

The background of the entire page is a large, clear glass hourglass. The top bulb is wider than the bottom bulb, and the narrow neck in the center is the focal point. The lighting creates highlights and shadows on the glass, giving it a three-dimensional appearance.

**ASOCIACIÓN**  
**dmd**

**DERECHO A  
MORIR  
DIGNAMENTE**

Nº 88 ● SEGUNDO SEMESTRE 2022

**EN CONTEXTO**

**Fernando Marín,  
Médico**  
**«Doctora,  
quiero solicitar  
la eutanasia»**

**ENTREVISTA CON**

**ALBERT TUCA**

*Presidente CGE Cataluña*

**«El primer día  
ya había solicitudes  
de eutanasia»**

**PERSPECTIVA**

**JOSÉ LUIS TRASOBARES,  
Periodista**

**«Los enemigos de  
la eutanasia  
están al acecho»**

**ANÁLISIS**

**Desigualdades en  
el acceso  
a la eutanasia**

¿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@derechoamorr.org](mailto:informacion@derechoamorr.org)

## Seguimos en la brecha

Ha pasado ya más de año y medio desde la entrada en vigor de la LORE. En todo este tiempo, DMD ha desplegado una gran actividad. Los activistas de la asociación han seguido atentamente el desarrollo de la ley en los diferentes territorios, formulado recomendaciones a las administraciones, asesorado a profesionales y pacientes, atendido a los medios de comunicación, ayudado a redactar recursos en casos de informes desfavorables a sus solicitudes, difundido información rigurosa, etc. Una actividad intensa que muestra hasta qué punto es necesaria nuestra asociación para asegurar la efectividad del nuevo derecho.

Una parte importante del trabajo de la asociación ha consistido en monitorizar el funcionamiento efectivo de la ley. A la hora de entregar esta revista a la imprenta, estamos todavía a la espera del informe 2021 del Ministerio de Sanidad que recoja los datos de todas las comunidades autónomas, y no se dispone de datos oficiales aparte de los informes publicados por Cataluña y Asturias. Frente a esta carencia notoria de información, nuestra implantación territorial nos permite ofrecer un primer análisis cualitativo de la situación, con sus luces y sus sombras. Aunque el rasgo más sobresaliente del análisis sea la existencia de unas desigualdades muy preocupantes entre las diferentes comunidades, el buen funcionamiento en algunos territorios permite mirar el futuro con un razonable optimismo, confiando en que las buenas prácticas de algunas comunidades acaben aplicándose en las otras.

Y si hablamos de futuro, tenemos que ser conscientes de que estamos a las puertas de un año electoral en el cual nos jugamos mucho. En 2023 se celebrarán elecciones municipales y autonómicas en mayo y generales en noviembre. Sabemos que no basta con conseguir un derecho, sino que hay que defenderlo, lo que implica que paralelamente a las tareas anteriormente señaladas, nos tocará estar presentes en el terreno político y convencer a los representantes de los partidos políticos de la necesidad de incluir en sus programas el desarrollo de los derechos al final de la vida.

En resumidas cuentas, nuestra acción sigue siendo de vital importancia para asegurar que la LORE funcione y se respete el derecho de la ciudadanía a acceder a una muerte digna. ■

Revista **dmd**

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

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

[informacion@derechoamorrir.org](mailto:informacion@derechoamorrir.org)

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

*Coordinación:* Loren Arseguet

*Redacción:* Borja Robert, Fernando Marín, Fernando Pedrós, Loren Arseguet, Pau Garcés, Joan del Alcàzar, Ramón Riu Fortuny, José Luis Trasobares, Jaume Ramon, Eurne Eguino, Soco Lizarraga.

*Diseño y maquetación:* Javier Ureña

*Impresión:* AFANIAS 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!

ESCANEA EL  
CÓDIGO PARA  
ASOCIARTE



derechoamorir.org

*También  
puedes  
asociarte aquí*

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

+ Info: 91 36 91 746



**ANÁLISIS / DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE LA AYUDA A MORIR** ..... 6  
*Un análisis cualitativo y provisional del primer año de ley de eutanasia.*

**ENTREVISTA / «EL DÍA DE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA LEY YA HABÍA SOLICITUDES EN MARCHA»** .....12  
*Albert Tuca, presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de Catalunya.*

**REPORTAJE / ASÍ TRABAJA UNA UNIDAD DE APOYO PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR** ....16  
*En Lanzarote se formó uno de los primeros grupos que facilitan la tramitación de las solicitudes.*

**EN CONTEXTO / «DOCTOR, QUIERO SOLICITAR LA EUTANASIA»** .....20  
*La importancia del proceso deliberativo. Texto: Fernando Marín, médico y vicepresidente de DMD.*

**ESTACIÓN TERMINAL / QUIÉN ES QUIÉN EN LA EUTANASIA** ..... 23  
*Tribuna de Fernando Pedrós, periodista y filósofo.*

**ANÁLISIS / EL DERECHO A LA EUTANASIA DEL PISTOLERO INVESTIGADO** ..... 24  
*Los motivos por los que se autorizó la eutanasia del preso Marín Eugen Sabau.  
 Texto: Ramón Riu Fortuny, jurista y voluntario de DMD Catalunya.*

**PERSPECTIVA / LOS ENEMIGOS DE LA EUTANASIA ESTÁN AL ACECHO** ..... 28  
*¿Qué pasaría si los partidos opuestos a la LORE ganan las próximas elecciones?  
 Texto: José Luis Trasobares, periodista y presidente de DMD Aragón*

**NOTICIAS** ..... 31  
*La actualidad de los derechos sanitarios al final de la vida.*

**NOTICIAS INTERNACIONALES** ..... 36  
*Repasamos las noticias sobre derechos al final de la vida en el mundo.*

**CULTURA** ..... 40  
*La eutanasia y la muerte voluntaria en la literatura y el cine.*



*Apenas hay datos públicos sobre el funcionamiento de la ley de eutanasia. Con la información disponible, y un poco de ayuda, se puede hacer un primer análisis. El resultado: una situación de grandes diferencias entre territorios*

# Desigualdades

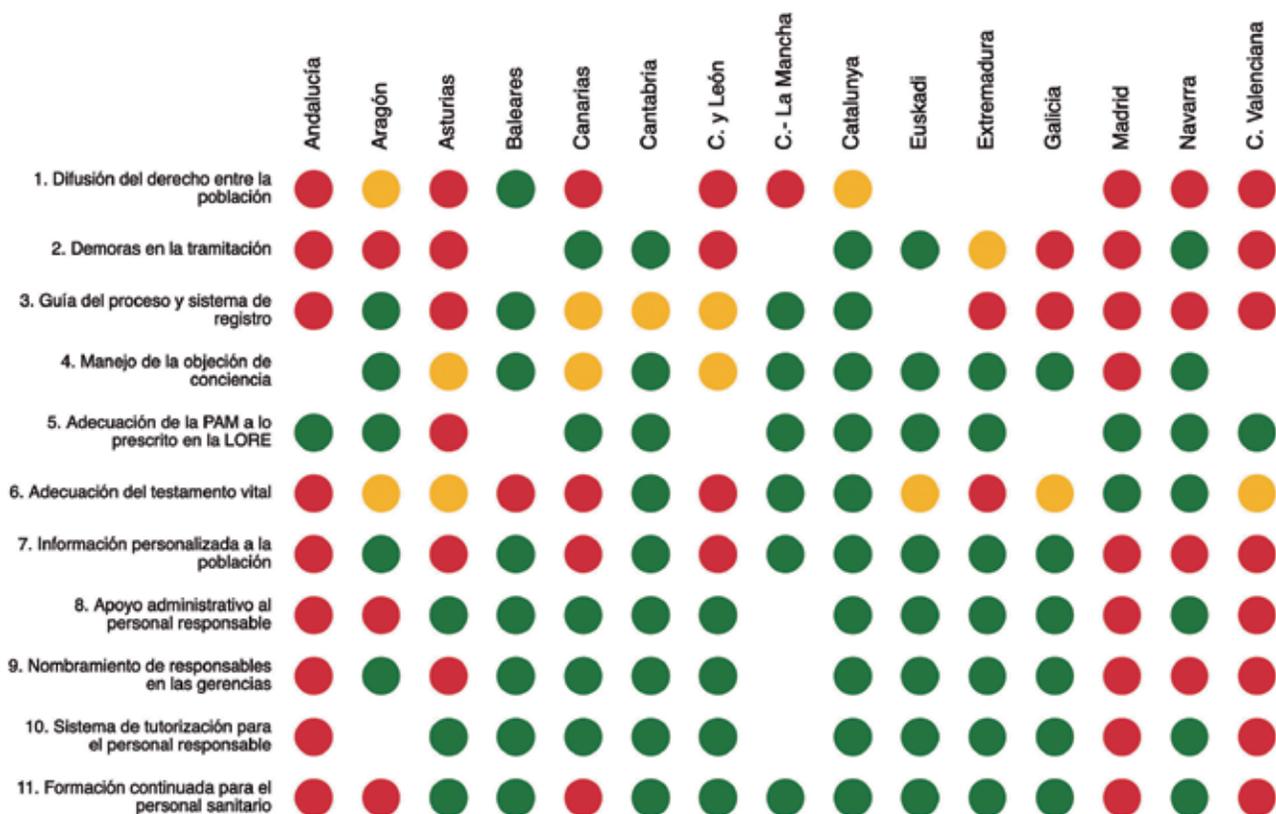
## en el acceso a la prestación de la ayuda a morir

Texto: **FERNANDO SANZ**  
Médico de familia y  
miembro de DMD

Desde el principio sospechábamos que habría dificultades para la implementación de la LORE. Habíamos imaginado cómo podría ser el proceso de puesta en marcha de la prestación de ayuda a morir (PAM) y habíamos formulado recomendaciones concretas a los poderes políticos de las comunidades autónomas. Una de las propuestas era que el proceso fuese transparente: que se facilitara información sobre cómo se estaba desarrollando, sin limitarse a la evaluación anual a la que están obligadas. Cuesta entender el secretismo que ha rodeado el primer año de aplicación de la LORE. Un proceso de tanta trascendencia y tanta complejidad necesita ojos y cabezas que ayuden a orientarlo. Y para eso sirve la transparencia y el rigor en los datos.

Algunas comunidades supieron hacerlo, pero la mayoría ocultaron esta información, amparadas en el deber de confidencialidad (lo único que no preguntábamos eran los nombres, aunque algunos los conocíamos bien). A medida que iban conociéndose los datos se hacían más evidentes las grandes desigualdades entre comunidades que habíamos sospechado desde el principio. Finalmente, cuando se estaba cumpliendo un año de la entrada en vigor y se hicieron públicos —por fin— datos cuantitativos oficiales, de rueda de prensa en rueda de prensa y en conjuntos tan diversos, se hacía imposible la comparación.

Sólo dos ejemplos: con los datos facilitados en junio, en seis comunidades no era posible conocer



el número de solicitudes de eutanasia informadas negativamente por las comisiones de garantía; y el otro: un dato tan trascendente como la duración media de los procesos de ayuda para morir sólo lo hicieron público cuatro comunidades.

