, llevar a cabo la prestación de ayuda para morir. No son cuestiones que puedan resolverse a toda prisa. «No debe ser un proceso burocrático. Necesita reflexión, un espacio donde abordarlo de una manera suave, tranquila, convencida, donde poder expresar miedos y tristezas», resumió Villar, la doctora de Montserrat Massana.

Voluntad política

En algunas comunidades ya han identificado que una petición de eutanasia requiere más tiempo y despejan varias horas de las agendas de los profesionales implicados. Incluso se ha propuesto liberar tres jornadas laborales completas –las de los procesos deliberativos y la del día que se ayuda a morir a la persona–, aunque aún no es una práctica asentada.

Ninguna de las medidas para garantizar el derecho a la eutanasia es muy compleja, ni requiere de grandes inversiones o cambios radicales en el funcionamiento del sistema sanitario. Sí necesita voluntad política. «Ha sido clave», reconoce Quintas. «Nosotros hemos sido muy explícitos en nuestros mensajes de apoyo a la prestación de ayuda para morir, para que nuestros profesionales sepan que cuentan con el respaldo necesario». ■



En general, cuantos más casos se tramitan, más fácil se vuelve todo. «A medida que se practican eutanasias y se conocen más casos de sanitarios que lo han hecho y se han quedado satisfechos de respetar la voluntad de su paciente, más fácil se hace para los demás», indican desde Cataluña. La suma de experiencias individuales permite que el sistema, en conjunto, mejore. «Los casos reales, anonimizados, se incorporan a la formación, especialmente cuando se ha aprendido algo», indica Quintas.

Los tiempos de la eutanasia

Aunque las peticiones de eutanasia no son muchas –una estimación razonable es que, en promedio, cada centro de salud recibirá una al año, y de momento son muchas menos–, la ley ha llegado en un momento complicado para el sistema sanitario. La Atención Primaria, que recibe la mayoría de solicitudes, está saturada en muchas comunidades autónomas. Muchos de sus profesionales, especialmente en algunas comunidades, «no pueden más».

¡HABLA CON TU MÉDICO/A!

PREGUNTALE QUÉ PIENSA SOBRE LA EUTANASIA

Tengo muy claro que quiero vivir con autonomía y sin sufrimiento.

Si la cosa se pone fea, ahora que la eutanasia es legal,

¿USTED ME AYUDARÍA?

¿ME ACOMPAÑARÍA HASTA EL FINAL?



¿POR QUÉ ES RECOMENDABLE?

La mayoría de profesionales no han recibido ninguna solicitud de eutanasia y les falta información sobre este nuevo derecho.

Tu pregunta les animará a reflexionar, a formarse y a estar preparados ante posibles peticiones.

Y tú sabrás si puedes contar con su ayuda en el caso de que quieras adelantar tu muerte.

“Tenemos que hablar mucho más de la muerte”

Geno

Ochando



Geno Ochando, al frente del Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías, ha dirigido la implantación de la LORE en Navarra, una de las comunidades donde mejor funciona y participó en la elaboración del Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia. Explica los retos que han afrontado para lograr que la eutanasia sea un derecho efectivo.

Texto: **BORJA ROBERT** • Foto: **Cedida**

La LORE cumple un año de aplicación. ¿Les ha supuesto mucho esfuerzo?

Ha supuesto asumir que era una obligación de la Administración respetar este nuevo derecho de la ciudadanía. A partir de ahí todo el mundo ha tenido claro, a nivel político, directivo y de profesionales, que había que garantizarlo. Que es una herramienta más dentro del paraguas de la atención al final de la vida, en el que llevamos mucho tiempo trabajando, y que incorpora más elementos como los cuidados paliativos y el Documento

en primera persona

de Voluntades Anticipadas, por ejemplo. Para nosotras ha sido como completar ese puzzle de derechos.

¿Cuáles han sido los principales retos?

Las dificultades han aparecido sobre todo en cuestiones organizativas. En lo que supone iniciar un procedimiento que es nuevo, que implica comunicación entre distintos niveles y superar rigideces que existen en la organización sanitaria. También hubo que hacer un gran esfuerzo de formación porque la ley entró en vigor de forma muy rápida.

La LORE establecía un plazo de tres meses para su entrada en vigor.

¿Cómo los afrontaron?

No fue fácil. Por un lado estábamos creando los procedimientos, el Decreto Foral para crear la Comisión de Garantía y Evaluación y el registro de objetores, pero además queríamos estar alineadas con el Manual de Buenas Prácticas, en cuya elaboración también participamos. Nuestra normativa obliga, afortunadamente, a que los decretos surjan de un proceso participativo. Empezamos el trabajo en abril y se aprobó a finales de julio. Se contó con todos los agentes clave: colegios profesionales, comités de ética asistencial y, por supuesto, con la ciudadanía. Recibimos 71 aportaciones que hubo que interpretar y responder. Simultáneamente se informó al Consejo de Salud de Navarra y a aquellos órganos con los que trabajamos, como el Observatorio de la Muerte Digna, donde están asociaciones como DMD o Palian, o las gerencias del Servicio Navarro de Salud.

¿Encontraron resistencia?

Las respuestas que nos hemos encontrado han sido siempre: «¿Qué necesitas?» y «Sí», tanto por parte del equipo directivo de la Consejería como de los profesionales.

¿Cómo formaron la CGE?

Se pensó que debían ser personas con amplia trayectoria en Bioética y en enfermedades que entran en la ley, y que no fueran objetoras, para facilitar que se pudiera garantizar

“
**LAS DIFICULTADES
HAN APARECIDO
SOBRE TODO EN
CUESTIONES
ORGANIZATIVAS.
TODO EL MUNDO
HA TENIDO CLARO
QUE ESTE DERECHO
HABÍA QUE
GARANTIZARLO.**
”

la prestación. Hemos tenido mucha suerte porque las y los profesionales que forman parte de la CGE se lo creen, entienden que hay que hacer cumplir este derecho. También, como otras, hemos ampliado su composición a más profesionales que creemos que deben participar en esa deliberación. Hemos incluido personal de enfermería, que tiene un papel muy importante no suficientemente reflejado en la ley, y del ámbito psicológico y del trabajo social.

¿Y el registro de objetores?

Es un tema muy sensible porque tienes que garantizar la prestación, pero también el derecho a objetar de las profesionales. Había que cuidarlo de la misma manera. Se determinó que sería un registro centralizado a nivel informático, disponible las 24 horas y accesible desde cualquier ordenador, de forma que es fácil tanto objetar como revocar la objeción.

Y en lo que respecta a la capacitación de profesionales, ¿qué han hecho?

La formación es fundamental para que la ley funcione. Estamos formando a personas de manera que estas puedan, a su vez, formar a sus equipos. El objetivo primario es que conozcan cómo deben actuar pero, además, que pierdan el miedo al procedimiento. Uno puede tener claro este derecho, pero si tiene dudas sobre cómo se hace, los pasos necesarios, quién le va a apoyar, puede acabar en lo que llamamos ‘criptoobjeción’.

Se ha hecho formación con todos los Centros de salud de AP, profesionales implicados de hospitales y la red de salud mental, y también se ha incluido en el Plan docente del Plan de Salud de Navarra.

¿Han nombrado personas de referencia?

Se ha creado un grupo de profesionales referentes, con conocimiento exacto y actualizado del procedimiento, un documento vivo que se modifica cuando recibimos aportaciones para su mejora. Empezamos con 15 profesionales y ahora somos alrededor de 30. Nos hemos asegurado de que haya personas

de todos los ámbitos de Atención Primaria, de salud mental, de hospital... También de que haya al menos una persona de cada área de salud, y perfiles diferentes: enfermería, trabajo social, psiquiatría, oncología, geriatría, neurología... para que puedan ser referentes en su ámbito también.

¿Cómo están funcionando?

Está funcionando muy bien. En el momento en que alguien solicita acompañamiento para una prestación de eutanasia se le pone en contacto con la persona de referencia más cercana a su ámbito. Esto, además, ayuda a la situación emocional del propio profesional, que también es imprescindible tenerla en cuenta.

¿Han cambiado cosas desde que entró en vigor la LORE?

Ahora mismo vamos por la quinta versión del procedimiento. No solo con las mejoras que proponen desde el grupo de personas de re-

“
**EL OBJETIVO ES
QUE CONOZCAN
CÓMO DEBEN
ACTUAR PERO,
ADEMÁS,
QUE PIERDAN
EL MIEDO AL
PROCEDIMIENTO.**
”

ferencia, sino también de otros grupos como el de Historia clínica informatizada o de Farmacia hospitalaria, que, por ejemplo, propusieron que, junto a la medicación, también se incluyese el material necesario para administrarla, lo que a su vez supone coordinarse con Servicios generales. Para nosotras es fundamental este proceso de revisión continua, que revierte en la ciudadanía, pero también en las profesionales.

Son muchas personas implicadas en hacer que la ley funcione.

En Navarra hay muchas personas implicadas en la atención al final de la vida, que es el paraguas bajo el que vemos la eutanasia y del que no se podía desvincular. Por ejemplo, los cuidados paliativos conviven con la LORE; un camino no descarta al otro. Hay pacientes que empiezan sus trámites de eutanasia atendidos con paliativos y, por el camino, satisfechos con estos cuidados, se han quedado ahí, y también al revés.

Navarra es la comunidad con más proporción de testamentos vitales por 1.000 habitantes. ¿Creen que esto se traducirá en más eutanasias?

No tenemos datos para saberlo. Lo que sí sé es que algunas personas nos han manifestado su satisfacción por poder solicitar una eutanasia en su documento, lo acaben haciendo o no. Pero estamos empezando, y creo que esto supone un cambio en el paradigma, incluso cultural, para la población.

Al final, la muerte sigue siendo un tabú.

Tenemos que hacer más sensibilización. Hemos hecho alguna jornada desde el Observatorio de la Muerte Digna y queremos hacer más. Tenemos que hablar mucho más de la muerte. Mientras no trabajemos eso es difícil trabajar lo demás.

La mayoría afirma que prefiere morir en casa, pero cuando le preguntas si se lo ha dicho a sus familiares te dicen que no. Si la población quiere morir en casa, pero acaba acudiendo al hospital, algo está fallando. Una de las conclusiones de los trabajos del Observatorio es que tenemos que hablar más sobre esto. ■

«AUNQUE TU MÉDICA OBJETO NO HACE FALTA CAMBIARSE»

Geno Ochando considera que la LORE permite «completar el espacio del final de la vida y mejorar los derechos». Sostiene que hay un hueco incluso para los profesionales que optan por la objeción de conciencia en el ámbito del equipo asistencial. «Aunque tu médica de familia objeto no hace falta cambiarse. Habrá otra médica responsable en la eutanasia, pero te puede seguir acompañando», asegura. «Si tú has sido siempre mi médica, o mi enfermera, lo mejor para mi es que continúes acompañándome hasta donde tu objeción te lo permita, porque el proceso es largo, por garantista, y voy a seguir necesitando los cuidados que consensuaba contigo». «El otro día nos expresaba un médico este deseo, pese a ser objetor, de acompañar a su paciente hasta donde pudiera. Tramitar una eutanasia supone un mes y pico. Lo ideal es que sigas acompañándole, y acompañando a la familia, aunque luego haya otro compañero que haga la prestación de ayuda para morir», cuenta Ochando. «Hay que hablar. Hay que atender a esa persona aunque no vayas a ser su médica responsable. Firmarle la primera solicitud y explicarle que ahora vas a trasladar su petición para que se le designe una, pero que tú estás aquí y seguirás aquí mientras lo necesite. Es un ejemplo de buen hacer».

ESKARNE «*Vivir es sentir,
pensar, elegir,
comunicar
y compartir*»

Eskarne tenía 86 años y vivía en el País Vasco. El deterioro de su salud la dejó encamada durante los últimos meses y con una «dependencia para todas las actividades de la vida diaria». Sufría un «deterioro cognitivo severo» y en su caso no había «alternativas terapéuticas curativas», según los informes médicos.