### *Acercamiento a los datos disponibles*

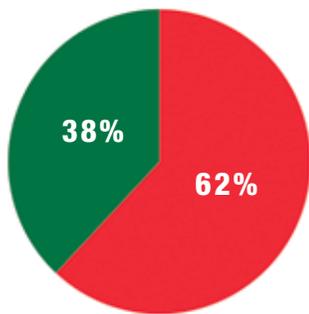
Es poco prudente analizar series de datos tan cortas, pero había que intentarlo: calculando la proporción de personas fallecidas mediante eutanasia respecto del total de muertes, encontramos cinco comunidades con tasas próximas al 1 por mil. El resto se repartían entre la mitad y la décima parte de esa cifra. Esas cinco comunidades eran también las que menos solicitudes habían informado negativa-

mente. Entonces ¿son las comisiones de esas comunidades particularmente permisivas o simplemente reciben los casos mejor seleccionados y mejor estudiados?

Mirando los números es imposible contestar preguntas tan trascendentes como esa. Frecuentemente, cuando se estudian procesos complejos, los indicadores de resultados son inexpresivos y las claves para saber lo que está ocurriendo sólo se pueden obtener analizando detalles de la realidad de esos procesos. No del final, sino de cómo iban ocurriendo las cosas.

Nos parecía urgente avanzar en ese sentido y decidimos intentarlo. Nuestros medios son escasos, pero

*Más de la mitad de la población española reside en territorios que han desarrollado peor la LORE.*



*En demasiadas comunidades se producen demoras inaceptables.*

tenemos dos tesoros que no tiene nadie más: personas observando con detalle lo que sucede alrededor de la muerte voluntaria, en nuestro país y en todo el mundo, y gente asesorando y acompañando a quienes tienen dificultades en el acceso a su derecho a la eutanasia.

Rentabilizar esos tesoros nos parecía una responsabilidad irrenunciable, así que abordamos un modesto proceso de investigación cualitativa que nos diera una visión más detallada de esas diferencias entre comunidades y nos permitiera elaborar hipótesis para orientar nuestro trabajo futuro.

### *Desentrañando la realidad*

Seleccionamos informadoras clave en todas las comunidades en las que DMD tiene presencia e identificamos

una serie de criterios. Algunos corresponden con las recomendaciones que hicimos en su día a los poderes políticos: seguíamos convencidas de que eran las mejores soluciones, de que eran determinantes de éxito para la implementación de la PAM. Así, reunimos esas opiniones autorizadas sobre el proceso de implementación, asumiendo que explicaban buena parte de las diferencias en el acceso al derecho a la eutanasia.

No hemos utilizado una metodología precisa, no hemos cuantificado, pero hemos tratado de explicar lo complejo. Y con el riesgo que implica, mostramos esos datos concentrados en la matriz gráfica de la figura, en forma de semáforo: verde para lo que nuestras informadoras consideran bien cubierto, rojo para lo que no, naranja cuando la información que tenemos no es suficiente para pronunciarnos. Hay huecos blancos donde no tenemos ninguna información.

Cuando reagrupamos esos datos por comunidades, vemos claramente un grupo de ellas que cumplen mejor nuestras recomendaciones. Se corresponden bastante bien con las que tenían tasas más altas de personas fallecidas por PAM. Ahora es fácil trazar una línea de corte entre comunidades más y menos cumplidoras.

### *Lo que falla*

Si reagrupamos nuestros resultados por criterios de evaluación, vemos lo que más preocupa a nuestras infor-

madoras: la difusión a la población no ha sido suficiente, el soporte documental y de apoyo de la PAM no es bueno, en demasiadas comunidades se producen demoras inaceptables, no se ha adaptado el testamento vital a la nueva realidad, demasiadas comunidades no ofrecen información personalizada sobre la PAM, ni buena formación continuada para el personal sanitario, ni manejan bien la objeción de conciencia.

Hemos representado los datos sobre un mapa. Los territorios que nuestro particular mapa muestra en rojo han desarrollado peor la PAM, en relación con nuestras recomendaciones. En muchos de esos territorios parece que se está dificultando el acceso de sus poblaciones a la eutanasia.

Es posible que algunas de estas comunidades, a día de hoy, estén manejando bien la PAM, pero sin duda tiene potencial de mejora desde nuestro punto de vista, o sus desarrollos serán más frágiles frente a dificultades como eventuales cambios de personas o gobiernos.

Cuando trasladamos esos datos a la perspectiva poblacional, la realidad resulta más inquietante: más de la mitad de la población española reside en territorios que han desarrollado peor la LORE, y cabe pensar que puedan resultar perjudicados en su acceso a la eutanasia. Las historias que vamos conociendo a través de la atención personalizada confirman esta sospecha.

### Ordenado por comunidades



Created with Datawrapper

### Ordenado por criterios

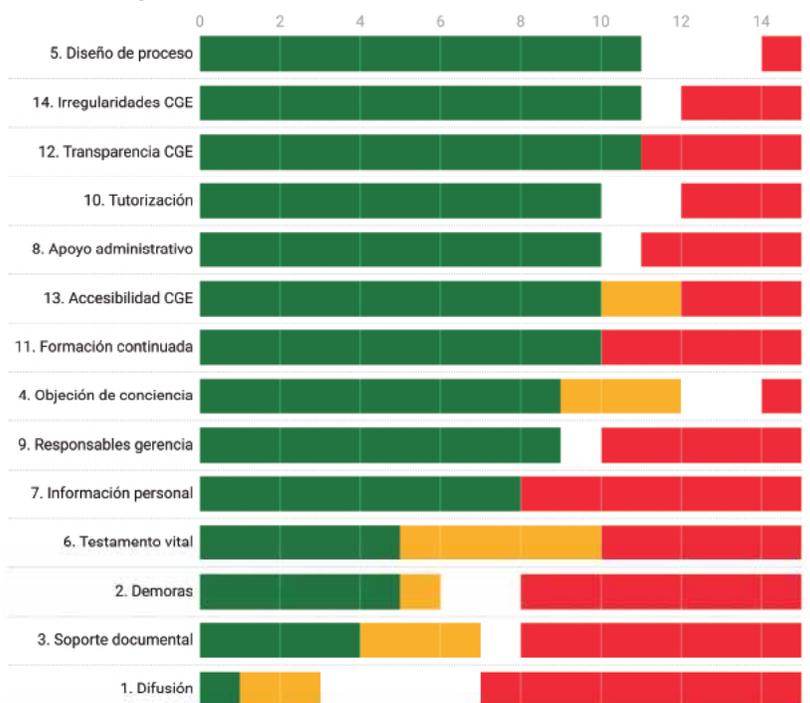


Gráfico: F. Sanz • Fuente: DMD • Creado con Datawrapper

*Es inexcusable que DMD asuma el reto de monitorizar con rigor la realidad del acceso de la ciudadanía al derecho a la eutanasia.*

### *El eslabón fundamental: los gestores*

Conocemos bien las limitaciones del abordaje que estamos presentando: necesitaríamos definiciones más precisas de los criterios que hemos elegido y un consenso más amplio para seleccionarlos. Un consenso, además, que nos permita como organización actualizar de algún modo nuestras recomendaciones a las autoridades políticas, e incorporar también otra perspectiva: una buena parte del funcionamiento de la PAM depende no tanto de decisiones políticas como de personas concretas que, desde el ámbito de la gestión, determinan con su trabajo que las directrices políticas se lleven a la práctica o se dejen de lado.

Pensemos, por ejemplo, en el manejo de la objeción de conciencia, con leyes que la regulen o sin ellas (como ahora). Las personas que van a detectar y manejar la objeción de conveniencia, a buscar responsables alternativos o a dar cabida a toda la carga de trabajo de la PAM redistribuyendo tareas en los equipos, no son los poderes políticos: son personas del ámbito de la gestión en quienes se piensa poco, a quienes muchas veces no se forma ni se les facilitan herramientas de trabajo adecuadas.

Tendremos también que pensar bien el peso relativo de cada uno de los criterios elegidos, y ponderar el sentido de las valoraciones: para muchos criterios, no tiene el mismo peso un resultado positivo que uno negativo. Por ejemplo, nuestras informadoras señalan pocos casos de miembros de las comisiones que les

parezcan recusables, pero un solo caso denunciado debe analizarse en detalle, porque puede resultar muy grave.

Un solo caso de actuaciones de una CGE que pueda considerarse una extralimitación de sus funciones tiene que analizarse porque indica una disfunción y por el riesgo de que genere un daño evitable. Tendremos que definir mejor el perfil de las informadoras clave y, seguramente, aumentar su número.

### *Una tarea ineludible para DMD*

Tendremos que hacer tantas cosas que cabe cuestionarse si le corresponde a una organización como la nuestra la responsabilidad y la tarea de una evaluación tan compleja. Una pregunta más para el debate. Para mí es impensable que DMD sea la única organización que lo haga. Pero también lo es que no lo hagamos.

Esperemos que el próximo informe del Ministerio de Sanidad se ocupe de analizar en profundidad no sólo el trabajo de las comisiones sino la realidad asistencial, los aciertos y los errores, para corregir las desigualdades. Esperemos que los observatorios de la muerte digna den también su punto de vista y, con ello, una razón más para seguir exigiendo su generalización.

Pero creo que es inexcusable que DMD asuma el reto de monitorizar con rigor la realidad del acceso de la ciudadanía al derecho a la eutanasia, para orientar nuestra lucha, para denunciar las desigualdades, para asesorar, colaborar, formar, para seguir siendo una asociación imprescindible. ■

# TU LUCHA SEGUIRÁ CUANDO TÚ NO ESTÉS



**Haz un testamento solidario**

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

PUEDES DONAR PARTE DE TU  
HERENCIA O HACER UN LEGADO  
INFÓRMATE CON TU ABOGAD@ O NOTARI@

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

“El día de la entrada en vigor de la ley ya había solicitudes en marcha”



# Albert Tuca

*Albert Tuca, presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de Catalunya, explica cómo se creó y cómo funciona este organismo, esencial para la aplicación de la ley de eutanasia y el primero en publicar su informe anual: un documento ambicioso que va más allá de las cifras.*

Texto: **BORJA ROBERT** • Foto: **PAU GARCÉS**

Una de las novedades de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), al menos respecto a otras normas europeas similares, es que añade un paso adicional al proceso. Además del beneplácito de dos médicos, la prestación de ayuda para morir necesita el aval de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE). Este organismo de ámbito autonómico, formado por profesionales sanitarios y juristas, tiene que verificar que se cumplen todos los requisitos y autorizar —o rechazar— la muerte médicamente asistida.

Además, las CGE son las responsables de resolver las reclamaciones de los pacientes y de publicar un informe anual

con los datos sobre la práctica de la eutanasia en su territorio. La primera en publicar el informe de 2021, el primer año de la LORE, fue la de Catalunya.

Albert Tuca preside la CGE catalana. Hasta la fecha, la que más solicitudes de eutanasia ha recibido y autorizado. Hablamos con él para conocer cómo funciona este organismo.

*¿Cómo se formó la CGE de Catalunya? ¿Cuáles son sus funciones?*

Fue una acción muy diligente del Departament de Salut de la Generalitat. A mediados de junio de 2021, antes de la entrada en vigor de la ley, ya estaba constituida. Se buscaron profesionales sanitarios interesados en el tema y juristas vinculados a comités de ética asistencial.

Nuestras funciones son la verificación de solicitudes, resolver reclamaciones, resolver discrepancias (en el pleno de la CGE) y evaluar el despliegue de la norma.

*¿Cuándo les llegaron las primeras solicitudes?*

El mismo día de la entrada en vigor, el 25 de junio, ya había solicitudes en marcha. De hecho, la primera prestación de ayuda para morir, que se hizo el 12 de agosto, en el Hospital Clínic, correspondía a una petición hecha el 25 de junio.