En 2011 registró su testamento vital. Dejó escrito que para ella la calidad de vida es «un valor primordial», entendida como «ausencia de sufrimiento y ausencia de dependencia para actividades básicas de la vida cotidiana». «Desde hace muchos años», decía Eskarne, «estimo que la vida en este mundo debe incluir la capacidad de sentir, pensar y elegir, de comunicar y compartir». Y añadía en sus últimas voluntades: «No puedo considerar como válida ni de calidad suficiente aquella vida que me impide desarrollar, con autonomía razonable, las actividades básicas de la vida cotidiana, porque sería incompatible con mis creencias y valores el permanecer de modo permanente e irreversible con esa calidad de vida en grado mínimo e irreversible».

Eskarne no tenía ninguna duda y se había anticipado a los acontecimientos: «Si esa fuese la circunstancia de gran dependencia, lo que para mí sería un insostenible sufrimiento en el que me encontrase en un futuro, no quisiera vivir más así, por lo que desearía que fueran aplicadas técnicas de eutanasia activa, indoloras y rápidas».

Sus deseos se cumplieron al pie de la letra. El 23 de julio 2021, un mes después de la entrada en vigor de la ley, recibió ayuda para morir en el primer caso conocido de eutanasia al amparo de la LORE. ■

Fuente: El País

KARMELE «*Lo siento,
quisiera vivir, pero
así no puedo*»

Ahora no me siento una persona completa. No llego ni a las migajas», explicaba Karmelee. «He peleado como una leona hasta que perdí la esperanza porque no la hay», añadía, consumida tras décadas de sufrimiento luchando contra la fibromialgia y todos sus aditamentos: fatiga crónica, EPOC, enfermedad de Crohn...

Karmelee quería morir y, cuando se aprobó la ley de eutanasia, se puso en contacto con DMD, que le explicó que su caso entraba en los supuestos contemplados en la ley «por padecer una enfermedad crónica, irreversible y que le causa un sufrimiento intolerable». La solicitó, pero antes compartió, generosa, en su domicilio de Urretxu, su dura experiencia.

De la paleta de medicamentos probó casi de todo: analgésicos intravenosos, pastillas y parches de morfina, opiáceos, tranquilizantes... «Quiero que me quiten el dolor y no me atenten, pero no se puede. Si algo funciona mínimamente, te atonta y tu vida va limitándose a grandes pasos», lamentaba. Dejó la morfina con ayuda de su médico porque «al principio notaba alivio, pero el cuerpo se acostumbraba y era pedir más y más y ser cada vez menos y menos». Confesaba también tener miedo a que le denegaran la eutanasia alegando que su capacidad cognitiva estaba mermada por la medicación. Quería mantener su mente despierta, para asentir todas las veces necesarias y ante quien hiciera falta y que nadie dudara de su palabra. «Es que lo tengo tan claro...».

Karmelee pudo por fin «ser libre y volar» lejos de su cuerpo torturado por la fibromialgia, el 13 de septiembre pasado, rodeada por su familia. ■

Fuente: DEIA

MARÍA «El trasplante puede ayudar a otras personas»

María tenía 68 años y padecía atrofia multisistémica, una enfermedad neurodegenerativa incurable. «Poco a poco voy perdiendo el control de todo, de hablar, de escribir, de las piernas. Supongo que llegará un momento en que seré dependiente total», comentaba, y no quería un final así.

En septiembre 2021, el mismo día del diagnóstico, junto a su hija Noelia y sin abandonar la consulta, María, —que había pasado gran parte de su vida en Holanda—, solicitó la ayuda por dependencia y la eutanasia. El médico le dijo que no estaba regulada en España y que «eso no era tan fácil». Su hija contestó que ya se había aprobado en el Congreso y que dejara por escrito que su madre solicitaba la eutanasia. Al cabo de un mes María intentó suicidarse: «pensé que era más rápido así».

En el hospital, María empezó el proceso formal para la eutanasia y decidió ser donante de órganos. La gerencia del hospital respetó su intimidad. La atención recibida por el personal sanitario «ha sido maravillosa, lo hicieron muy fácil», comentó su hija.

«El trasplante puede ayudar a otras personas que lo necesiten» fue una de las últimas frases de María quien, semanas antes, al ser preguntada qué suponía para ella cumplir su voluntad, había respondido: «una liberación».

Murió a principios de diciembre en Valencia. Unos días después, «nos dijeron que mi madre había salvado la vida a cuatro personas» contó orgullosa Noelia. ■

Fuente: *La Vanguardia*

ESTRELLA «Una carrera de obstáculos y dilaciones»

No me pesa la vida, pero desde un año para acá, mi vida ya no es vida», escribía Estrella, enferma de esclerosis múltiple, diagnosticada hace 34 años. En este último año ya no podía valerse por sí misma y necesitaba ayuda para cualquier actividad de su día a día. Solicitó la eutanasia el 23 de noviembre, y en ese momento no podía imaginar el calvario que le esperaba «debido a los incumplimientos de los plazos legales para habilitar la prestación efectiva de este derecho» por parte de la Junta de Andalucía.

En una carta publicada en El País denunció haber tenido que «sortear una carrera de obstáculos y dilaciones, cuando no vejaciones o intromisiones en la intimidad de mi pena y de la de los míos. Ha sido añadir sufrimiento al sufrimiento. Durante cuatro meses me he sentido juzgada reiteradamente, he soportado que se pusiera en duda mi experiencia de sufrimiento, me he sometido a un examen psiquiátrico injustificado».

Hasta en el hospital se lo pusieron difícil para encontrar una fecha en la que morir.

«Quiero dejar constancia de mi satisfacción como ciudadana por vivir en un país que me reconoce por ley la libertad de decidir sobre mi propia vida en situaciones de sufrimiento extremo», expone finalmente Estrella, añadiendo a continuación: «Paradójicamente una ley que trataba de paliar el llamado ensañamiento terapéutico ha acabado enredada en otro tipo de ensañamiento, el ensañamiento administrativo».

Le fue practicada la eutanasia el 2 de abril en su hospital, en Sevilla. «Espero que mi testimonio ayude a los que vienen detrás. Buena suerte». ■

FÁTIMA «He probado todas las alternativas y no funcionan»

Fátima padeció una situación de discapacidad desde pequeña. Toda su vida fue una luchadora: «Me lo he pasado muy bien. He hecho teatro, parapente, cosas que la gente con mi discapacidad casi nunca hace». Tenía 57 años.

Quiso explicar las razones de su decisión de acogerse a la eutanasia. Dejó su testimonio grabado. Su enfermedad, una distonía general, no tenía tratamiento: «he probado todas las alternativas y no funcionan», decía. Prácticamente tetrapléjica, al final su deterioro le provocaba tal sufrimiento que vivir dejó de tener sentido. «Mi cuerpo para mí ahora mismo es una cárcel, y no he hecho nada malo para estar en una cárcel. Esto lo tiene que entender todo el mundo».

Fátima lo tenía muy claro: «me iré y seré muy feliz. Me voy de un cuerpo que no me deja ser lo que soy». En caso de negativa a su solicitud de eutanasia, estaba dispuesta a luchar en los tribunales. No hizo falta. Supo que su solicitud estaba aprobada el 23 de diciembre y fue ayudada a morir el 11 de enero en el hospital Virgen de la Luz de Cuenca. La de Fátima fue la primera eutanasia realizada en Castilla la Mancha.

«Es la mejor opción para mí», dejó escrito en su carta de despedida.

Nos dejó una misión. El 8/1 envió a DMD el siguiente mensaje: «Soy María del Carmen Fátima, socia de DMD, y os solicito que para un futuro abráis camino para que las asociaciones de discapacitados físicos admitan la posibilidad de que sus miembros puedan solicitar la eutanasia si lo desean». ■

Fuente: CMM Televisión

JAVIER «Quiero irme y me voy feliz»

El madrileño Javier Serrano padecía ELA. Formalizó su primera solicitud de eutanasia el 25 de agosto. Su médico objetó y retrasó su solicitud. Su neuróloga (médica responsable) y una internista (médica consultora), del Hospital 12 de Octubre, lo tramitaron todo, pero se encontraron con que no había ningún sitio donde enviar la solicitud porque la Comunidad de Madrid retrasó varios meses el nombramiento de la Comisión de Garantía y Evaluación. Lo de Javier fue puro encarnizamiento moral, provocado por la incompetencia de la Comunidad de Madrid para desarrollar la Ley.

Javier tuvo que esperar cuatro largos meses. Una espera inhumana. Ni sabía cuándo debía despedirse de sus seres queridos. «Lo jodido de esto es que haya una ley aprobada y que estén jugando con tus sentimientos. Es lo que más me duele. Porque miedo a morir, no tengo». Denunció su situación en los medios: «Me han hecho sufrir cuatro meses más. Han jugado con mi tiempo, con mi sentir, con mi dolor y el de mi familia».

La internista Carmen Díaz Pedroche, que ejerció de médico consultora en la tramitación de la eutanasia de Javier, lo denunció por su parte en el programa El Intermedio: «Hemos hecho las cosas mal desde el punto de vista de la Administración de la Comunidad de Madrid. En Madrid estamos atrasando un plazo por un fraude de ley, estamos incumpliendo la ley».

Javier murió finalmente, en su domicilio, el 3 de noviembre. La suya fue la primera eutanasia realizada en Madrid. «Quiero irme y me voy feliz», declaró la víspera en la cadena SER. ■

Fuentes: La Sexta y la SER

AYUDAR A MORIR:

pedras *en el camino*

Aún no hay datos sobre cuántos sanitarios han optado por la objeción de conciencia, pero algunos recurren a ella pese a no estar en contra de la eutanasia.

La entrada en vigor de la ley de eutanasia llenó a R. de preocupación. ¿Cuándo llegaría la primera solicitud a su centro de salud? Su inquietud no surgía de un rechazo a la ayuda médica a morir; es que no se sentía preparado para abordar un caso. Nadie le había formado, ni explicado cómo hacer los trámites, ni a quién diri-

“ *En estas circunstancias lo que siento es miedo y falta de apoyo.* ”

de remitirle a una página web del gobierno autonómico con información para profesionales sanitarios. «Nadie me ha respondido cuando les he preguntado, ni cuando les he dicho que nos gustaría tener una reunión para resolver dudas», indica. «En estas circunstancias lo que yo siento es miedo y falta de apoyo».

Preocupado por si llegaba una petición a su centro antes de que supieran nada más, R. contactó con DMD para organizar una sesión formativa sobre la eutanasia con varios compañeros.

Durante un tiempo, la única información disponible, en la web en cuestión, era el texto de la LORE, el Manual de Buenas Prácticas y unas instrucciones sobre cómo objetar. En el centro de Salud de R., la mayoría de sanitarios objetaron. «Solo dos estamos dispuestos a hacerlo», dice. Aun así, él también se apuntó en la lista de objetores.

Una pescadilla que se muerde la cola

El artículo 16 de la LORE contempla que «los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia». Para no participar en una eutanasia deben inscribirse en un registro autonómico. Todavía no hay muchos datos sobre cuántos lo han hecho, pero sí hay algo seguro: como en el caso de R., no todos los inscritos lo son porque rechacen la eutanasia.

En 2020, varios colegios de médicos preguntaron a sus facultativos sobre la regulación de la eutanasia. Alrededor del 80% se mostraron favorables a la despenalización y apenas un 10% la rechazaba. Sin embargo, algo más de un tercio afirmaron que no participarían en una prestación de ayuda para morir.

El motivo principal de R. para inscribirse como objetor de conciencia es no tener que atender las peticiones de eutanasia que les hagan a otros médicos, también objetores, de su centro. No quiere

OLUWASEYI JOHNSON

girse en caso de dudas. No sabía casi nada, pero la ciudadanía ya podía solicitarla.

R. es médico en la Comunidad de Madrid y trasladó sus inquietudes a sus superiores. Reclamó formación, algo a lo que aferrarse para saber cómo debía actuar si le llegaba una petición de eutanasia. Nadie le respondió más allá

«La eutanasia cambia el modelo de relación entre médico y paciente.»

convertirse en «el eutanasiador» de su centro.

«Yo no estoy en contra de la eutanasia. Si me llega una petición de uno de mis pacientes saldré de la lista de objetores y la haré. Será duro, pero no peor que cuando tengo que atender otros casos de final de vida. Es parte de mi trabajo, acompañar a mis pacientes en su proceso de morir. Se pasa mal, pero también es satisfactorio», explica.

«De 16 médicos, solo dos estamos dispuestos a hacer una eutanasia, ¿en qué situación quedamos? No es justo», lamenta. La puesta en marcha de la ley, argumenta, ha provocado esta dinámica de objeciones en cadena que, en la práctica, es una pescadilla que se muerde la cola.

«Ya no creo en la objeción de conciencia. Si no quieres hacerlo, no te hagas médico, o al menos no lo seas en la sanidad pública. Lo que no puede ser es que esta prestación recaiga sobre unas pocas personas. Si haces una ley para garantizar un derecho, también tienes que poner recursos para que pueda llevarse a cabo. La realidad es que ahora mismo no es así», explica R. A esto, añade, se suman algunas dudas que tiene sobre cómo afrontar casos complejos, como las eutanasias en casos

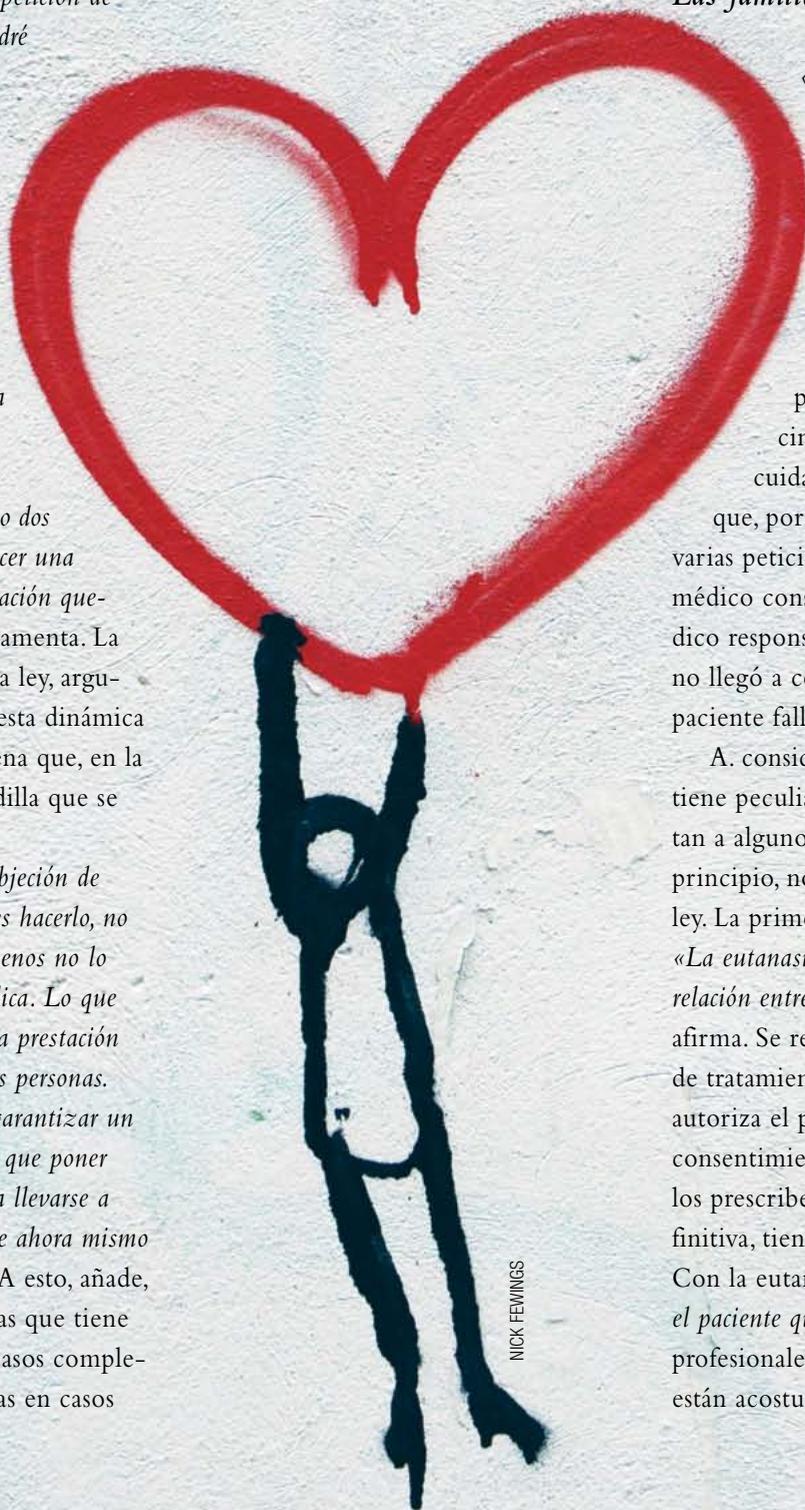
de demencia, y la saturación de la Atención Primaria.

Las familias

«Yo tengo una compañera, muy maja, que sin tener ningún problema ético o religioso con la eutanasia, sencillamente no se siente capaz de hacerla», explica A.,

profesional de la medicina especializado en cuidados al final de la vida que, por su parte, ha atendido varias peticiones de eutanasia como médico consultor y una como médico responsable. Este último caso no llegó a completarse porque su paciente falleció antes.

A. considera que la eutanasia tiene peculiaridades que ahuyentan a algunos sanitarios que, en principio, no están en contra de la ley. La primera es un asunto sutil. «La eutanasia cambia el modelo de relación entre médico y paciente», afirma. Se refiere a que la mayoría de tratamientos e intervenciones los autoriza el paciente —mediante un consentimiento informado—, pero los prescribe su facultativo. En definitiva, tienen que estar indicados. Con la eutanasia, sin embargo, «es el paciente quien manda». Muchos profesionales, argumenta, «aún no están acostumbrados a algo así».



NICK FEWINGS

Otra cuestión que le preocupa es el tiempo que supone tramitar una petición. «Atender una solicitud de eutanasia es difícil, es un proceso intenso, con muchísimo componente emocional y ético», asegura. «Durante el tiempo que dura tienes que centrarte muy en serio en este asunto, diría que en cuerpo y alma, y compatibilizar eso con el trabajo habitual es muy difícil». Los procesos deliberativos –la LORE exige al menos dos, en los que cerciorarse de que es una decisión bien informada–, recalca, pueden suponer varias horas cada uno y ser muy complicados. El sistema sanitario, reclama, debería tenerlo en cuenta.

Uno de los casos que atendió fue «bastante complejo»: una persona que quería morir y cumplía los requisitos, pero con parte de su familia abiertamente en contra de la petición. La otra parte respetaba la decisión, pero no comprendía el deseo de adelantar la muerte. «No es fácil hacer un proceso deliberativo en esas circunstancias», cuenta A. Lo que a su vez le conduce a otra de las cuestiones: qué implicación tienen los seres queridos.

«La cuestión de las familias es un tema que habrá que trabajar», explica. La autonomía del pacientes está clara en las leyes, pero en la práctica, afirma, no siempre es así. «Atendemos peticiones de eutanasia, donde solo la persona decide, pero también seguimos viendo casos en los que los

LA ENFERMERÍA, IMPRESCINDIBLE PERO IGNORADA POR LA LEY

Las enfermeras solo aparecen nombrada dos veces en la ley de eutanasia. Una para asegurar que, como parte del equipo asistencial, sean informadas de la voluntad del paciente de continuar con el proceso tras el primer proceso deliberativo. Otra para concretar que deben formar parte de las comisiones de garantía y evaluación. Pese a esta casi total ausencia en la norma, su papel es fundamental.

El día de la ayuda a morir son las enfermeras quienes canalizan las vías y administran la medicación. Reivindican que se las implique a lo largo de todo el proceso, no solo al final. En la práctica ya lo hacen, asegura M., enfermero que ya ha participado en varios casos, incluyendo sus procesos deliberativos. La enfermería, recuerda, es una parte esencial de los cuidados de un paciente antes de la petición y mientras esta se tramita. «Es mucho lo que las enfermeras pueden aportar al proceso de ayuda a morir», afirma Montserrat Busquets, profesora jubilada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, en un artículo en la revista Enfermería Clínica. «En una petición de eutanasia, cuidar es sobre todo establecer [...] un contexto de bienestar suficiente para que la persona pueda [...] tomar la decisión de pedir ayuda para morir de acuerdo a sus propios valores e historia de vida».

“Atender un caso exige mucho tiempo y no es fácil de compatibilizar con el trabajo habitual.”

familiares de un paciente te dicen que su ser querido no sabe nada [sobre su proceso de morir] y no quieren que lo sepa», dice. Más allá de las normas, sugiere, hay aspectos sociológicos que siguen sin estar resueltos.

Por último, lamenta lo difícil que resulta atender una eutanasia cuando la persona quiere morir fuera del ámbito habitual del personal sanitario que la trata. «Si está en casa y quiere morir en el hospital hay muchos problemas, no está claro cómo hay que hacerlo», asegura A., que ya se ha encontrado con este problema.

La sanidad privada, incluso la financiada con fondos públicos, tampoco lo pone fácil. Durante el primer año de ley apenas han tomado medidas para garantizar su cumplimiento y, en general, prefieren poner obstáculos a ofrecer soluciones. Cuando han tenido que actuar, o dejar hacer, ha sido a regañadientes.

La eutanasia ha llegado en un momento complicado. Aunque durante el primer año no se han hecho muchas peticiones de ayuda para morir, han sido suficientes para aflorar fragilidades en el sistema sanitario y en la situación de muchos de sus profesionales. La mayoría no quiere objetar, pero aún son demasiados los casos en los que es más fácil echarse a un lado que atender una petición de ayuda para morir. Especialmente en algunas comunidades. ■

LA EUTANASIA ES UNA *experiencia hermosa*



Texto: **FERNANDO MARIN**

Médico y vicepresidente de AFDMD

La eutanasia es una experiencia hermosa. Técnicamente es muy sencilla. Una enfermera coloca una vía, se inyecta un hipnótico y la persona se duerme. Luego, un inductor del coma y en unos minutos deja de respirar y muere. Por seguridad, se administra un paralizante neuromuscular. En media hora todo ha terminado. A diferencia de otros actos médicos, lo más importante no es la técnica, que es fácil, sino la decisión, de morir, y de ayudar a morir.

La decisión. Esa es la esencia de la eutanasia, la que la dota de sentido y la configura como un derecho fundamental y una genuina expresión de libertad. La decisión de morir nos habla de cómo cada persona construye sus valores y su libertad. Al doctor Luis Montes le gustaba distinguir entre dar «muerte» y dar «la muerte». En ese artículo «la» –la muerte, y la decisión previa– hay todo un mundo, una biografía, un sentido de la dignidad de la vida humana. Si, como decía Jesús Mosterín, confundimos lo voluntario con lo forzado, el amor con la violación, el regalo con el robo, ya no hay respeto, ni eutanasia. Desde ahí es imposible entender ese acto de amor.

La decisión explícita es lo que diferencia la eutanasia de otras formas de ayudar a morir, como la sedación paliativa o retirar medidas de soporte vital. La persona que decide morir es la que fija día y hora. Sin excusas, ni argumentos morales de origen religioso como el «principio del doble efecto» (nº 2279 del Catecismo) que, en lugar de centrarse en la voluntad de la persona, coloca el foco en la intención del profesional. Ya no hacen falta subterfugios como la sedación a demanda por sufrimiento existencial. Ahora quien manda es la persona que va a morir, sin perifrasis o afirmaciones dogmáticas innecesarias, y falsas, como

que la medicina «ni adelanta, ni retrasa la muerte».