*¿Además de evaluar las solicitudes también ejercen de organismo de consulta?*

La oficina PRAM (Prestación de Ayuda para Morir), del Departamento de Salud, da soporte a las consultas de los ciudadanos, de los profesionales sanitarios y de la propia CGE. Otra cuestión, es si surgen situaciones controvertidas que pueden depender de la interpretación de la ley. En este caso, la oficina PRAM eleva la consulta a la CGE.

*En este primer año han publicado varios 'posicionamientos' en los que tratan de aclarar aspectos poco claros de la norma. ¿Han sido preventivos o como respuesta a consultas concretas?*

La mayoría han sido preventivos. Además hay que aclarar que son recomendaciones, dado que no somos un órgano legislativo. Podría pasar que en el futuro una resolución normativa no los avale.

*En uno de ellos, por ejemplo, matizan quién debería poder ejercer de 'médico consultor' en una solicitud de eutanasia. La CGE catalana propone una interpretación menos rígida.*

Es un tema controvertido, que la ley no especifica bien, así que publicamos nuestras recomendaciones antes de que hubiese algún problema. Creemos que la interpretación del Ministerio de Sanidad, expresada en el manual de buenas prácticas, es muy restrictiva.

Establece que el médico consultor no puede pertenecer al mismo centro que el responsable y no debe conocer al paciente. Es una interpretación natural, que busca la máxima neutralidad, pero en la práctica diaria su aplicación es difícil para el equipo sanitario y poco amable para el solicitante. A modo de ejemplo, si el médico responsable es un profesional de Atención Primaria y atiende a un solicitante con una enfermedad neurodegenerativa, debería solicitar un médico consultor, especialista en Neurología, de un centro diferente al suyo y que nunca haya atendido al paciente. Esta consulta no es rápida ni fácil y puede ser malinterpretada por el solicitante. En este caso, el posicionamiento de nuestra CGE fue aceptar que el médico consultor pudiera pertenecer al mismo centro y conocer al paciente, siempre que no intervenga en la

“  
**CUANDO SURGEN  
SITUACIONES  
CONTROVERTIDAS,  
SE ELEVAN  
A LA CGE.  
NO SOMOS UN  
ÓRGANO  
LEGISLATIVO,  
EMITIMOS  
RECOMENDACIONES.**  
”

atención directa o justifique la ausencia de conflictos de interés. La idea es que el solicitante interprete el proceso deliberativo y la verificación médica como una atención asistencial que pretende facilitar sus decisiones autónomas, de acuerdo a la normativa legal vigente, y evitar la sensación de comparecer frente a un tribunal.

*¿Cree que hay exceso de cautela con la LORE? En otros países las comisiones solo evalúan a posteriori.*

En nuestra experiencia en Catalunya, creo que no. La virtud de esta ley es que siempre se pueden recurrir las decisiones, tanto de los médicos responsable y consultor, como de la CGE. No es algo negativo. Igual yo, como médico, puedo equivocarme en la interpretación de la ley en un caso concreto, pero el paciente siempre puede reclamar un dictamen desfavorable. El procedimiento es lento y difícil, con una alta exigencia y rigor documental, pero aporta mucha seguridad a las personas solicitantes y a los profesionales que los asisten. Si existe alguna duda y se emite una reclamación, todos podemos tener la confianza que el caso será cuidadosamente revisado por un grupo de profesionales sanitarios y de juristas. Globalmente, la norma y el procedimiento son garantistas, pretende que todo ciudadano pueda ejercer su derecho a la ayuda para morir en un marco de seguridad.

La ausencia de verificación previa en la normativa de Bélgica y de los Países Bajos refleja un alto grado de madurez social en este ámbito. Las trabas documentales son menores, pero en cambio pueden perderse garantías. Quién sabe, igual en unos años, la eutanasia está tan asentada en nuestra sociedad y en los profesionales que hace innecesario el proceso previo de verificación. Sin embargo, hoy por hoy, creo que el procedimiento actual en España aporta importantes garantías.

“  
**LA LEY ESTÁ  
MUY PENSADA  
PARA LA  
ENFERMEDAD  
NEURODEGENERATIVA.**  
”

*Conocemos algunos casos de pacientes terminales a los que el proceso se les ha hecho demasiado largo. Que se han muerto antes.*

Es una cuestión muy interesante. En nuestro caso, de las 196 solicitudes que hemos recibido hasta principios de octubre, 25 no han llegado ni a la evaluación de la CGE porque han fallecido antes, o en el curso de la deliberación. También alguno ha revocado su petición.

En mi opinión, la ley está pensada fundamentalmente para los procesos neurodegenerativos, en los que el deterioro global y funcional es inexorable, pero lento, facilitando de esta forma las decisiones reflexivas meditadas durante meses. En cambio, muchos de los pacientes con cáncer reciben múltiples tratamientos, incluso en las últimas semanas de vida. Cuando la enfermedad progresa, el deterioro puede ser muy rápido, limitado a pocos meses o semanas, de forma que en ese momento los plazos del proceso de decisión reflexiva y de petición de ayuda para morir no siempre se ajustan a la evolución natural de la enfermedad. Que ocurra esto, no significa que el paciente fallezca desatendido, todo lo contrario, se intensifican todas las medidas paliativas y se evita alargar innecesariamente la vida de forma innecesaria de acuerdo a su autonomía de voluntad.

*De momento, con los pocos datos disponibles, parece que los casos de degenerativas son más habituales que los de enfermedad terminal.*

Es algo que nos ha sorprendido, porque hemos invertido la prevalencia de patologías primarias que motivan la petición de eutanasia si nos comparamos con países donde tienen más experiencia. En Países Bajos y Bélgica, el 60% de los casos son de cáncer, mientras que aquí lo son de neurodegenerativas. Yo creo, y solo es una opinión personal, que cambiará en el futuro.



### *¿Cómo ve el futuro de la eutanasia?*

Probablemente, la normativa estará más asentada en la sociedad y los profesionales. De esta forma, es posible que la verificación de la CGE se haga a posteriori, y el proceso de toma de decisiones se reduzca a una planificación de decisiones avanzadas bien construido en lugar de un hermético y formal proceso deliberativo. Creo que habrá una mayor madurez social y del sector sanitario, que a lo mejor permite flexibilizar la norma.

*Hablamos mucho de los sanitarios, pero en la CGE también hay juristas. ¿Cuál es su papel?*

Tienen un papel clave. Lo primero que hacen es verificar que se cumplen los requisitos y está bien documentada la solicitud, que se ajusta a los términos legales y el aspecto personalísimo de la petición. A veces surgen dudas de interpretación para las que los no juristas tenemos dificultades.

Un ejemplo de un asunto en el que están trabajando: un paciente cumple los requisitos y tiene todos los informes favorables de médico responsable, consultor y CGE, pero dice que prefiere esperar. ¿Cuánto tiempo se puede postergar? Si se considera que es un proceso administrativo,

entonces el plazo es de tres meses. Si no lo es, entonces no hay plazo. Esto no está explicitado en la ley, requiere una interpretación, y quien entiende cómo se aplican las leyes y los límites son los juristas.

*Su primer informe anual es muy completo y va más allá de los datos. También añaden recomendaciones e interpretaciones.*

Desde el primer momento en Cataluña la CGE decidió observar y supervisar el desarrollo de la normativa. No tenemos capacidad ejecutiva, pero sí podemos interpretar los datos y las dudas que nos llegan para ayudar a mejorar el proceso. Nos propusimos esa función de observatorio, planteándonos qué procesos son más controvertidos con el objetivo de emitir nuestras primeras recomendaciones.

Para el primer informe, en gran parte nos inspiramos en los informes anuales de los Países Bajos y de Bélgica. La idea no fue aportar solo unos datos fríos, si no también desglosarlos e interpretarlos. La CGE es un organismo autónomo respecto al Departamento de Salud y de hecho, podemos reflexionar libremente sobre las incertidumbres y problemas, así como proponer recomendaciones básicas de mejora. ■

“  
**EN EL FUTURO TAL  
VEZ HAYA UNA  
MADUREZ SOCIAL  
QUE PERMITA  
FLEXIBILIZAR  
LA NORMA.**  
”

# Así trabaja una *Unidad de Apoyo* para la Prestación de Ayuda para Morir

*Encarna Nicolás, de Lanzarote, es parte integrante de la UAPAM. Este equipo se implica en cada solicitud que surge en la isla, para que los pacientes y los profesionales lo tengan lo más fácil posible y permitir que la ley de eutanasia funcione.*

Foto: **UAPAM LANZAROTE**



*«Nuestra función va más allá del asesoramiento.»*

La manera más sencilla de saber si la ley de eutanasia funciona bien en un territorio es mirar si cuenta con un grupo de referentes. Profesionales que conocen bien la norma, sus procedimientos y detalles, y pueden acompañar a un equipo asistencial a navegar por todos los trámites con agilidad. En este año y medio, han demostrado ser una de las formas más eficaces de garantizar que este derecho puede ejercerse con normalidad.

Uno de los primeros grupos de referentes en formarse fue el de Lanzarote, donde varias mujeres —enfermeras y médicas— interesadas en que la prestación de ayuda para morir funcionase se pusieron a trabajar con apoyo de la Gerencia, desde que la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) entró en vigor. «Al principio, el

grupo surgió de manera espontánea», explica Encarna Nicolás, enfermera en la isla. «La mayoría de nosotras formamos parte del Comité de Ética y teníamos interés en el tema. Empezamos a movernos, a hacer propuestas y a dar sesiones de formación».

Pronto, la Dirección General de Programas Asistenciales del Gobierno de Canarias lo formalizó y creó las Unidades de Apoyo para la Prestación de Ayuda para Morir (UAPAM), en cada gerencia. En el caso de Lanzarote, está formada por cinco personas, tres enfermeras y dos médicas, que pertenecen tanto a Atención Primaria como al ámbito hospitalario.

Su función es clara: ayudar a que las solicitudes de ayuda para morir se tramiten sin problemas. «Nuestro trabajo es sobre todo



### **Las cinco sanitarias que forman la UAPAM de Lanzarote**

de asesoramiento y de apoyo, con mucho énfasis en lo burocrático y lo documental», explica Nicolás. Aún así, aclara, se implican en todo el proceso.

«Una de las cuestiones que más nos piden es orientación sobre los pasos que hay que dar, sobre los plazos y las fechas clave, y también sobre los documentos necesarios», aclara la enfermera. «Tratamos de hacérselo lo más fácil posible porque el proceso de una petición de ayuda para morir ya es bastante carga por sí mismo. Queremos facilitarles al máximo la labor burocrática y documental para que puedan centrarse en lo más importante: atender a la persona de manera integral».

También ayudan en otras cuestiones como la búsqueda de médicos consultores (cuyo informe

favorable es imprescindible para que pueda practicarse una eutanasia) o asesorando sobre cómo hacer un buen proceso deliberativo. «En esto hemos sido bastante proactivas y tratamos de darles esta informa-

ción incluso antes de que la demanden», afirma Nicolás.

Las personas que componen la UAPAM están disponibles por todas las vías. Atienden por teléfono, por correo electrónico y también se acercan en persona a charlar con los profesionales cuando es necesario. «Nos gusta cuidar mucho también la parte emocional. Estar pendientes de si una solicitud crea problemas, si el equipo asistencial se encuentra con comentarios desagradables o reticencias por parte de compañeros, etcétera», cuenta. Desde el principio, aclara, han hecho por contar con las direcciones y subdirecciones para que los sanitarios se sientan apoyados. «Que tengan en cuenta la carga real de trabajo que supone una solicitud de eutanasia, que ajusten agendas o liberen de otras tareas si es necesario», concreta Nicolás.