La medicina siempre ha ayudado a morir. La novedad de la eutanasia no es tanto la muerte sino la decisión: de morir y de ayudar a morir. Entre medias existe un proceso deliberativo en el que se comprueba que la persona cumple los requisitos de la ley, de enfermedad, de sufrimiento y de voluntariedad. La persona está bien informada y es capaz. Nadie le empuja a tomar la decisión, que es genuina, coherente con sus valores y biografía.

¿Por qué en condiciones similares de padecimiento una persona desea morir y otra no? La respuesta no está en los informes, ni en los manuales de medicina, sino en ese proceso deliberativo, en el que los profesionales profundizan en quién es esa persona que quiere morir.

Cuando la persona entrega su solicitud, que el médico rubrica, se abre un proceso que durará varias semanas. Si es objetor de conciencia, después de firmarla debe entregársela a su superior y apartarse del proceso asistencial de la eutanasia. Pero también pueden ser objetor «de conveniencia», un profesional al que la eutanasia no le parece mal, pero no está dispuesto a implicarse porque no se siente seguro, no ha recibido formación, no cuenta con la serenidad y el tiempo necesarios para gestionarla, porque está quemado, con el ánimo por los suelos y lo único que espera es jubilarse o buscar otro trabajo, etc. No se puede obligar a nadie a dar la muerte. Tenemos que hacerle ver que merece la pena implicarse y facilitarle que lo haga, incluso en un sistema público de salud en crisis.

En la vida profesional hay situaciones que exigen meterse en el barro. La eutanasia es una de ellas. Cuando recibe una solicitud, el profesional tiene que



**A DIFERENCIA
DE OTROS ACTOS
MÉDICOS, LO MÁS
IMPORTANTE NO ES
LA TÉCNICA, QUE
ES FÁCIL, SINO
LA DECISIÓN, DE
MORIR, Y DE
AYUDAR A MORIR.**

decidir: se implica o se aparta, inicia el proceso deliberativo o entrega la solicitud a otro compañero y «pasa palabra».

Ayudar a morir no es fácil, pero es muy gratificante, al alcance de cualquier profesional dispuesto a escuchar el sufrimiento del otro, a ponerse en su lugar; o sea, tratar de comprender sus razones, preguntarse qué haría en su lugar y dedicarse un tiempo a contarlo en los informes que debe enviar a la Comisión de Garantía y Evaluación, que debe autorizar cada caso. En algunas comunidades, la eutanasia es un engorro que exige muchos trámites burocráticos, pero merece la pena porque también es una oportunidad. De ver cómo afronta una persona su muerte voluntaria, en compañía de sus seres queridos y los profesionales. De conocer mejor la naturaleza humana, en un encuentro protagonizado, en primer lugar, por el respeto a la voluntad de quien desea morir, y a su sentido de la dignidad. Y en segundo lugar, por la compasión que su sufrimiento provoca en el profesional, impulsado

a ayudarla a liberarse de este y facilitar un trance de morir gozoso para ella y las personas que la quieren.

La muerte siempre es triste para los que se quedan, pero no para los que mueren. En el contexto eutanásico de sufrimiento, la muerte voluntaria es liberación para la persona y consuelo para sus seres queridos cuando transcurre como ella había decidido, después de despedirse y en compañía de los suyos. Para algunos integristas, parece que toda la vida de esa persona se concentra en el instante de la inyección letal, pero es falso. En sus últimos minutos, la eutanasia no es tan grandilocuente porque la muerte voluntaria comienza mucho antes, por ahora una media de 41 días antes, a veces incluso antes que la enfermedad.

La eutanasia es una experiencia hermosa, que merece la pena vivir desde todos los puntos de vista. Si eres un profesional sanitario, no dejes pasar esa oportunidad de implicarte en un acto médico de un enorme valor. Y si quieres que te echemos una mano, ¡llámanos! ■

ELLA NO ERA *vuln*

Texto: **MERCEDES MARTÍN**
Médica y socia de DMD

...No más que cualquiera de nosotros.

Ella me enseñó que ni la dependencia, ni las limitaciones que impone un padecimiento, determinan nuestra vulnerabilidad, sino el control que permita nuestra capacidad de decidir.

Ella tuvo el coraje de pedir ayuda para morir sabiendo que supondría dialogar sobre su enfermedad y el significado que Ella otorgaba al sufrimiento que padecía.

«No quiero ser condenada a vivir hasta la muerte natural».

Pero su condena se alargó porque su médica de familia y compañeros objetaron.

La directora médica me ofreció ser su médica responsable. «Nos está soplando en el cogote», me dijo. Acepté y asumí el reto de mirarla a los ojos para acoger su relato y comprender la dimensión de su demanda. «Lo que para mi es vida ha muerto ya»

Nuestro primer contacto fue telefónico. Me habló de su diagnóstico y del sufrimiento que la limitación física progresiva le causaba, al impedirle disfrutar de sus personas queridas, trabajo y aficiones. Llevaba mucho tiempo pensando cómo ponerle fin.

«Me siento víctima de una tortura diaria».

Su historia clínica detallaba el diagnóstico, pero no había ninguna referencia al drama que estaba viviendo. Entendí que su

solicitud me invitaba a apartar los aspectos clínicos para ocuparme de Ella, la persona encerrada en ese diagnóstico. Suponía una invitación para dialogar con franqueza sobre su vivencia, uno de los tesoros que la ley de eutanasia ha traído a nuestras consultas.

Era mi primer viaje por un camino desconocido.

Mi compromiso con Ella y mi conocimiento de la ley me parecían insuficientes. Fue la colaboración de la Unidad de Apoyo, de mi compañero técnico de la gerencia y de la secretaria de



ARIEL LUJUXIMO

la Comisión, las que lo hicieron transitable.

Nunca había visitado a una paciente que me pedía ayuda para morir.

Quizá por eso, el día de la primera cita notaba cierta tensión y me caí al bajar unas escaleras. Nos presentamos. Deliberamos. Me aseguré de que conocía su diagnóstico, alternativas terapéuticas y pronóstico, así como la posibilidad de ser atendida en la Unidad de cuidados paliativos, que rechazó pues no adelantaría su muerte, derecho que consideraba «inseparable del derecho a vivir».

Hablamos de cuánto había reflexionado sobre la eutanasia, de su deseo de participar en acontecimientos familiares y de cómo estos daban paso a otro de similar trascendencia: su muerte.

«La enfermedad se lleva mi aliento vital, todo mi cuerpo, aunque no mi corazón».

Su solicitud no era impulsiva sino meditada y sin presiones externas. Valoré su capacidad para decidir y descarté enfer-

medades mentales agudas. Me contó cómo la enfermedad le «había declarado la muerte en vida». Hablamos sobre los aspectos espirituales, que para Ella no suponían conflicto y sobre la suficiencia de apoyo socioeconómico.

Emití el informe. Mi agenda se complicó pues acudí varias veces a su domicilio pero me resultó muy gratificante.

Me alegra verla y escucharla. Tiene el saber estar de una persona sabia. Aunque temo no estar a su altura, Ella hace que me sienta cómoda. Siempre me llama «doctora».

La lectura del consentimiento informado fue para mí otro momento solemne, pues me pidió que lo leyéramos juntas para que no quedase nada por aclarar.

Los siguientes días fueron difíciles. Los posibles médicos consultores y profesionales de enfermería habían objetado. Gracias al trabajo de las gerencias de Primaria y Hospitalaria fue posible la designación, a tiempo, de

un médico consultor, que evaluó la solicitud y emitió un informe favorable para Ella, al igual que la Comisión. En cuanto pude se lo transmití y, manifestando alivio, eligió morir en el hospital y cuanto antes.

Seguíamos sin enfermera.

Dos días antes del día elegido entró Cristina, enfermera, en mi consulta:

«Mercedes, yo voy contigo. Cuando he llegado esta mañana me han preguntado si ya me había apuntado en el registro de objeción. No voy a objetar. La ley no tiene en cuenta la labor de enfermería, pero cuenta conmigo».

La miré con admiración y orgullo. Habló con la jefa de farmacia hospitalaria, revisó el protocolo, preparó el material, eligió los fármacos y comentamos cada paso. Fue un momento hermoso de complicidad profesional. Hablamos de la vestimenta más oportuna y decidimos llevar uniforme completo. Preparé el certificado de defunción.

Ese día, Cristina y yo contactamos con los compañeros que habían intervenido en una eutanasia previa y de nuevo, sentí complicidad. Fue un intercambio desde nuestras almas.

Al despertarme el día de la eutanasia, pensé que Ella nunca me había visto con uniforme, así que propuse a Cristina

llevar solo la camisola. Cuando llegamos al hospital, la jefa de enfermería nos esperaba. Recogimos los fármacos y subimos a la habitación, luminosa e impecable. Cristina preparó la medicación y fuimos a recibirla. Ella llegó acompañada por sus familiares. Me dijo que había dormido bien. Entró con agrado en la habitación y, tras confirmar que quería morir, pidió unos

minutos, Cristina lo logró. Finalmente estaba todo listo y Ella confirmó que también lo estaba, así que pedí a Cristina que iniciara la administración de fármacos. La primera perfusión la sumió en un sueño profundo y eterno. Justo lo que Ella deseaba. Treinta minutos después, Cristina aplicaba cuidadosamente un apósito en cada punto de punción. Hablamos con sus familiares



HANNAH JACOBSON

minutos para despedirse. Cuando volvimos, me confesó que no aguantaría ni un día más.

Una vez preparada, Cristina se dispuso a canalizar las vías venosas, aunque sin éxito. El retraso en la designación de la enfermera impidió la revisión de los complicados accesos venosos. Era imposible imaginar el retraso del procedimiento por este motivo.

¡Ella ya se había despedido de su familia! Por suerte, tras unos

y al salir, decidimos ir a tomar un café, abrazarnos y compartir nuestra experiencia.

Fue una mañana intensa, cargada de amor y solemnidad.

Pero Ella me enseñó que la eutanasia no habla solo del momento de la muerte, sino de cómo vivir el proceso de morir. Lo dejó claro un día, cuando al salir de su casa me dijo:

«Doctora, me está dando la vida». ■



ESTACIÓN TERMINAL

Tenemos ley de eutanasia o todavía no

FERNANDO PEDRÓS • *Periodista y Filósofo*

Se puede decir que ‘por fin’ tenemos ‘una’ ley que regula la eutanasia. Digo ‘por fin’ porque lo normal hubiera sido que con la Constitución en la mano se hubiera redactado una buena ley en 1995 en lugar de reformar el Código Penal y reescribir el art. 143. Recalco también ‘una’ ley porque la verdadera ley será cuando los legisladores se decidan por proclamar la plena libertad del ciudadano para apearse del viaje de su existencia. Pero por el momento no podemos aventurar la fecha de esa conquista ciudadana. La libertad es una experiencia políticamente difícil y la libertad en el morir todavía más comprometida para quienes se sientan en el Congreso y para los partidos que los avalan. Estoy casi seguro que, si en la comisión parlamentaria en que se debatió la LORE se hubiera presentado la reflexión del profesor y filósofo Mosterín que dice que «confundir la eutanasia con el homicidio es como confundir el amor con la violación, el regalo con el robo, o lo voluntario con lo forzado», se hubiera desechado por sesgo romántico y poco jurídico. Y la segunda parte de la reflexión hubiera sido pasada por alto: «así como la

violación es un delito contra la libertad sexual, pues el violado no quiere copular, mientras que el sexo consentido no tiene nada de malo, así también el homicidio es un delito contra la libertad vital, pues el asesinado no quiere morir, mientras la asistencia consentida a la muerte no tiene nada de malo».