*«Empezamos a movernos, a hacer propuestas y a dar sesiones de formación.»*



Aunque la evidencia es anecdótica, los primeros meses de la ley de eutanasia apoyan la idea de que, en muchas solicitudes de ayuda para morir, las complicaciones aparecen sobre todo cuando los sanitarios que la reciben no saben qué hacer. Algunos, saturados por su trabajo diario y sin una idea clara de quién va a ayudarles, recurren a una objeción ‘de conveniencia’.

La LORE sigue siendo muy reciente y mucha gente aún está per-

didada. Cuando les llega una petición, no saben exactamente cuál es su papel. «Nuestra función va más allá del asesoramiento; también incluye la información y formación de todos los profesionales sanitarios», asegura la enfermera. «Todavía tenemos mucho camino por andar, incluso aquí, que es un sitio pequeño y saben a quién recurrir».

«Lo principal es que sepan dar respuesta a una solicitud, sea cual sea su condición, médicos, enfermeras,

objectores o no. Cuando nos hacen consultas que no tienen que ver con un caso suele ser para interesarse por la objeción de conciencia. «¿Qué tengo que hacer para ser objetor?», explica Nicolás. «Aprovechamos siempre para decirles: estás en tu derecho a ser objetor, la indicación es que te registres como tal, pero eso no te exime de dar información a tu paciente si te lo solicita. Si tú no vas a hacerlo, tienes que buscar otro médico responsable o pasárselo a tus superiores. Es muy importante que

### «LA LEY NO TIENE EN CUENTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA»

Uno de los retos de trasladar la ley de eutanasia a los casos particulares tiene que ver con el equipo asistencial. El papel de Enfermería, apenas mencionado en la LORE, es esencial en la práctica. Desde la UAPAM de Lanzarote, afirma Encarna Nicolás, hacen todo lo posible por que quede claro. «La ley no tiene en cuenta al personal de enfermería, es muy médico centrista, pero la realidad es que Enfermería tiene un papel esencial», asegura. «Especialmente en España, donde en Atención Primaria se realizan los domicilios conjuntamente médico y enfermera y, en general, la atención es una labor de equipo».

Por eso, hacen énfasis desde el principio en que las peticiones de eutanasia se aborden en equipo. «En Atención Primaria casi no hace falta, porque es consustancial a su práctica diaria, pero cuando la solicitud se atiende en hospital es más fácil que algo se escape. Siempre les decimos: busca enfermera desde el comienzo», afirma.

No es solo una cuestión técnica —es la enfermera quien, el día de la ayuda a morir, canalizará la vía para los fármacos—, sino también humana. «La enfermera no es un robot que llega y te pone la medicación», sentencia Nicolás. «También es esencial para abordar el proceso de final de la vida, el apoyo a la familia, etcétera. No puede ser que llegue a última hora. Hay que contar con la enfermera aunque la ley lo haya pasado por alto».

«A menudo, en una prestación de ayuda para morir hay muchos profesionales implicados, incluyendo el servicio de Farmacia, que aquí se han implicado mucho y participan de una manera esencial en el proceso», aclara Nicolás, «en la eutanasia hay una parte imprescindible del proceso que es administrar la medicación, y eso es papel de la enfermera. Obviarlo es una debilidad de la ley». ■



*«Estás en tu derecho a ser objetor, pero eso no te exime de dar información a tu paciente si te lo solicita»*

tengan esa primera respuesta muy clara, que sepan que están obligados a darla y, además, que sepan a quién acudir en caso de necesitar ayuda».

Tras cada caso, también evalúan. Se reúnen con el equipo asistencial para recabar tanto lo positivo como lo que es necesario mejorar. «Vamos puliendo el proceso poco a poco», cuenta Nicolás. «Vas recopilando y adoptando aquello que puede ayudarnos en casos futuros y, lo que no depende de nosotras, lo trasladamos a quien corresponda». ■

# ¿RECIBES NUESTROS E-MAILS?

Durante todo el año enviamos información sobre novedades y actividades de la asociación. Si hace meses que no recibes nuestros mensajes posiblemente haya un problema con tu dirección de mail. Ponte en contacto con nosotros para solucionarlo.



91 36 91 746

[comunicacion@derechoamorrir.org](mailto:comunicacion@derechoamorrir.org)

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

# “Doctor: *quiero solicitar la*

Texto: **FERNANDO MARIN**

Médico y vicepresidente de DMD

**E**n unos segundos, estas cuatro palabras provocan en la médica un torbellino de sentimientos. Perplejidad, ante un deseo apartado de la tradición de «salvar vidas». Sorpresa, por una solicitud que a menudo no se esperaba. Compasión, por el sufrimiento que observa detrás de esas palabras. Incomodidad, porque una demanda tan compleja es inoportuna en su apretada agenda. Desconcierto, por la escasa información sobre cómo se tramita. Inseguridad, ante la falta de experiencia en una prestación sanitaria nueva. Rechazo, a una demanda que considera inaceptable porque va contra sus creencias, le supera, le pillan en un mal momento, con un sistema sanitario en crisis, no tiene el tiempo ni la serenidad necesarios para atenderla, etc.

Tras esos segundos, tiene que responder. Mira a la otra persona y le pregunta por qué, de dónde nace el deseo de morir. Entonces, empieza a comprender que salvar su vida significa respetar una voluntad que nace de su libertad y dignidad, elementos esenciales de una biografía que esa persona trata de finalizar según sus valores. Ayudar a morir no es fácil. Tramitar una eutanasia exige tantos trámites que se puede

calificar como «un marrón». Pero también es una oportunidad para aprender y, sobre todo, es un privilegio: el de profundizar en la vida de otra persona y acompañar su decisión de morir hasta el final.

No es la primera vez que el médico tiene que lidiar con malas noticias. Muchas personas han llorado en su consulta. Pero ahora es distinto, porque es la persona que expresa su voluntad de morir quien lleva la iniciativa, tras un proceso al que ha dado muchas vueltas, pidiéndole a su médica que la acompañe y la ayude a morir. No valen los circunloquios con los que se construye la conspiración de silencio, esa situación en la que todos saben que hay un elefante en la habitación, la amenaza de la muerte, pero nadie se atreve a mencionarla.

La eutanasia es un choque frontal contra el paternalismo médico y con una tradición cultural que nos obliga a vivir «hasta que el cuerpo aguante».

No es una huida del sufrimiento o una negación de la naturaleza humana, sino una aceptación de sus limita-

**LA CLAVE DE  
BÓVEDA DE LA  
EUTANASIA  
ES LA VOLUNTAD  
DE MORIR.**

# eutanasia”



ciones. Es una toma de conciencia de la libertad individual y de la autonomía relacional. Porque vivir es mucho más que respirar. ¿Para qué seguir viviendo si no existe ninguna fuente de satisfacción? ¿Qué sentido puede tener vivir sin memoria, sin reconocerse a una misma, ni a los seres queridos? La eutanasia es una expresión de los valores que fundamentan los derechos humanos.

Cuando una persona le pide ayuda para morir, el médico tiene dos opciones: huir o comprometerse. La objeción, de conciencia o de conveniencia, es una huida. El facultativo debería trasladar la solicitud a un compañero dispuesto y apartarse del proceso.

Si decide comprometerse, debe comprobar que se cumplen los requisitos de residencia y edad, que la persona es capaz y consciente en el momento de la solicitud, y que esta es libre,

**HAY QUE HABLAR DE SÍNTOMAS, PERO TAMBIÉN DE SENTIMIENTOS, EXPECTATIVAS, ESPERANZAS, TEMORES Y VALORES.**

sin presión externa. Además, la persona solicitante debe sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante, tal y como los define la LORE. Para ello, el médico «realizará un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita», que repetirá en un plazo mínimo de 15 días, tras recibir la segunda solicitud.

*La naturaleza del sufrimiento:  
clave de la deliberación y de la eutanasia*

La deliberación es una conversación entre adultos que trata de conocer el relato de otra persona, comprender su experiencia de sufrimiento y su deseo de solicitar ayuda para morir. Para certificar que cumple los requisitos de la LORE se

**LA DELIBERACIÓN ES  
UNA CONVERSACIÓN  
QUE TRATA DE  
ACOGER EL RELATO  
DE LA OTRA  
PERSONA,  
ESCUCHANDO SUS  
RAZONES Y  
SUS CREENCIAS.**

puede tomar como modelo el «documento segundo» (a entregar tras el fallecimiento), que distingue cuatro apartados: 1) descripción de la patología, 2) naturaleza del sufrimiento, 3) voluntad (reflexión y reiteración de la petición) y 4) testamento vital.

La clave de bóveda de la eutanasia es la voluntad de morir, que resulta de cómo vive esa persona su sufrimiento, algo eminentemente personal y biográfico. La deliberación nos coloca en una situación paradójica, en la que un profesional tiene que certificar una experiencia de sufrimiento que pertenece a otra persona, a la que solo puede acercarse a través del lenguaje y la observación. No hay máquinas, marcadores o pruebas que determinen que un padecimiento es «constante e intolerable».

El sufrimiento no se discute, es un sentimiento, una experiencia que abarca la totalidad de la persona. Desde la prepotencia del experto es imposible comprender la voluntad de morir. ¿Cómo narra una persona que ya no puede más con una vida que para ella carece de sentido? ¿Cuándo se llega a la situación de indignidad que señaló en su testamento vital? ¿Por qué vivir así es intolerable para ella y no para otras personas en una situación parecida?

La deliberación es una conversación que trata de acoger el relato de la otra persona, escuchando sus razones y sus creencias. Hay que hablar de síntomas, de lo que sabemos de su situación clínica y su pronóstico, pero también de sentimientos, expectativas, esperanzas, temores, valores, de ese magma que constituye su mundo de creencias. De cómo es su día a día, qué actividades satisfactorias realiza, cómo lleva depender de otras personas para las actividades de la vida diaria o no tener fuerzas para dar una vuelta a la manzana, qué echa de menos, qué relación existe entre esa experiencia de

sufrimiento con su concepto de dignidad, de control, de autonomía o de identidad.

En el proceso asistencial de eutanasia existen dos decisiones: solicitar la eutanasia y morir. La segunda depende de la primera. No es posible poner día y hora a la muerte asistida sin haber obtenido el dictamen

favorable a una solicitud, firmada 40 o 50 días antes. Las personas con un pronóstico de vida limitado deben anticiparse al menos estos dos meses y luego ya decidirán. Además, la existencia de un sufrimiento constante e intolerable no implica que la decisión de morir se vaya a tomar inmediatamente después de obtener el visto bueno, sino cuando esa persona libremente decida, semanas o meses después, o nunca, si es su voluntad. Es su vida. La ley recoge un derecho, no una obligación, ni siquiera para las personas que la han tramitado.

Con este margen, confiando en las personas, responsabilizándolas de sus decisiones, la deliberación también debe guiar la conversación hacia lugares comunes: ¿Ha considerado las alternativas? Por ejemplo, abordar su sufrimiento con un enfoque paliativo, o trasladarse a un centro socio-sanitario, aumentar los cuidados en su domicilio, etc. ¿Qué le parecen estas opciones? ¿Cree que hay algo que le pueda ayudar para cambiar de decisión? También conviene indagar sobre su red social y su situación socioeconómica. ¿Es una decisión libre? ¿Se siente coaccionada por su situación económica, social o familiar? De nuevo, ¿algo podría cambiar su decisión?

Para acoger el relato de quien pide la ayuda para morir es imprescindible respetar lo que esa persona está viviendo, su experiencia de sufrimiento, tratar de ponerse en su lugar, y responder adecuadamente a su demanda de ayuda. Primero respeto y luego compasión. De verdad, ¡merece la pena implicarse! ■



## ESTACIÓN TERMINAL

# Quién es quién en la eutanasia

**FERNANDO PEDRÓS** • *Periodista y Filósofo*

Según la LORE, existe acuerdo de bioéticos y penalistas en que la eutanasia es el acto de dar fin a la vida de una persona por voluntad de esta para evitar el sufrimiento. Estimo que, antes de convenir, debían haberse puesto de acuerdo con quien decide morir, acaba muriendo y sabe el porqué íntimo por lo que muere. Esperaba que la ley hubiera mirado a la cara del que para mí es el verdadero y único sujeto que vive su vida y su muerte, evalúa su ser o no ser, y decide liberarse de una vida que no soporta.

El filósofo Emmanuel Levinas, en su obra 'Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro', hace un análisis del sufrimiento que considera como adversidad, como mal, en el pleno sentido de tales términos. Sufrimiento como adversidad pues es contrario a la persona, puede llegar a ser negativo hasta el insentido, hasta llegar a ser un absurdo. La cultura sanitaria –y en consecuencia la jurídica–, por lo general, está lastrada de inconsciencia y falta de sensibilidad para incidir en la subjetividad del enfermo que vive fases de soledad, desconsuelo, desamparo... En estas condiciones se hacen plenas de sentido y validez las palabras de Levinas: «el dolor puede convertirse en el fenómeno central del estado de enfermedad», el sufrimiento se convierte en inasumible y se rechaza;

deja de ser una fuerte molestia corporal para entrar en el terreno íntimo de la vivencia subjetiva. El dolor, dicho con radicalidad, es destrucción.

Al dolor y al sufrimiento se les tiene como algo periférico al sujeto, pero «el mal del dolor, su malestar, –dirá sin tapujos Levinas– es como el estallido y la articulación más profunda del absurdo». Este estallido secreto es el que se oculta en expresiones de enfermos que desde fuera nos parecen un tanto anodinas: «esta vida ya no es vida, no es una vida digna de ser vivida», que justifican su lúcida decisión eutanásica. Lleva viviendo el enfermo meses o años de un proceso ineluctable de caída, y en este proceso de despersonalización, de aniquilación, de sentimiento de absurdo, el enfermo lúcido es posible que no quiera continuar y va en busca de la muerte porque el sufrimiento es absurdo e inasumible. La decisión personal, el valor de autonomía está en juego entre la tortura y desesperación o bien la liberación y la paz en la muerte.

Y después de reflexionar aquel día en compañía de Levinas me acordé de las palabras de Sampedro. Volví a hojear 'Cartas desde el infierno'...: «Al principio, solo piensas en liberarte. Solo hay dos alternativas: convertirte en un ser absurdo, ser lo que no deseas ser, un habitante del infierno; o ser coherente con la utopía de la vida. Liberarte del dolor, buscar el placer a través de la muerte. Me decidí por la liberación no como lo negativo, sino como lo positivo: buscar algo mejor». Sin duda Levinas y Sampedro nos han ayudado para reconocer quién es el sujeto y protagonista eutanásico y quién ha de tener y tiene la potestad autónoma de morir, aunque necesite de una mano que le ayude. ■

**«EL MAL DEL DOLOR, SU MALESTAR, ES  
COMO EL ESTALLIDO Y LA ARTICULACIÓN  
MÁS PROFUNDA DEL ABSURDO».**

**(EMMANUEL LEVINAS)**

# EL DERECHO A LA EUTANASIA DEL PISTOLERO INVESTIGADO

*Un análisis jurídico de los motivos por los que se autorizó la prestación de ayuda para morir en el caso con más repercusión mediática desde que la ley entró en vigor.*

Texto: **RAMON RIU FORTUNY**

*Jurista y voluntario de DMD Catalunya*

**M**arin Eugen Sabau (M) trabajó como vigilante de seguridad para la empresa Securitas Direct y fue despedido. El 14 de diciembre de 2021 entró armado en la oficina de la empresa en Tarragona, disparó e hirió a varios de los empleados y huyó. Los Mossos d'Esquadra lo detuvieron después de un tiroteo. Dos agentes sufrieron heridas y M resultó herido crítico con una lesión medular incompleta, paralizante e irreversible, que le generaba un alto grado de dependencia y dolor neuropático constante.

En la causa penal abierta en el Juzgado de Instrucción número 5 de Tarragona se investigaba a M como autor de varios delitos graves, por lo que se le impuso prisión provisional en la Unidad Hospitalaria Peniten-



ciaria de Terrassa, mientras se completaba la instrucción del proceso.

M solicitó la eutanasia. El comité médico del centro consideró que se cumplían los requisitos fijados en la LORE e inició el procedimiento, comunicándolo el 16 de junio al Juzgado de Instrucción. Éste dio traslado a los abogados de los agentes policiales heridos —el letrado del sindicato USPAC— y de las demás víctimas personadas en el proceso penal. Éstas solicitaron que cesara o se interrumpiese la tramitación de la eutanasia pero, por Auto de 6 de julio, la Juez resolvió que no procedía acordarlo.

Contra dicho Auto las partes recurrieron y la Audiencia Territorial de Tarragona resolvió<sup>1</sup> desestimar los recursos y confirmar el Auto de la Juez. Contra esa resolución, las víctimas interpusieron recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, que inadmitió el recurso al no apreciar la vulneración de derechos alegada. El 19 de agosto, el abogado de USPAC interpuso un recurso ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que el mismo día denegó la suspensión de la eutanasia. No obstante, el abogado declaró que continuaría el proceso hasta que el TEDH

<sup>1</sup> Auto de la Sección Segunda núm. 641/2022, de 4 de agosto.

<sup>2</sup> Entre otras muchas, la reciente Sentencia del TC 53/2022, de 4 de abril (FJ.3.B).



resuelva sobre si se ha vulnerado su derecho a un proceso equitativo.

La Comisión de Garantías y Evaluación de Cataluña había informado favorablemente la solicitud presentada por M para que le fuese prestada la ayuda para morir y el 23 de agosto los medios de comunicación informaron del fallecimiento de M por aplicación de la eutanasia en una UCI del Hospital penitenciario de Terrassa, dado que M había hecho donación de sus órganos para posibles trasplantes.

De las resoluciones judiciales resulta destacable, en primer lugar, la falta de competencia de los jueces del orden Penal para resolver sobre la paralización del procedimiento de prestación de la ayuda para morir. La juez de Instrucción y la Audiencia consideraron que la LORE ha encomendado el control del procedimiento a la Comisión de Garantía y Evaluación, y la revisión de sus resoluciones a los tribunales del orden Contencioso-administrativo.

El argumento central sobre el que las víctimas fundaron la solicitud de suspensión de la eutanasia era que el fallecimiento del investigado impediría la celebración del jui-

cio oral, atentando así a su derecho a la tutela judicial efectiva (art. 24 CE).

No obstante, es doctrina del Tribunal Constitucional<sup>2</sup> que el derecho de las víctimas a la tutela judicial no tiene un carácter ilimitado; permite a sus titulares participar en el procedimiento, pero no incluye un derecho a obtener en todo caso la condena o la imposición de una pena. Como exponen las resoluciones del Juzgado y de la Audiencia, el Código Penal establece que la muerte del investigado extingue su responsabilidad penal, dando fin al proceso. Además, la LORE establece que la muerte como consecuencia de la prestación de la ayuda para morir tiene la consideración legal de muerte natural a todos los efectos. La literalidad del precepto no permite excluir este caso y es obvio que el legislador quiso evitar la discriminación a quien escoge acabar su vida mediante la eutanasia.

La LORE no prevé la suspensión del derecho a solicitar y recibir la ayuda para morir de las personas investigadas en una causa penal. Pero además, como apunta la Juez al ponderar los derechos que en este caso entrarían en conflicto, los que ostentaba M tenían prioridad, por su propia entidad y por su proximidad al núcleo del derecho a la vida, sin que puedan hacerse distinciones subjetivos basados en la trayectoria vital de quien los ostenta.

Las víctimas tenían derecho a la tutela judicial efectiva y M tenía restringida su libertad (art. 17 CE) como consecuencia de la detención preventiva, pero no por ello dejaba de tener su dignidad y autonomía personal, su derecho a la vida y a la integridad física y moral (arts. 10.1 y 15 CE), a partir de los que la LORE ha habilitado el derecho a solicitar y recibir la prestación de la ayuda para morir. Además, la Constitución prohíbe en todo caso someter a alguien a tortura y a penas o tratos

**EL JUZGADO DE INSTRUCCIÓN PENAL CARECE DE COMPETENCIA PARA SUSPENDER EL PROCEDIMIENTO DE EUTANASIA.**

**EL DERECHO A LA TUTELA JUDICIAL EFECTIVA DE LAS VÍCTIMAS NO ASEGURA EN TODO CASO LA CELEBRACIÓN DEL JUICIO NI LA CONDENA POR SENTENCIA DE LA PERSONA INVESTIGADA.**



inhumanos y degradantes, y parece poco dudoso que mantener forzosamente en vida a una persona que cumple los requisitos legales para ser ayudada a morir y pide la eutanasia porque está aquejada de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, y sufre un dolor intenso, constante e insoportable, vulneraría esa prohibición y comportaría una intromisión ilegítima y desproporcionada en sus derechos.

Nuestro derecho penal no se inspira en una idea de venganza. Las víctimas no tienen derecho a infligir un castigo al que ha cometido un delito y les ha causado un daño. Tampoco pueden disponer de la vida del culpable, ni de su muerte. En un proceso penal no puede obligarse a un investigado a reconocer su culpa ni a admitir su responsabilidad. Todos tienen derecho a no declarar contra sí mismos. No se les puede forzar a admitir los hechos, ni torturar ni someter a tratamientos inhumanos o degradantes.

Nuestro ordenamiento jurídico no contempla la pena de muerte para el culpable de un delito, ni tampoco la pena de vivir a quien pide morir y conforme a la LORE tiene derecho a la eutanasia. Sólo cada persona puede renunciar a su propia vida y decidir en qué momento quiere dejar de vivir.

El derecho de cada persona a decidir la forma y el momento de terminar su vida, es uno de los aspectos del derecho a la vida privada del art. 8 del Convenio Europeo de los Derechos Humanos y así lo ha reconocido en diversas sentencias el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos<sup>3</sup>. Vivir es un derecho individual, no es un deber que pueda imponer la sociedad a un individuo, de forma que toda persona puede renunciar a ese derecho<sup>4</sup> cuando considera que la suya ya no es una vida digna de ser vivida. La LORE ha reconocido el derecho a recibir la ayuda para morir cuando así lo decide la persona que se encuentra en las circunstancias definidas en la propia ley.