El gran valor de la eutanasia reside en la libertad de quien decide de su existencia. Y la libertad es el objeto de DMD desde su fecha fundante en 1984 que ha quedado grabada indeleble en su estatuto: «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». DMD ha recibido con pragmatismo la nueva ley pues servirá a muchos enfermos. Tenemos ley, hemos dado un paso significativo, pero ‘todavía no’ tenemos la ley de la libertad en el morir. Por ello se nos ha quedado una cara de decepción y nos surge el interrogante quién, pues, no en el siglo XV o XVI, sino en 2022, me impide ser libre en el morir cuando yo me siento libre y la Constitución dice que nacemos libres e iguales.

DMD fue pionera en la lucha por la libertad en el morir. No es cuestión de ir desgranando todos los episodios de su perseverante brega. Solo quiero recordar una sentencia de Bertolt Brecht que me viene a la cabeza cuando repaso puntos fuertes de la crónica de cuatro décadas de DMD: «Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores. Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos. Pero hay los que luchan toda la vida: esos son los imprescindibles». Es evidente que DMD es imprescindible y tiene tarea por delante. ■

LA VERDADERA LEY SERÁ CUANDO LOS LEGISLADORES SE DECIDAN POR PROCLAMAR LA PLENA LIBERTAD DEL CIUDADANO PARA APEARSE DEL VIAJE DE SU EXISTENCIA.

LO QUE SABEMOS

La Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) entró en vigor el 25 de junio 2021, tres meses después de su aprobación en el Congreso. En este periodo, las comunidades autónomas debían publicar los decretos para su aplicación, regular el Registro de objetores y nombrar los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación (CGE). También debían elaborar protocolos de actuación adaptados a su sistema sanitario, formar a los profesionales implicados –medicina y enfermería, sobre todo– e informar a la ciudadanía.

Los datos disponibles a finales de mayo 2022 –cuando escribimos este artículo– son muy fragmentarios, como demuestra el mapa adjunto. Algunas comunidades, en un esfuerzo democrático de transparencia, han ido informando con diligencia, mientras otras se han encerrado en un silencio más o menos denso, remitiéndose al informe anual que enviarán al

Ministerio de Sanidad –tal como exige la LORE–. Donde no hay datos oficiales, tenemos que atenernos a las informaciones suministradas por los medios de comunicación, completadas con las que llegan directamente a nuestra asociación.

Los casos concretos de solicitudes de eutanasia que se han conocido demuestran hasta qué punto la aprobación de esta ley era urgente para aliviar situaciones de extremo sufrimiento y que muchos pacientes esperaban con angustia y esperanza su entrada en vigor. Es una norma muy garantista, que define varias etapas. El procedimiento se prolonga una media de cuarenta días. Esto explica por qué, a menudo, hay pacientes en fase terminal de cáncer –el motivo más común para solicitar una muerte asistida en Benelux y Canadá– que fallecen mientras aún se está tramitando su eutanasia.

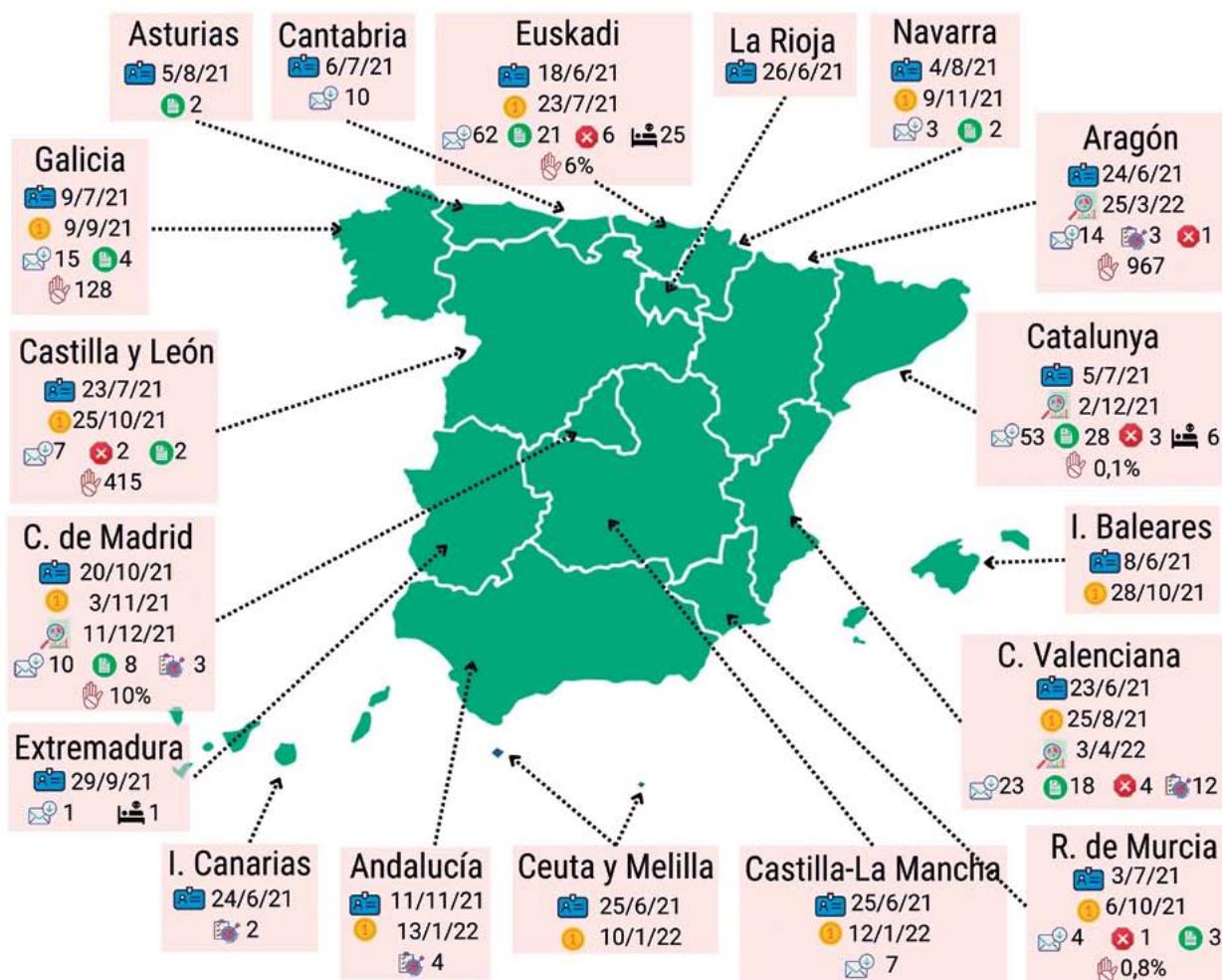
A los plazos impuestos por la ley se ha añadido, con demasiada frecuencia, una exagerada lentitud en el nombramiento de las CGE autonómicas, lo que ha provocado auténticas tragedias denunciadas en los medios. En el lado positivo están Euskadi, Cataluña y Navarra y en el otro extremo Andalucía y Madrid. Entre medias hay todo un abanico de circunstancias con más o menos margen de mejora.

Recordemos el caso de Emilia, socia de DMD Aragón, que acabó en un suicidio violento. Fue en noviembre de 2021. No encontró, en el sistema sanitario, quien recogiese y tramitase su solicitud de eutanasia. ¡En noviembre! ¡Más de cuatro meses después de la entrada en vigor de la ley! Si la LORE reconoce el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados

en el proceso de eutanasia, debe ser respetando antes que nada el derecho de los pacientes que la soliciten a ser evaluados en los plazos legales. Ahora mismo, defender este derecho es nuestra lucha. ■

**LOS DATOS
DISPONIBLES A
FINALES DE MAYO
DEL 2022
SON MUY
FRAGMENTARIOS.**

La eutanasia en España por CCAA (datos actualizados a 05/06/22)



Legenda

- 

Nombramiento de la Comisión de Garantía y Evaluación
- 

Solicitudes de eutanasia recibidas
- 

Presentación del primer informe
- 

Solicitudes de eutanasia aprobadas
- 

Objeción de conciencia
- 

Solicitudes de eutanasia denegadas
- 

Primera eutanasia realizada
- 

Eutanasias realizadas
- 

Fallecidos antes de finalizar el trámite

UN AÑO DE LEY DE EUTANASIA

Para acceder a la eutanasia, la ley dictamina que el paciente debe «sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante». A la espera del informe anual que debe publicar el Ministerio de Sanidad, y gracias al goteo de informaciones publicadas en los medios de comunicación, sabemos que los casos en los cuales se ha dado una respuesta positiva a una solicitud de eutanasia cubren un abanico muy extenso de padecimientos: cáncer terminal, párkinson, ELA, pluripatologías asociadas a la edad, fibromialgia, demencia avanzada (solicitada mediante un testamento vital) y al menos un caso en el que, junto a otras dolencias, cursaba un trastorno mental.

Dada la complejidad y la duración del procedimiento definido en la LORE, la situación parece diferente de la que impera en Benelux, donde los casos de cáncer



terminal son los más frecuentes. Aquí, muchos de estos casos fallecen tras una sedación paliativa antes de concluir los trámites de la solicitud. En consecuencia, predominan los casos correspondientes al segundo supuesto, el «padecimiento grave, crónico e imposibilitante», sin un pronóstico de vida limitado, que en Benelux son aproximadamente el 15%. Para seguir con la comparación, es relevante señalar que ya se ha ayudado a morir a personas con demencia avanzada y que lo habían solicitado en su testamento vital, un supuesto no permitido en Bélgica y considerado como muy complejo en Países Bajos, donde estas situaciones solo se han tenido en cuenta recientemente, después de un sonado juicio. ■

OFENSIVA DE ALGUNAS ORGANIZACIONES MÉDICAS

«En marzo 2021, el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya dirigió un cuestionario a 15.000 profesionales sanitarios para darles a conocer la Ley de eutanasia y captar

qué saben, opinan y necesitan sobre este derecho a morir dignamente», expone la página web del organismo. «La encuesta se cerró con algunas conclusiones relevantes», añaden, «como por ejemplo que existe un consenso muy mayoritario (del 91,6%) que apoya, en líneas generales, el reconocimiento del derecho a la eutanasia y su regulación, así como para que la persona que la solicite pueda escoger dónde recibirla, incluida la opción del domicilio».

Este resultado de apoyo masivo de la profesión, que confirma los resultados de las encuestas realizadas durante años en la sociedad y específicamente por los Colegios de Médicos de Bizkaia, Las Palmas, Tarragona y Madrid, y los Colegios de Enfermería de La Rioja, Madrid y Ciudad Real, contrasta con la consideración de la Organización Médica Colegial (OMC) y algunos colegios provinciales, de que «la eutanasia no es un acto médico» y su insistencia en la falacia de los cuidados paliativos como «alternativa» a la eutanasia.

En cabeza de esta ofensiva se sitúa el actual equipo directivo del Colegio de Médicos de Madrid que en marzo de 2021 recibió una respuesta contundente a través de una carta firmada por más de mil médicos: «No nos representan». ■



Manuel Martínez-Sellés, presidente del Colegio de Médicos de Madrid.

INTEGRISMO O LIBERTAD

La ley de eutanasia, –aprobada en el Congreso de los Diputados con 202 votos a favor, 141 en contra y 2 abstenciones– ha sido recurrida al Tribunal Constitucional.

Vox presentó, a mediados de junio 2021, un recurso contra la LORE en su totalidad por su «radical inconstitucionalidad», aduciendo que viola el deber superior del Estado a la protección de la vida. Solicitó una suspensión cautelar para impedir su entrada en vigor, lo que le fue denegado por unanimidad de los jueces. La víspera del día 25, el PP presentó su propia impugnación de la ley.

Del primer recurso se encargará el magistrado Cándido Conde Pumpido, del bloque progresista, y del segundo, Ramón Sáez, también considerado progresista.