Pero nuestro ordenamiento jurídico garantiza también unos derechos a las víctimas de los delitos<sup>5</sup>. Las víctimas de los hechos por los que se investigaba a M podían obtener en el proceso penal una reparación y ser indemnizadas por los daños y perjuicios que sufrieron. Cuando el proceso penal acaba por la muerte del investigado, el ordenamiento vigente ofrece también la posibilidad de reclamar y resarcirse de esos daños y perjuicios por otras vías jurisdiccionales, civil y administrativa. ■

<sup>3</sup> Lo apuntó en el caso *Pretty c. Reino Unido* de 29-4-2002, y lo reconoció en el caso *Haas c. Suiza* de 20-1-2011, el caso *Koch c. Alemania* de 20-1-2012 y el caso *Gross c. Suiza* de 14-5-2013.

<sup>4</sup> Sobre la renuncia del derecho fundamental a la vida, resulta especialmente esclarecedor el artículo de María Dolores Ruiz-Rico Arias «La eutanasia como renuncia a un derecho fundamental. La nueva regulación de la eutanasia en España: aspectos críticos», *Diario La Ley*, No 9992, Sección Tribuna, 19 de Enero de 2022.

<sup>5</sup> A partir de la aprobación por la Unión Europea de la Directiva 2012/29/UE, de 25 de octubre de 2012, que estableció las normas mínimas sobre los derechos y el apoyo de las víctimas de los delitos, el Estado español aprobó la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito y, posteriormente, el Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, que la desarrolla y regula las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito.

# ¿CAMBIOS IMPORTANTES?

*¿nueva casa?*

*¿nuevo movil?*

*¿nuevo banco?*

**Contáctanos para  
actualizar tus datos**

 **91 36 91 746**

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE



# Los *enemigos* de la eutanasia están al acecho

*¿Qué pasará si los partidos que se opusieron a la LORE y que la han recurrido al Tribunal Constitucional ganan las próximas elecciones? ¿Por qué existe un riesgo de reversión de este derecho, y por qué será preciso seguir luchando para garantizar su continuidad y profundizar en sus contenidos?*

Texto: **JOSÉ LUIS TRASOBARES**  
Periodista y presidente  
de DMD Aragón

**H**ay una pregunta que a muchos nos ronda la cabeza: ¿qué ocurrirá con la eutanasia si en los próximos procesos electorales los partidos que se opusieron a la LORE, y la recurrieron ante el Constitucional, amplían su presencia en los gobiernos autonómicos o se hacen con el Ejecutivo central y dominan el Congreso de los Diputados? Este nuevo derecho arrastra consigo la amenaza de las fuerzas políticas y sociales que juraron revertirlo apenas tuvieran ocasión. En treinta y tres meses, Vox ha impugnado ante el Tribunal Constitucional 40 leyes y decretos ley aprobados por las

cámaras. El PP no llega a tanto, pero también ha elevado numerosos recursos. Un vendaval reaccionario recorre el escenario global. ¿No sería hora de reflexionar en público sobre lo que puede depararnos el futuro?

Una máxima elemental de la comunicación política aconseja no pensar en el elefante, no mencionar aquello que sitúa el marco del pensamiento y el debate allí donde quiere el adversario. En este caso, mentar al paquidermo sería dar por hecho que las derechas españolas vencerán en las próximas citas con las urnas. Mejor, recomiendan algunos, disimular los malos presagios, hablar de otras cosas, olvidar que el dichoso elefante ya no es una evocación vaporosa, sino una realidad que se materializa por momentos y avanza decidido a entrar en la cacharrería de los avances democráticos. Viene como una locomotora sin frenos, y la eutanasia no le gusta nada.

### *Pronósticos poco alentadores*

Los sondeos electorales, salvo los del CIS, adelantan futuras victorias electorales de las derechas. PP y VOX, solos o con el apoyo de algún diputado suelto, estarían a punto de lograr una mayoría absoluta en el Congreso. Nada está escrito aún, ni será seguro hasta los resultados. Pero las tendencias así lo apuntan y si se ratifican, o no, dependerá de que los votantes sepan lo que está en juego. De que, al coger la papeleta, entiendan las implicaciones de su decisión.

## *Un vendaval reaccionario recorre el escenario global.*

Los derechos no son eternos ni se sostienen por sí mismos: se ganan mediante la movilización y la lucha de la ciudadanía, que también son imprescindibles para evitar su reversión y profundizar en ellos.

También existen precedentes tranquilizadores. En el pasado, tanto el PP como el PSOE llegaron al Gobierno y no quisieron, o no se atrevieron, a derogar leyes que antes habían recurrido ante el Tribunal Constitucional. El caso de la ley del aborto, que costó el Ministerio de Justicia a Gallardón cuando quiso recortarla al máximo y Rajoy se negó, es paradigmático. De



hecho, aunque la formación conservadora había recurrido nueve artículos de esta ley, solo suprimió el punto 13.4 (que permitía abortar a menores sin el consentimiento de sus tutores). Sin embargo, es improbable que algo así vuelva a suceder en un porvenir dominado por las actuales derechas españolas.

Feijóo ha sido muy claro al respecto. En septiembre, el actual presidente del PP declaró en la COPE que «si el PP gobierna, derogará todas aquellas leyes que están recurridas ante el Constitucional». Y remachó: «Si un partido llega a la conclusión de que una ley es inconstitucional y tiene mañana la responsabilidad de gobernar España, por coherencia debe derogar total o parcialmente aquellas leyes que tenga recurridas ante el TC». Esto pone en la línea de tiro, cuando menos, a la ley de Memoria Democrática, la última ley de Educación («Ley Celáa») y la LORE. Es difícil imaginar que un Ejecutivo PP-Vox, o PP con el apoyo de Vox, eludiera sus compromisos en tal sentido. Echar abajo una ley orgánica requiere una tramitación compleja, pero se puede modificar para hacerla casi inútil.

### *Unas derechas diferentes*

Las derechas de 2023 serán muy distintas de las de 2015. La «cobardía» de Rajoy cuando evitó darle la vuelta a la «legislación progre» se ha convertido en un mantra que se ha infiltrado en el propio PP. Lo promueve una poderosa red que incluye grupos de presión, asociaciones de carácter religioso, medios de comunicación, periodistas y analistas de dichos medios, ‘influencers’ y tuiteros u opinadores espontáneos; dicha trama parece capaz de marcar el ritmo al que deben moverse las derechas. Cuando Casado quiso acabar con Ayuso, ese conjunto de



entidades y personajes acabó en setenta y dos horas con el presidente nacional de la formación.

*Los derechos  
no son eternos  
ni se sostienen  
por sí mismos.*

Guerra cultural es el concepto. En las dos derechas, PP y Vox, los partidarios de empujar la confrontación ideológica más allá son muchos y hablan alto. No quieren debatir, quieren poner fin a un ciclo histórico. Influenciados por la agresividad de la «alt right» estadounidense, victorias como la reciente sentencia del Tribunal Supremo de EE. UU., que eliminó la naturaleza constitucional del derecho al aborto, les han convencido de que todo es posible.

La eutanasia está en sus agendas. Este derecho ha despertado las fobias reaccionarias, a despecho de que muchos votantes conservadores reivindi-



quien también la muerte digna. PP y Vox han recurrido la LORE empujados por los lobbies ultracatólicos, cuya influencia en el espacio conservador no deja de crecer. Opus, Neocatecumenales, Hazte Oír, Abogados Cristianos o NEOS ganan influencia en los partidos que hoy se ubican en la oposición y comparten el deseo de revocar el derecho a la eutanasia. Los integristas cuentan con importantes correas de transmisión no solo en la política, también en los ámbitos sanitarios.

Los discursos de la oposición se han hecho tan radicales (a veces a contramano de la ciencia, los principios democráticos e incluso la lógica de la economía productiva) que no parecen tener una fácil vuelta atrás. Los votantes conservadores más acti-

*Echar abajo una ley orgánico requiere una tramitación compleja, pero se puede modificar para hacerla casi inútil.*

vos e ideologizados han desarrollado su propio mundo virtual. Los intelectuales orgánicos de las viejas y nuevas derechas se han mostrado dispuestos a avalar argumentos y propuestas contrarias al conocimiento y a la simple razón, han convertido el negacionismo (del cambio climático, del Estado del Bienestar o de las vacunas) en un dogma cultural que se extiende desde libros, informes y artículos a los grupos de whatsapp y las conversaciones de barra de bar. Han puesto la eutanasia en la lista de conceptos a ser abolidos. Y no resulta verosímil que a todo este imaginario se le pueda dar la vuelta de la noche a la mañana en nombre de la moderación o de los más elementales instintos democráticos. Ahí no queda espacio para nuevas «cobardías».

Sobre la LORE se proyectan amenazas explícitas e indudables, pero el futuro aún sigue abierto. En los próximos meses, el derecho a adelantar la propia muerte seguirá vigente y es preciso trabajar para que pueda ser ejercido con normalidad. La experiencia acumulada ya nos muestra los matices, las dificultades y los triunfos que emergen en cada caso. Así se consolida la práctica de la eutanasia, así se fortalece una aspiración por la que DMD lleva luchando años. Luego, nos queda la tarea de contribuir a que la reversión no se produzca, que quienes acechan esta ley no lleguen a estar en condiciones de derogarla.

Y si lo hacen... volveremos a empezar. ■

## NAVARRA SUPERA EL 2% DE PERSONAS CON TESTAMENTO VITAL REGISTRADO

Según los últimos datos del Registro Nacional de Instrucciones Previas, de octubre de 2022, Navarra es la primera comunidad autónoma que supera el 2% de su ciudadanía con un testamento vital registrado. La cifra es muy superior a la media española, que apenas roza el 0,8%.

Navarra lidera la clasificación de comunidades desde hace cuatro años y cada vez extiende más su distancia con el resto. Su éxito tiene varios motivos.

En primer lugar, la motivación del personal de trabajo social. A partir de la Ley de Autonomía del Paciente, de 2002, que sentó las bases de este documento, un grupo de trabajadoras sociales de los centros de salud, por voluntad propia, empezó a ayudar a la gente a realizar los documentos. Después, lo trasladaban ellas al registro. Un tiempo después se les asignó esta tarea de manera oficial. Más adelante, se las habilitó para poder formalizar los documentos, eliminando la necesidad de contar con tres testigos y haciendo más accesible su registro, puesto que en Navarra hay trabajo social en todos los centros de salud.

Otro factor importante ha sido la labor de divulgación y promoción de DMD Navarra, que desde 2016 ha organizado más de veinte charlas anuales sobre el documento por toda la geografía de la comunidad.

Además, en 2018, se formó sobre el testamento vital en todos los



**Cartel de la campaña promocional del testamento vital del Gobierno de Navarra.**

centros de salud de la comunidad. Se pidió que acudiera una persona de cada área (medicina, enfermería y trabajo social) y, al terminar, se les facilitaba documentación tanto para sus compañeros como dirigida a la ciudadanía. Además, se recomendó poner carteles y folletos por los centros de salud. De esta formación participaron casi el 90% de los centros.

Cuando se atiende a una persona que pide información sobre el testamento vital, se abre un episodio en su historia clínica y se suele resaltar (en negrita) para que llame la atención a cualquier persona que la consulte.

Desde hace varios años, la ficha informática de los pacientes en Atención Primaria cuenta con un icono que señala que tiene hecho el testamento vital y permite acceder al documento de forma sencilla, sin tener que salir de la pantalla de trabajo, acudir a la página del registro de la CCAA, autenticarse, buscar, etc.