Diputados de Vox en la aprobación de la LORE.

La guerra de Vox contra la eutanasia no se limita al terreno judicial, en el cual no están nada seguros de ganar la partida. En enero, Gador Joya, diputada ultraderechista en la Asamblea de Madrid y exdirectiva de HazteOír declaró, refiriéndose tanto al aborto como a la eutanasia: «tenemos que ser muy astutos. Tenemos que dar pequeños pasos hacia atrás y ser conscientes de que no podemos pasar del todo a la nada». Esbozaba así la estrategia de su partido para eliminar progresivamente estos derechos: poner palos en las ruedas aprovechando su influencia en algunos gobiernos autonómicos. ■



Miembros del Comité de Bioética de España.

UNA INSTITUCIÓN NO TIENE CONCIENCIA

Coincidiendo con la votación de la LORE, los Camilos, Lares, San Juan de Dios, Confer y Hospitales Católicos lanzaron un manifiesto en el cual promovían –sin nombrarla– la objeción de conciencia institucional frente a la eutanasia. «Hemos elaborado un sencillo manifiesto de expresión del valor de la vida y del cuidado», escribían, «y de oposición a la práctica eutanásica en nuestros Centros, como entidades de la Iglesia católica». Esta posición recibió el apoyo del reaccionario Comité de Bioética de España, que avala la declaración de «centros libres de eutanasia» –sin pérdida de conciertos, por supuesto, en caso de que los hubiere–, pero fue tajantemente rechazada por los Comités de Bioética de Cataluña y Andalucía.

La realidad se encargó de poner la zancadilla a esta posición tan rígida, porque una contradicción entre ideología e interés crematístico puede cambiar las cosas. Tres días después de la firma del manifiesto, la prensa dio a conocer el cambio de posición expresado por el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, cuyos servicios están financiados en un 87% por dinero público. Sintiendo el peligro, se desmarcaron del manifiesto firmado por la orden religiosa que los rige a nivel nacional. Anunciaron que, en su centro, se «respetará la ley de eutanasia y su despliegue normativo», dado que «el respeto a la pluralidad y la atención a las personas sin ningún tipo de discriminación» era, para ellos, un «valor central». Y se comprometieron a evitar «todo sufrimiento innecesario, cuando la curación no ha sido posible». ■

CARME ELÍAS: «CUANDO MI ALZHEIMER SEA MUY AVANZADO QUIERO DEJAR DE VIVIR»

La actriz Carme Elías decidió hacer público que sufre alzhéimer. Lo ha hecho en el marco del Brain Film Fest –evento organizado por la Fundación Pasqual Maragall, la Fundación Uszheimer y Minimal Films–, donde ha recibido un premio y se ha proyectado su última película, ‘Las consecuencias’, en el rodaje de la cual las dificultades que encontró la convencieron de que «algo no iba bien». «Decidí dar la cara. Creo que hacerlo público ayuda a dar visibilidad a una enfermedad que queda encerrada en el interior de las familias».

Elías reivindicó también su derecho



Carme Elías.

a decidir cuándo y cómo morir. «Lo dejo escrito, quiero una muerte digna», declaró. «Yo, cuando mi cabeza esté como la de algunas personas que he visto con esta enfermedad, no querría vivir así, no creo que sea una vida digna, por mucho que te cuiden y tengas una familia que te quiera, y no querría que esto pasara. Yo soy muy consciente de lo que me pasa, sé qué me pasará, que no me daré cuenta y viviré no sé cuántos años porque tengo una salud de hierro, y esto es lo que no quiero. Espero que me dejen morir dignamente a partir del momento que yo tengo escrito en un papel». Durante el primer año de la LORE se ha adelantado la muerte a varias personas en situación similar a la descrita por Elías. Lo habían solicitado mediante testamento vital. ■

MUERTE ASISTIDA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

En 2021, siete fallecidos por eutanasia fueron donantes de órganos. Se realizaron 23 trasplantes a partir de los órganos donados. La regulación de la eutanasia ha creado un nuevo escenario para este proceso.

Durante la reunión anual de Coordinadores de Trasplantes y Profesionales de la Comunicación celebrada en diciembre pasado, se anunció que la Organización Nacional de Trasplantes ultima un protocolo nacional, que permitirá armonizar prácticas y normalizar la donación de órganos de pacientes que hayan recibido la eutanasia en cualquier punto de España, y sustituirá las actuales directrices en vigor. La ONT diseñará también una formación específica para los

coordinadores de estos procesos de donación, dado que se crea una situación diferente a la existente hasta ahora, en la cual, en vez de deliberar con los familiares, en un contexto de eutanasia lo hacen directamente con el paciente.

Según los testimonios de familiares de pacientes, la eutanasia llena de sentido la muerte elegida, lo que compensa la obligación, por razones técnicas, de realizar la donación en un entorno hospitalario. España sigue así los pasos de otros países que cuentan con protocolo y experiencia en este ámbito: Bélgica ya ha tenido 50 donantes que recibieron la eutanasia desde 2011, Canadá más de 100 desde 2017 y Holanda más de 80 desde 2012. ■

LA EUTANASIA EN LA SANIDAD PRIVADA: UN ASUNTO POR RESOLVER

Hasta ahora, la mayoría de los casos conocidos de eutanasia se han desarrollado en la sanidad pública, a pesar de la creciente privatización del sector sanitario en los últimos años, proceso que alcanza cotas máximas en Madrid, Catalunya, Baleares y Canarias según el último informe de la FADSP (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública). Por ejemplo, DMD ha intervenido en Madrid en el caso de una socia que tuvo que pasarse desde la sanidad privada a la pública para tramitar su solicitud. La eutanasia se pudo realizar finalmen-



**Colegio de
Enfermería
de Ciudad Real.**

APOYO DE LA ENFERMERÍA A LA EUTANASIA

El texto de la ley de eutanasia se refiere muy poco a la implicación de la enfermería. Sólo menciona que, al término de los dos procesos deliberativos llevados a cabo con el médico responsable, si el paciente confirma su solicitud, el médico deberá «comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería».

Desde la aprobación de la ley, se han celebrado numerosas reuniones y formaciones que han puesto en evidencia el apoyo de los profesionales de la enfermería a la eutanasia, la conciencia de que su participación y colaboración es esencial, y su interés por informarse y formarse.

El Colegio Oficial de Enfermería de Ciudad Real ha realizado una encuesta en la cual el 76,6% de las interrogadas se pronunciaron a

favor de la regulación; un 78,2% consideraba que la persona tiene derecho a decidir cómo quiere vivir y elegir como quiere morir, y señalaba como razón principal para que una persona quiera terminar con su vida, en un 46,5% de las respuestas, la pérdida de autonomía. Un 67,6% de los participantes afirmó que no objetaría. Finalmente, un 66,4% se declaró partidario de la integración de la enfermería en el equipo sanitario junto a los médicos en todo el proceso de ayuda a morir (información, administración, acompañamiento a paciente y familia, etc.). Otra encuesta realizada en el Colegio Oficial de Enfermería de Baleares obtuvo resultados similares. Ambas se suman a consultas similares en Córdoba, La Rioja, Madrid y varias provincias más. ■



**El presidente de
la FADSP, Marciano
Sánchez Bayle.**

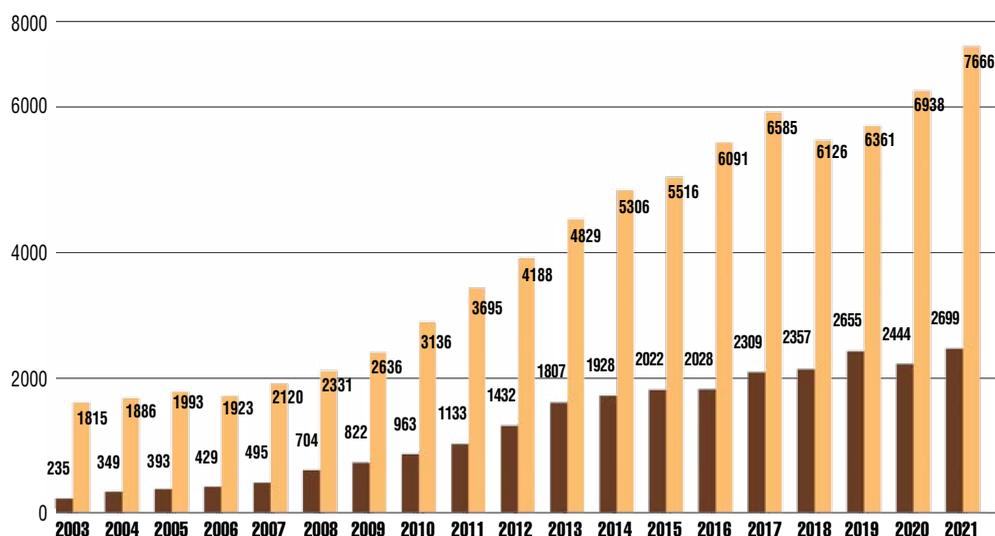
te en la residencia privada en la cual vivía esta socia, tal como estipula la ley en su artículo 14: «La prestación de la ayuda a morir se realizará en centros sanitarios, privados o concertados, y en domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia o por el lugar donde se realiza.» En este caso, debido a la objeción de conciencia de los profesionales médicos de la residencia y del área, se tuvo que recurrir a la intervención de un médico independiente. ■

BÉLGICA Y PAÍSES BAJOS

20 años de ley de eutanasia

Bélgica y Países Bajos fueron pioneros al aprobar una ley de eutanasia en 2002. Los dos países tienen, sin embargo, una trayectoria diferente. En los Países Bajos, la práctica impune de la eutanasia por los médicos se viene construyendo desde los años setenta del siglo pasado: los tribunales fueron creando una línea de jurisprudencia que tendía a absolver los casos de eutanasia si se cumplían los requisitos que a lo largo de los años iba estableciendo la Real Asociación Neerlandesa de Médicos. En Bélgica fue una situación política favorable, con el fracaso de los partidos confesionales en las elecciones de 1999, la que creó las condiciones para la aprobación de la ley.

Veinte años después, con una práctica muy consolidada y con gran apoyo entre la ciudadanía, estos dos países son el mejor exponente de que el miedo a la eutanasia no tiene sentido: los informes publicados anualmente



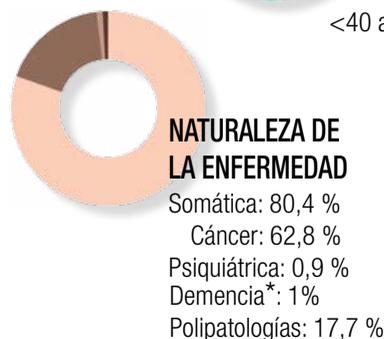
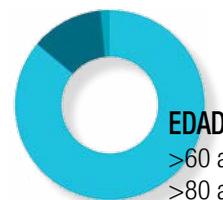
2003-2021 Eutanasias en Bélgica Países Bajos

prueban que la pendiente resbaladiza es un invento de los integristas, y que las «personas vulnerables» no están expuestas a ningún peligro especial.



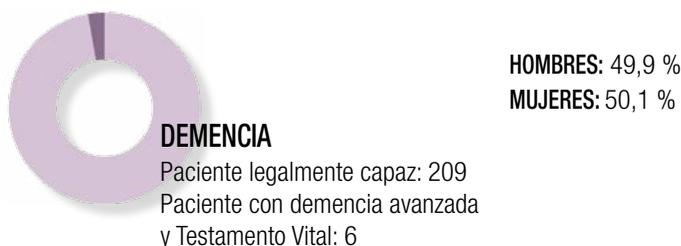
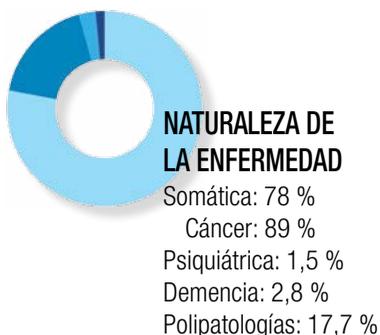
Una situación sin grandes cambios

Cifras 2021 En 2021, se notificaron 2699 eutanasias en Bélgica, lo que representa un aumento del 10,39% en comparación con el año anterior. Los fallecimientos por eutanasia representan el 2,4% del total de muertes. En el 84,1% de los casos, la persona estaba en fase terminal. La Comisión de Control y Evaluación no remitió ningún caso a la fiscalía en 2021.