Como culminación de todo esto, y pese a que es la comunidad con mayor proporción de testamentos vitales, el Departamento de Salud acaba de realizar una campaña de promoción del documento con anuncios en la radio, carteles en las marquesinas,

un video promocional al que se accede desde internet, envío de folletos a centros de salud y centros socio-sanitarios, y unas jornadas con la participación, entre otras organizaciones, de DMD Navarra. Esto es apostar de verdad por un tema tan importante como elegir como morir. ■

## DMD REVISA LA IMPLE



El 30 de septiembre y 1 de octubre se celebró en Menorca el Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP), dedicado al final de la vida, donde los compañeros de DMD Fernando Marín y Jaume Ramon pu-

## «VIDA DIGNA, MUERTE DIGNA. PENSAR EN LA MUERTE VOLUNTARIA»

Del 4 al 7 de julio se celebraron las II Jornadas ‘Vida digna, muerte digna: pensar en la muerte voluntaria’, coorganizadas por la Universidad de Verano de Santiago de Compostela y DMD. Este encuentro profundizó en los temas abordados durante su primera edición, en 2019, aunque fundamentado en la experiencia de más de un año de ley de eutanasia. El encuentro convocó a unas cincuenta personas de todo el país, activistas de DMD, estudiantes y personas interesadas en el tema.

La participación y las aportaciones de DMD se enmarcaron entre dos ponencias del Profesor Martínez de Castro: una primera dedicada a pensar ‘la decisión de morir’ desde el punto de vista ético y la intervención final, encaminada a valorar las perspectivas de radical transformación política abierta por la decisión de adelantar la propia muerte.

Se compartió el análisis riguroso de la aplicación de la LORE, enfocado en conocer el «estado de la cuestión», y se debatió acerca de los problemas encontrados y las posibles vías de mejora. El análisis de la situación se basó en la experiencia de profesionales del ámbito sanitario y activistas de DMD comprometidos con la aplicación del nuevo derecho.

La reflexión colectiva llevada a cabo en estos cuatro días de julio dejó claro que, si bien la entrada en vigor de la LORE constituye un gran avance y abre una nueva etapa de mayor libertad y autonomía relativa, solo constituye un punto de partida. Una reflexión más amplia realizada desde una pluralidad de perspectivas –jurídica, médica, bioética, psicoanalítica y militante– se centró en cómo seguir dando pasos, más allá del hecho jurídico-moral de la ley, en la construcción de los «derechos de salida» desde la libre disposición de la propia vida.

Las dos jornadas realizadas hasta la fecha, en 2019 y 2022, propiciaron una gran riqueza de debates y fructíferos encuentros para la asociación, que está determinada a repetir en el futuro ampliando esta iniciativa a otros sitios.

Se pueden ver todas las ponencias de las Jornadas en el canal de YouTube de DMD (*enlazadas con el código QR*). ■



## MENTACIÓN DE LA LORE EN EL SIAP DE MENORCA



dieron compartir con los asistentes, en su mayoría profesionales sanitarios, una visión del desarrollo de la ley de eutanasia en España.

El innovador formato del simposio, donde el debate con los participantes es previo al encuentro

y de manera online, permitió que se detectaran aquellos aspectos de la práctica de la eutanasia donde hay más incertidumbres, quejas o méritos. Así pues, se pudo charlar desde la desigual distribución de casos correctamente

tramitados por CCAA; la cuestionable reticencia de algunos centros y sus sistemáticas objeciones de conciencia; pasando por temas esenciales de los cuidados paliativos y la conveniencia de su implementación paralela a la eutanasia. El lema que transmite DMD se basa en conseguir la plena disponibilidad de la propia vida, señalando la actual LORE como esencial y estructural paso, pero no suficiente ni definitivo.

Entre los asistentes había numerosos profesionales que ya se han visto implicados en solicitudes, y miembros gestores, responsables o coordinadores de varias áreas técnicas relacionadas con la prestación, lo que permitió un fructífero intercambio de experiencias. Se pudo constatar que, poco a poco,

la eutanasia está siendo asumida como una natural prestación del Sistema Nacional de Salud.

En estos actos, DMD cuenta con gran apoyo social y profesional, y funciona como altavoz y sensible indicador del estado de la muerte digna en nuestro país. Cabe destacar que, en estos foros sanitarios, nuestra asociación pretende ser un apoyo para los trabajadores, pero, sobre todo, un espacio de reivindicación de derechos y libertades ciudadanas. Se denuncian todos los obstáculos existentes a la hora de cumplir con los derechos al final de la vida, y se fomenta que más que un acomodo del profesional, lo que se espera de él es el compromiso irrenunciable con el paciente. ■

# PROTOCOLO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA APLICACIÓN DE LA EUTANASIA

La aprobación de la LORE abrió una nueva vía para la donación de órganos. En su protocolo publicado en septiembre pasado, la Organización Nacional de Trasplantes hace énfasis en la «independencia en la toma de decisiones sobre la prestación de ayuda a morir y la donación». El documento de 37 páginas describe cómo debe ser el proceso, qué agentes intervienen en él, y dedica un apartado a la objeción de conciencia. Establece que los profesionales implicados en la coordinación de trasplantes y el equipo extractor no están incluidos entre los profesionales que pueden ejercer su derecho a la objeción de conciencia a la eutanasia porque no están directamente implicados en el procedimiento de eutanasia, dado que el proceso de donación tiene finalidades y características propias y diferentes a la prestación de ayuda a morir. El protocolo prevé medidas de apoyo para los profesionales que han participado en el proceso.



**Sanitarios se preparan para una donación de órganos.**

Según informó la ministra de Sanidad a finales de septiembre en el Congreso Derecho y Salud celebrado en Logroño, un 12% de las personas que recibieron la eutanasia donaron algún órgano, lo que dio lugar a 68 trasplantes. ■

## ANDALUCÍA: CAMBIO EN LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DE LA EUTANASIA



**Serafín Romero, nuevo presidente de la CGE andaluza.**

Serafín Romero, que fue viceconsejero de Salud en la pasada legislatura, fue nombrado en septiembre presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) de la eutanasia de Andalucía, en sustitución de Juan José Sánchez Luque.

La implementación de la Ley de Eutanasia en la comunidad andaluza se hizo con múltiples retrasos y de forma caótica. ¿Boicot, obstruccionismo, desidia? En declaraciones a la prensa, el nuevo presidente de la CGE reconoció que «la puesta en marcha de una prestación como esta ha tenido problemas relacionados con el retraso en los tiempos y las dificultades administrativas», así como un «déficit en formación y conocimiento». Admitió que, por falta de información a los facultativos sobre los protocolos a

seguir, los procesos se demoraban más de lo normal y que no existía procedimientos claros que indicasen a qué médico acudir cuando un paciente presentaba una solicitud o qué hacer en caso de objeción de conciencia generalizada.

«Los cargos intermedios deben estar preparando estos supuestos y aprendiendo de cada caso concreto para diseñar los circuitos, pero siempre de manera preventiva, no cuando llega el supuesto. Estamos ya trabajando en esa línea», declaró el nuevo presidente de la CGE.

Desde DMD, que ha sido muy activa en el asesoramiento a profesionales y pacientes y en la denuncia de casos de mala praxis, esperamos que por fin la situación se normalice en Andalucía. ■

# CREACIÓN DE UN OBSERVATORIO DE LA MUERTE DIGNA EN CANARIAS

El parlamento de Canarias aprobó a finales de septiembre la Proposición de Ley sobre Muerte Digna presentada por el grupo Sí Podemos Canarias, a través de la cual se pretende «dar pasos hacia adelante en el ensanchamiento y consolidación de los derechos al final de la vida», en palabras de la presidenta del grupo, María del Río.

Se trata de «ir superando las reticencias y el tabú de la muerte, difundiendo y dando visibilidad a los derechos subjetivos que tiene la ciudadanía en esta materia». Bajo esta perspectiva, la ley permitirá reforzar las acciones de formación continuada del personal sanitario en todos los aspectos relacionados con el final de la vida, no solo en los referidos a la capacitación técnica, sino también en las habilidades de comunicación.



**Salón de plenos del Parlamento de Canarias.**

Por otra parte, el texto regula la creación de un Observatorio de la Muerte Digna que «evaluará como se trabaja en las Islas por dignificar la vida de las personas y también su muerte». ■



**Foto de familia del nuevo Comité de Bioética de España.**

## RENOVACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA

A finales de julio se publicó en el BOE el nombramiento de los nuevos miembros del Comité de Bioética de España para los próximos cuatro años.

En octubre de 2020, cuando se celebraban los debates parlamentarios que llevarían a la aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), el Comité de Bioética de España publicó, por su propia iniciativa, un largo informe en el cual consideraba que la eutanasia no era un derecho subjetivo y abogaba por universalizar los cuidados paliativos y protocolizar el recurso de sedación paliativa para los casos de «sufrimiento existencial refractario», además de defender la objeción de conciencia institucional. Concluía su informe afirmando que legalizar

la eutanasia suponía «iniciar un camino de desvalor de la protección de la vida humana cuyas fronteras son harto difíciles de prever» y consideraba que no sería un signo de progreso, «sino un retroceso de la civilización».

Los miembros de este órgano consultivo tienen un mandato de cuatro años. Habían sido renovados por última vez en 2018, durante el gobierno de Mariano Rajoy. La mitad de los miembros habían sido nombrados a propuesta del Gobierno central del PP y la otra mitad, de los Ejecutivos autonómicos.

Cabe esperar del Comité de Bioética recién nombrado una actitud más progresista en relación con la eutanasia. ■



## SENTENCIA DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS EN EL CASO MORTIER CONTRA BÉLGICA

*La sentencia pronunciada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en el caso Mortier contra Bélgica avala la conformidad de la ley belga relativa a la eutanasia con los artículos 2 (protección del derecho a la vida) y 8 (derecho a la intimidad) de la Convención.*

La Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia consideró conforme a la ley la eutanasia realizada a una paciente aquejada de depresión crónica durante toda su vida adulta. Sin esperanza de mejora, solicitó la eutanasia en 2011, consultando con Wim Distelmans, presidente de la asociación flamenca LEIF<sup>1</sup>. Su solicitud recibió el aval de dos psiquiatras consultores independientes, y se practicó la eutanasia en abril de 2012. Antes de morir, la paciente accedió a las peticiones reiteradas de los médicos e informó por correo electrónico a sus dos hijos, con quienes no tenía relación. La hija contestó que respetaba la decisión mientras el hijo –Tom Mortier– no respondió.

En 2014, Tom Mortier presentó una queja en el Colegio de Médicos y, unos meses más tarde, presentó una demanda por lo penal que fue archivada en 2020. Se dirigió entonces al TEDH donde denunció al Estado belga por haber faltado a su obligación de proteger debidamente la vida de su madre (art.2 Convención Europea de Derechos Humanos) y al deber de protección de la intimidad personal y familiar (art.8) por negarle el acceso a los informes. Denunció también la ausencia de una investigación seria y efectiva del caso por los tribunales belgas (art.13).

La demanda de Tom Mortier cuestionaba, de facto, la seguridad de la Ley relativa a la Eutanasia y cómo se había aplicado en el caso de su madre. Los medios conservadores e integristas, así como las organizaciones de



**Edificio de la sede del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.**

este ámbito, se apropiaron del caso. El abogado de Tom Mortier pertenecía a la asociación ADF (Alliance Defending Freedom) –un grupo de activistas integristas cristianos estadounidenses con sede europea en Viena–. La asociación polaca Ordo Iuris y la asociación inglesa Care not Killing se personaron en la causa<sup>2</sup>. Consciente de la amenaza representada por este juicio, se personaron también en la causa la ADMD belga y Dignitas.