*Posible sólo en etapa temprana, cuando el paciente es todavía competente y capaz.

En 2021, se notificaron 7.666 eutanasias, un aumento del 0,4% en relación con el año anterior. Los fallecimientos por eutanasia representaron el 4,5% del total de los fallecimientos. No se denunció ningún caso a la fiscalía.



La NVVE (Asociación Holandesa para un Final de Vida Voluntaria) critica que dos de cada tres solicitudes de eutanasia son rechazadas y deplora que la eutanasia siga siendo todavía un tabú para demasiado médicos.

La asociación expresa su inquietud por el aumento del 17% al 22% de los fallecimientos tras una sedación paliativa. Probablemente, muchas solicitudes de eutanasia no se tramitan y se resuelven con una sedación.

Las solicitudes que emanan de casos considerados complejos -pacientes con demencia, con trastornos psiquiátricos o ancianos aquejados de pluripatologías vinculadas con la vejez- son a menudo rechazadas por el médico habitual del paciente. Pueden recurrir al Centro de Expertos de la eutanasia (*ExpertiseCentrum Euthanasie*), pero la lista de espera en este centro no cesa de crecer debido al aumento de peticiones.

Aumenta entre la ciudadanía la reivindicación de una autodeterminación real al final de la vida, es decir de una 'desmedicalización' de la ayuda a morir. Es una demanda que no encuentra respuesta en la legislación vigente.

No hubo ningún caso de menores de edad en 2021. Desde 2014, cuando se reguló, sólo se han dado 4 casos.

En Bélgica y en Países Bajos, las eutanasias por trastorno mental o por un trastorno cognitivo, como la enfermedad de Alzheimer, siguen siendo un número pequeño y estable.

En Bélgica, las Directrices Anticipadas de Eutanasia son válidas exclusivamente en caso de coma irreversible: sólo hubo 17 casos en 2021.

La Comisión de control considera necesario precisar que, en el caso de los pacientes oncológicos, junto al sufrimiento físico refractario, se expresa a menudo un «*sufrimiento psíquico grave*» que «*los cuidados paliativos no son capaces de aliviar de una manera aceptable para la persona*», y que a menudo el paciente, en estos casos «*prefiere la eutanasia a una sedación paliativa*».

¿HASTA QUÉ PUNTO ES NECESARIA UNA REGULACIÓN DEL SUICIDIO ASISTIDO?



Rueda de prensa de Dignitas Deutschland, DGHS y Der Verein Sterbehilfe.

Al amparo de la sentencia del Tribunal Constitucional de 2020, que establece el derecho a la autodeterminación al final de la vida y a recibir ayuda para ejercer este derecho-, las asociaciones *Dignitas Deutschland*, *DGHS* y *Der Verein Sterbehilfe* volvieron a realizar acompañamientos al suicidio. Han creado sus propios protocolos y, entre las tres, han ayudado a morir a 256 personas en 2021.

En una reciente rueda de prensa, celebrada en reacción a tres proyectos de ley registrados en el Bundestag, se han pronunciado conjuntamente en contra de toda regulación restrictiva y defienden la situación actual. Se oponen a la criminalización de la ayuda al suicidio, así como a la obligatoriedad del asesoramiento médico y a períodos de espera reglamentados. Rechazan en particular toda exigencia de exámenes psiquiátricos «porque, a quien quiera suicidarse, le resultará muy difícil encontrar a un psiquiatra que acredite su capacidad y competencia para tomar decisiones, ya que en el ámbito de la psiquiatría sigue existiendo el convencimiento de que las intenciones suicidas son casi exclusivamente de carácter patológico».

Tres proyectos de ley a debate

Un primer proyecto presenta un enfoque tan restrictivo que ha sido calificado de «ley de prevención del suicidio 2.0» por sus detractores. Prevé que, además de un asesoramiento médico a través de organismos estatales que consistirían esencialmente en ofrecer alternativas al suicidio, el solicitante se someta a dos exámenes psiquiátricos. Sólo los familiares o personas cercanas al solicitante podrían acompañar el suicidio, lo que volvería de hecho a prohibir actuar a las asociaciones.

Una contrapropuesta más abierta

Otro texto más progresista establece que «todo aquel que quiera poner voluntariamente fin a su vida, libremente y sin sufrir coacciones, tiene derecho a pedir ayuda para ello» y «cualquiera puede prestarle ayuda y acompañarlo hasta que se produzca la muerte». El proceso a seguir estipula una conversación de asesoramiento que se realizaría en una red de centros privados financiados con fondos públicos. Si el solicitante mantiene su decisión de morir, recibirá un informe a entregar a un médico que,

pasado un plazo de diez días, recetará el fármaco letal.

Nunca dos sin tres

Finalmente, dos diputadas de Los Verdes han presentado un proyecto alternativo que define dos vías diferentes de acceso a la ayuda a morir según que el fundamento de la solicitud sea una enfermedad grave e incurable u otro motivo. En el primer caso, los médicos tendrán un papel central en el procedimiento, en el segundo, la persona tendrá que realizar dos ciclos de consultas separados por un plazo mínimo de dos meses en centros de asesoramiento que evaluarán si la solicitud resulta de una voluntad libre, si está bien reflexionada y mantenida en el tiempo. Este proyecto prevé castigos penales importantes en caso de incumplimiento de los estándares definidos para la prescripción y el almacenamiento del fármaco letal.

Un primer debate parlamentario «de orientación» ha tenido lugar a finales de mayo, con vista a la votación de un texto consensuado este otoño. ■



NUEVA GALES DEL SUR

Nueva Gales del Sur es el último Estado australiano en regular la muerte voluntaria médicamente asistida, después de meses de demora y un maratónico debate en la cámara alta. La ley,



COLOMBIA LEGALIZA EL SUICIDIO ASISTIDO



Sala Plena de la Corte Constitucional donde se votó la legalización del suicidio asistido.

La Corte Constitucional acaba de fallar a favor de la demanda de inconstitucionalidad interpuesta por el Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DescLAB) en contra del artículo 107 del Código Penal. Esto significa que el suicidio medicamente asistido puede practicarse en Colombia de manera legal como parte del derecho a una muerte digna. La decisión obtuvo 6 votos a favor y 3 en contra. Según la sentencia, sólo podrá prestar ayuda para morir un profesional de

la medicina. El solicitante deberá formular un consentimiento libre, informado e inequívoco; tendrá que padecer una lesión corporal o una enfermedad grave e incurable debidamente diagnosticada por un profesional de la salud y experimentar dolores físicos y psíquicos «incompatibles con su idea de dignidad». A partir de ahora en declaración de DescLAB, «el reto será crear una regulación que elimine las barreras de acceso para este nuevo mecanismo». ■



EL CAMINO TORTUOSO HACIA LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA



Activistas de la Asociación Luca Coscioni se manifiestan a favor de una ley de Eutanasia en Italia.

El Parlamento italiano aprobó en marzo el proyecto de ley titulado «Disposiciones sobre la muerte voluntaria asistida», pocas semanas después del rechazo, por el Tribunal Constitucional, de una propuesta de referéndum impulsada por la Asociación Luca Coscioni y avalada por 1,4 mi-

llones de firmas, destinada a conseguir la modificación del artículo del Código Penal relativo al «homicidio consentido». El texto de ley está ahora a la espera de su tramitación en el Senado. Es tan restrictivo que hasta ciertos sectores de la Iglesia lo consideraron favorablemente. Exige

que el paciente adulto que solicita ayuda para morir esté en la etapa terminal de su enfermedad (pronóstico de menos de seis meses), experimente un sufrimiento *a la vez* físico y psíquico y dependa de medidas de soporte vital.

La Asociación Luca Coscioni, denuncia el carácter discriminatorio del texto, que excluiría no sólo a algunos pacientes de cáncer sino a todos los que padecen enfermedades neurodegenerativas, y critica la complejidad administrativa de los protocolos. A la vez reclama una mejora del texto, e intenta hacer presión con una intensa movilización ciudadana, para que el Senado no retrase la programación de los debates sobre la ley. ■

que se aprobó el 19 de mayo, limita el acceso a la muerte voluntaria asistida a personas con enfermedades terminales con un pronóstico de menos de seis meses, o 12 meses en el caso de una persona con una enfermedad neurodegenerativa que experimente un sufrimiento insostenible. Entrará en vigor dentro de 18 meses. ■



Manifestación ante el Parlamento: «Murieron esperando».

¿SEÑALES DE CAMBIO?

«Expreso una opinión personal: soy favorable a una evolución hacia un modelo de tipo belga» declaró Macron en campaña. Con unos días de diferencia, Richard Ferrand, presidente de la Asamblea Nacional perteneciente al partido del gobierno, dijo que la gran reforma de la próxima legislación sería «el reconocimiento del derecho a morir con dignidad».

El programa de campaña del candidato Macron prometía some-

ter «la cuestión del final de la vida a una convención ciudadana», que daría lugar luego a un referéndum sobre la base de las propuestas de esta convención. Una vez pasadas las elecciones, el nombramiento de Brigitte Bourguignon como nueva ministra de Sanidad despierta esperanzas entre los que desean un cambio legislativo relativo a la eutanasia, y muchas inquietudes en particular en el ámbito de los cuidados paliativos.

Estas reacciones encontradas están motivadas por el apoyo firme que Brigitte Bourguignon, entonces diputada, prestó a Marie Humbert, en 2003, en su lucha para ayudar a morir a su hijo tetraplégico. «Teníamos una enorme complicidad. Defendíamos la excepción de eutanasia, en casos extremos, como se hace en Bélgica» declaró en 2018, en reacción a la muerte de Marie Humbert. ■

LA LEY DE EUTANASIA ANTE EL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS

La organización polaca ultraconservadora Ordo Iuris apoya la demanda presentada ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos de Estrasburgo por el ciudadano belga Tom Mortier contra la ley belga de eutanasia. Argumenta que «la eutanasia, como asesinato intencional de un ser humano por un acto o una omisión, presumiblemente a petición de la víctima, es incompatible con la prohibición del asesinato intencional formulada en el artículo 2 de la Convención Europea de los Derechos Humanos».

Tom Mortier, apoyado por ADF International, una asociación religiosa estadounidense con oficinas en Viena, presentó una demanda judicial en Bélgica cuando se enteró de la eutanasia de su madre, con quien había roto relaciones desde hace años. Después de haber ago-



Palacio de la Nación.

tado todas las posibilidades de recursos en Bélgica, se ha dirigido al Tribunal de Estrasburgo.

«Este juicio es un ataque frontal contra la ley belga relativa a la eutanasia», dice Jacqueline Herremans, presidenta de ADMDB. La asociación se ha personado en la causa porque «una condena a Bélgica tendría consecuencias más allá de nuestras fronteras. Podría crear jurisprudencia. Pienso que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos quiere hacer de este caso un símbolo», añade. ■

PRIMER AÑO **LEY DE EUTANASIA**

**SOLICITAR
UNA
EUTANASIA
EN 2022**



**LA LEY
AVANZA**

DE MANERA
DESIGUAL SEGÚN
AUTONOMÍAS

**TRABAJAMOS
POR UN
CAMINO
SIN OBSTÁCULOS**



Resolvemos tus dudas
Asesoramos a profesionales
Detectamos fallos de implementación
Proponemos mejoras en cada autonomía

**¡GRACIAS POR
APOYARNOS!**

dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE



Todo ha ido bien

La oportunidad de ver un estreno sobre muerte voluntaria no se suele dar muy a menudo. En 2021 nos encontramos con la película «Todo ha ido bien» de François Ozon. No está destinada a convertirse en una película de culto, ni es la mejor sobre la cuestión planteada, pero sí que recoge varios elementos útiles para la reflexión.

El sencillo argumento está inspirado en hechos reales: un hombre de avanzada edad (André) sufre un accidente cerebrovascular que le deja con importantes secuelas, por lo que decide pedirle a sus dos hijas que le ayuden a morir.

La acción discurre en Francia, donde las leyes no permiten morir mediante eutanasia pero sí está vigente la posibilidad de retirar tratamientos, aliviar el sufrimiento con fármacos y recibir una sedación profunda hasta la muerte. La situación legal facilita la trama, ya que el padre quiere que sus hijas lo arreglen todo para poder viajar a Suiza y recurrir al suicidio asistido, una solución habitual en el país galo.

A lo largo del film podemos ver cómo los asuntos comunes salen a

escena: la dificultad del entorno para comprender, e incluso respetar, la voluntad del paciente y el choque entre la determinación del protagonista y el conflicto interno de cada personaje con respecto a la muerte. Cada cual siente el peso de sus convicciones religiosas, morales o éticas de forma distinta. También vemos como, recuperado el control sobre el propio final, el miedo va desapareciendo y es sustituido por la serenidad y, a cada momento, la clandestinidad amenaza con frustrar los planes, cercar a los colaboradores o impedir una muerte

acompañada. Por último, no podemos obviar que, desprovistos de leyes que aseguren este derecho, sólo podrán acceder a una muerte con garantías aquellas personas que tengan una situación económica favorable para asumir cualquier coste asociado, y este es el caso de André.

En muchas películas donde se aborda esta temática, el espectador puede empatizar con el protagonista a través del sufrimiento que experimenta. En esta ocasión, el paciente es un hombre narcisista y egoísta que siempre ha vivido teniendo a los demás pendientes de él y de sus necesidades: «A papá no se le puede



en primera persona

decir que no» repiten ambas hijas. Entendemos, por tanto, que el foco no se encuentra mirando al padre, sino a sus hijas y sobre todo a una de ellas (Emmanuelle), que lleva a sus espaldas el peso del encargo y a través de ella recorreremos todo el metraje. Al final, el protagonista ni da las gracias por el favor ni pide perdón por las molestias, y aquí va el espóiler: logra su propósito y accede a la ansiada ayuda para morir. Todo fue bien.

Sea una producción excelente o regular, el cine siempre nos permite abrirnos al debate y al intercambio de ideas. DMD organizó, a raíz del estreno, algunos cineforum

donde pudo debatir con el público los detalles de esas vidas ficticias, que no son más que el reflejo de las nuestras y las que reconocemos a diario en la asociación. Por eso apostamos por la divulgación, por la sensibilización y por utilizar el cine como herramienta para disparar a las conciencias y abrirlas a nuevos enfoques, permitiendo así construir un criterio válido sobre la disponibilidad de la propia vida. ■

Una novela gráfica francesa sobre ayuda al suicidio

Los miembros de la asociación «En toute conscience» –nombre ficticio de una asociación real llamada ‘Ultime Liberté’– militan y actúan a favor de la libertad al final de la vida, libertad para decidir cómo y cuándo morir. Su militancia se sitúa en una zona gris –gris es el tono dominante de los dibujos– al margen de la ley.

El dibujante, Livio Bernardo, es hijo de uno de los doce militantes de la asociación ‘Ultime Liberté’ actualmente investigados por la justicia por «importación y contrabando de sustancias peligrosas para la salud» (léase: pentobarbital).

El esfuerzo del grupo para disuadir de su impulso suicida a un joven de 25 años –Vincent– abandonado por su novia, es el hilo conductor del relato. El grupo requerirá su ayuda en varios acompañamientos que reflejan situaciones reales en las cuales la persona que necesita ayuda para morir no puede seguir viviendo en la situación en la cual se encuentra por sufrimiento constante, dependencia, imposibilidad a llevar una vida que considere digna de ser vivida.

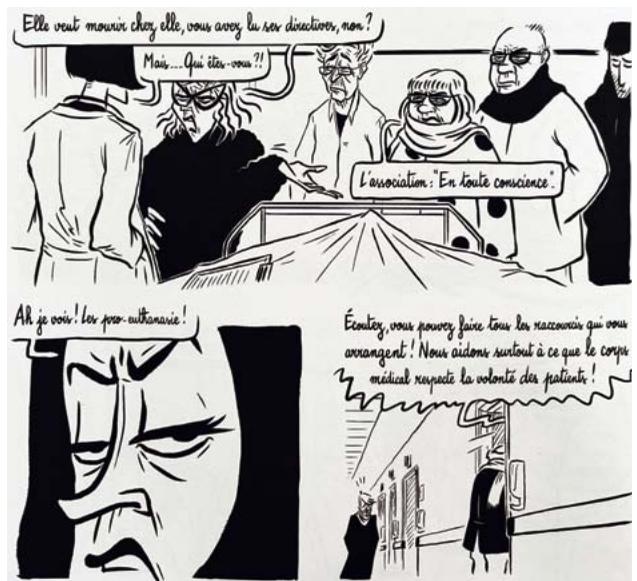


El hilo del relato lleva tanto a Vincent como al lector a reflexionar sobre los motivos de una decisión sin retorno a través de una serie de episodios muy concretos y bien documentados. Refleja también en todas sus contradicciones los debates y las dudas que agitan al grupo de militantes, así como los motivos que los han llevado a implicarse en esta lucha. Es un claro homenaje a su valor, su sinceridad y su compromiso que se oponen a la hipocresía de unos políticos que no se atreven a asumir un cambio legislativo que la mayoría de la ciudadanía francesa anhela.

Un libro inteligente y sensible además de estéticamente muy hermoso. Muy recomendable. ■

Un fragmento de la novela gráfica.

–Quiere morir en su casa. ¿Ha leído sus directrices, no?
–Pero... ¿Quién es Vd.?
–La Asociación «En toda Conciencia».
–¡Ya ve!
¡Los pro-eutanasia!
–Puede llamarnos como quiere. ¡Nosotros ayudamos a que los profesionales médicos respeten la voluntad de los pacientes!





Katie Engelhart, periodista y autora de «The inevitable».

«Cuando la ley se queda corta, la gente encuentra otro camino»

Esta frase podría ser el hilo conductor del libro ‘The inevitable’ (Lo inevitable) de la periodista canadiense de investigación Katie Engelhart. Fruto de varios años de trabajo, esta obra desarrolla de manera muy documentada el tema fundamental de la muerte clandestina: las motivaciones y las andanzas de personas que se preguntan por qué un sistema médico que puede hacer tanto para tratar de extender sus vidas hace tan poco para ayudarlas a morir de una manera pacífica, digna y sin dolor. Buscan entonces por sí mismas la manera de alcanzar esta ‘buena muerte’ deseada al margen de la legalidad vigente.

A través de las extensas historias de cuatro personas en situaciones diversas y con patologías diferentes –edad avanzada con múltiples patologías, enfermedad degenerativa como la esclerosis múltiple, alzheimer incipiente o trastorno mental con años de tratamientos infructuosos–

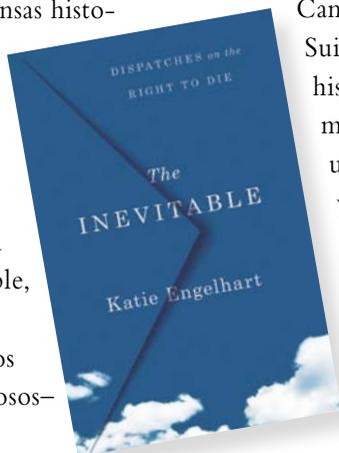
el libro cuenta los caminos que permiten hacer realidad el deseo de morir antes de que la vida –según sus propios criterios–, ya no sea digna de ser vivida. En muchos casos, la guía imprescindible es el Peacefull Pill Handbook (Libro de la Píldora Apacible) difundido por Exit International a través de su página web.

La periodista acompaña a estas personas durante períodos largo de tiempo. Desarrolla de manera muy dinámica sus historias y explora tanto la situación en los países donde se puede acceder bajo ciertas condiciones estrictamente reguladas a una forma u otra de ayuda a morir –Estados Unidos,

Canadá, Países Bajos, Suiza– como la historia del movimiento a favor de una muerte digna y de las principales asociaciones internacionales que lo componen, con sus metas a veces muy diferen-

tes y sus contradicciones. El libro recalca la dificultad para conseguir el preciado pentobarbital y dibuja la represión lanzada desde Estados Unidos contra la adquisición de este producto por internet, con intervenciones policiales en Canadá, Nueva Zelanda, Australia y Gran Bretaña.

Dos médicos son protagonistas de los capítulos inicial y final del libro. El primer capítulo cuenta la experiencia de un médico californiano que actúa intentando ensanchar lo más posible los estrechísimos límites de la ley de suicidio asistido vigente allí. En el último capítulo, Philip Nitschke y Fiona Stewart, de Exit International, acogen a la periodista en su casa (Países Bajos). Muy críticos con el modelo de muerte asistida medicalizada y el papel de juez desempeñado por los médicos, abogan y militan por un modelo en el cual una muerte apacible no tendría que ver con el grado de enfermedad padecido. Sería sencillamente un derecho humano: «un derecho es un derecho», afirman, «y nadie tendría que suplicar a un médico para poder ejercerlo». ■



¡IMPLÍCATE!

DMD es un movimiento ciudadano que defiende el derecho a poder decidir cómo y cuándo morir.

Las personas asociadas se organizan en grupos de trabajo para reivindicar que se cumplan los derechos al final de la vida en cada comunidad autónoma. Si eres de DMD y quieres implicarte más, únete a un grupo de trabajo y podrás:

- ✓ Informar a la ciudadanía
- ✓ Impulsar el testamento vital
- ✓ Asesorar sobre eutanasia
- ✓ Vigilar que la ley se cumpla
- ✓ Proponer mejoras a la administración

MORIR EN
PAZ ES UN
DERECHO

CONTÁCTANOS

DMD FEDERAL

informacion@derechoamorir.org
91 369 17 46
Puerta del Sol 6, 3º IZDA | 28013 Madrid

DMD ANDALUCÍA

dmdandalucia@derechoamorir.org
689 101 113

DMD ARAGÓN

dmdaragon@derechoamorir.org
644 082 016 / 660 236 242
Apartado de Correos 14011 | 50080 Zaragoza

DMD ASTURIAS

dmdasturias@derechoamorir.org
689 308 665

DMD CATALUNYA

dmd@dmd.cat
934 123 203 / 629 02 13 43
Av. Portal de l'Àngel, 7 - 4ºN | 08002 Barcelona

DMD EUSKADI

dmdeuskadi@derechoamorir.org
635 738 131
Araba nº 6 semisótano. | 48014 Bilbao

DMD GALICIA

dmdgalicia@derechoamorir.org

DMD MADRID

idmdmadrid@derechoamorir.org
91 369 17 46
Puerta del Sol, 6 - 3º Izda. | 28013 Madrid

DMD NAVARRA

dmdnavarra@derechoamorir.org
696 357 734

DMD CASTILLA Y LEÓN

dmdcastillayleon@derechoamorir.org
613 110 909

DMD COM. VALENCIANA

dmdvalencia@derechoamorir.org
608 153 612 / 962 023 912
C/ Pérez Pujol, 10, 3er pis 6D | 46002 | València

porque apoyo el avance en derechos

porque la ciudadanía unida puede más

porque quiero ser libre hasta el final

SOY DE
dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE



38 años trabajando por el derecho a
LA MUERTE DIGNA

¡ÚNETE!



derechoamorir.org