### **Una sentencia importante**

El punto de más impacto de la sentencia es la validación del marco legal belga de la eutanasia: el tribunal afirma que *«las disposiciones de la ley constituyen, en principio, un marco legislativo capaz de garantizar la protección del derecho a la vida de los pacientes tal como exige el art. 2 (derecho a la vida) de la Convención de Derechos Humanos»*. Evocando el caso concreto examinado, concluye que *«no hubo violación del art.2 de la Convención en los actos previos a la eutanasia»*. Estima, por otra parte, que los médicos de la madre del demandante han actuado correctamente al respetar el deber de confidencialidad y de mantenimiento del secreto médico. Reconoce, finalmente, que respetaron las directrices deontológicas al insistir repetidamente para que la paciente informase a sus hijos.

Sin embargo, el Tribunal considera que hubo posible violación del art.2 en la forma en que se realizó el control a posteriori de la eutanasia y del art. 13 en la tardanza excesiva de los procedimientos judiciales en Bélgica. Estima que el modo de funcionar de la Comisión, que exa-

<sup>1</sup> LEIF – LevensEinde Information Forum: Foro de Información sobre el Final de la Vida. Es la asociación homóloga de ADMD en la parte flamenca de Bélgica.

<sup>2</sup> Ordo Iuris promovió en su país en 2016 la ley que prohibía el aborto en cualquier circunstancia bajo amenaza de castigo penal. En cuanto a Care not Killing (trad.: Cuidar no matar), es en realidad una agrupación de asociaciones que cuenta entre sus miembros la Asociación de Médicos Cristianos, y la Iglesias de Inglaterra y Escocia.

mina los casos anonimizados, no permite asegurar que un miembro se retire de las deliberaciones cuando se aborda uno en el que intervino.

La Comisión, por su parte, aduce que existe la regla no escrita de que el profesional guarde silencio si se evalúa un caso del que fue partícipe, y concluye que la solución consistiría en eliminar el anonimato de los informes, lo que obligará a modificar la ley. «Esto no es asunto de la Comisión, sino del Parlamento», concluye.

### Implicaciones de la sentencia para España

En su blog «El derecho y el revés» el catedrático de Derecho Constitucional de la Universidad de Oviedo, Miguel Ángel Presno Linera, analiza la sentencia del TEDH en el

Caso *Mortier contra Bélgica* y su posible aplicación a la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia española:

«De lo dicho por el TEDH a propósito de la legislación belga podría concluirse, al menos así lo veo yo, que la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia es también compatible con el Convenio Europeo de Derechos Humanos y ello porque no solo contempla unas garantías similares a las exigidas en Bélgica (...), sino que, adicionalmente, y a diferencia de lo que sucede en Bélgica, es imprescindible la conformidad previa de la respectiva Comisión de Garantía y Evaluación. (...) De esta manera, y teniendo además en cuenta las exigencias que debe cumplir la persona solicitante en España, parece que se respetan plenamente las exigencias derivadas del artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos». ■



## ¿HA IDO DEMASIADO LEJOS LA EUTANASIA EN CANADÁ?

El informe publicado por la administración canadiense sobre la aplicación de la ley de eutanasia en 2021 ha sido profusamente difundido en los medios de comunicación y ha alimentado interpretaciones opuestas. Los datos muestran un aumento importante del número de eutanasias practicadas cada año:

ESTADÍSTICAS CANADÁ		
Evolución nº MMA realizadas		
AÑO	Nº AMM DECLARADAS	% AUMENTO
2017	2.838	—
2018	4.478	+57%
2019	5.425	+36,1%
2020	7.383	+36%
2021	10.064	+32,4%

Los fallecimientos por eutanasia representaron, en 2021, el 3,3% del total. Para situar estas cifras: Canadá tiene una población de unos 37 millones de personas y alrededor de 305.000 fallecimientos cada año.

### Fuertes ataques contra la ley de eutanasia

Estos datos están siendo utilizados por los grupos opuestos a la muerte médicamente asistida (MMA), grupos de cristianos fundamentalistas o asociaciones de personas con discapacidad, que han impulsado una campaña

según la cual 'las cosas han ido demasiado lejos'. En contraposición a esta campaña, todas las encuestas demuestran un apoyo mayoritario de la opinión pública al derecho a recibir ayuda médica para morir.

Este apoyo también existe para los casos de pacientes con trastornos mentales, que entrará en vigor partir de marzo de 2023. Un 45% de la población estaría totalmente a favor, una proporción importante para una cuestión tan compleja. Una encuesta realizada por la Asociación Canadiense de Psiquiatría revela que un 41% de sus miembros expresa también una opinión favorable a la apertura de la MMA a pacientes psiquiátricos.

Otro argumento difundido por una prensa amarillista, todavía más grueso, es que Canadá está usando la eutanasia... «para acabar con sus pobres». Hasta la prensa internacional, ávida de noticias llamativas, se hizo eco del caso de dos mujeres con pocos recursos y aquejadas de Sensibilidad Química Múltiple que solicitaron la eutanasia «por no conseguir una vivienda social adecuada», según esta campaña. Hasta han creado nuevo concepto: el de «coerción sistémica».

Expertos médicos y legales de prestigio reconocido señalan que la cobertura mediática demasiado simplificada de los casos no refleja las realidades del sistema y advierten de lo dañino de la cobertura sensacionalista y torticera de un puñado de casos. En lugar de pelear contra la ley por razones puramente ideológicas, deberían hacer mayor énfasis en la necesidad de desarrollar las ayudas y servicios para personas con discapacidad y el apoyo a personas con problemas de salud mental, declaran los expertos. Los juristas, por su parte, recalcan que es poco probable que los legisladores deroguen una ley amparada por varias sentencias del Tribunal Supremo. ■

## UN «GRAN DEBATE NACIONAL SOBRE EL FINAL DE LA VIDA»

A finales del verano de 2022, Macron hizo pública su intención de impulsar «un gran debate nacional sobre el final de la vida» encaminado hacia un cambio legislativo que sería la gran iniciativa reformadora de su segundo mandato.

Un informe publicado a mediados de septiembre por el Comité Consultivo Nacional de Ética (CCNE) consideró posible avanzar hacia una «ayuda activa a morir» en «condiciones estrictas»: para pacientes adultos aquejados de una enfermedad grave e incurable que curse con sufrimientos físicos o síquicos imposibles de aliviar, y con un pronóstico fatal a medio plazo.



Jóvenes de la asociación ADMD.

El Gobierno acaba de encargar al Consejo Económico, Social y Medioambiental (CESE) la organización de una «convención ciudadana» que empezará a trabajar el 9 de diciembre. Un grupo de 150/170 ciudadanos elegidos por sorteo deberá responder a la pregunta: «¿Está el marco de acompañamiento del final de la vida adaptado a las diferentes situaciones encontradas o deben introducirse cambios?» Deberán entregar sus conclusiones en marzo de 2023.

Paralelamente se organizarán debates ciudadanos en los territorios, y el gobierno entablará «un trabajo concertado» con los parlamentarios de todos los partidos. Se organizarán también consultas de los sectores profesionales implicados, en particular el de los profesionales de la salud, con especial relevancia de los cuidados paliativos. El conjunto de estas acciones permitirá «eventualmente» (en términos del gobierno) avanzar hacia un cambio legislativo a finales del año 2023. No está excluida la organización de un referéndum sobre la cuestión.

Todas estas iniciativas despiertan a la vez esperanza y escepticismo entre la ciudadanía y las asociaciones de muerte digna. Mayoría parlamentaria y mayoría social coinciden en la necesidad de un cambio legislativo, pero se teme que un «otoño caliente» ahogue este gran debate. ■

### FÉ DE ERRORES

#### Muertes asistidas anuales en Bélgica y Países Bajos (números absolutos) por año

Cifras desde la entrada en vigor de la ley

■ BÉLGICA ■ PAÍSES BAJOS

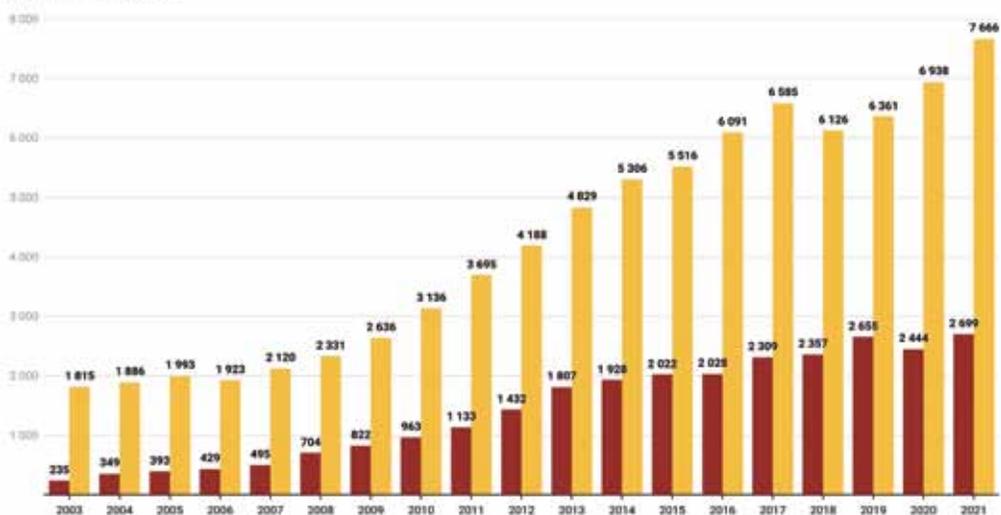


Gráfico: DMD - Creado con Datawrapper

En la página 34 del número 87 publicamos un gráfico con las cifras de eutanasias en Bélgica y Países Bajos. Aunque las cifras y alturas de las barras eran correctas, las referencias del eje vertical (n.º absolutos) estaban equivocadas. Publicamos una versión corregida y correcta. Lamentamos el error.

## MÁS ALLÁ DE LA LEY DE EUTANASIA

La Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia, vigente desde 2002, fue una ley pionera y sigue siendo una de las más avanzadas del mundo. Sin embargo, el debate público pone cada vez más en evidencia sus limitaciones. Las críticas son fundamentalmente dos: por un lado, la ley ha sido concebida para proteger a los médicos y, en consecuencia, no se fundamenta en un derecho a la autoterminación al final de la vida, y, por otro lado, deja a la intemperie a las personas que desean morir y no tienen un «padecimiento insoportable y sin esperanza de mejora». La ayuda (no medicalizada) al suicidio sigue siendo delito.

### *Un proyecto de ley en punto muerto*

Para responder a esta nueva sensibilidad social, el partido liberal D66 registró, en la anterior legislatura, el proyecto de ley de «Vida Cumplida». Proponía un camino legal para que las personas mayores de 75 años que considerasen racionalmente su biografía terminada –su vida cumplida– pudiesen acceder a un producto letal. Las condiciones para acceder al fármaco serían mantener una conversación con un asesor, con formación especializada, que se asegurase de la capacidad de decisión de la persona y de la firmeza de su deseo de morir. El final abrupto de la legislatura no permitió que se debatiese el texto.

La presencia de D66 en el actual Gobierno hizo esperar posibles avances, pero el actual ministro de Sanidad –que pertenece al partido– se pronunció en el mes de abril pasado en contra de un cambio legislativo. Otro jarro de agua fría: el Consejo de Estado hizo público en mayo un informe que considera que el proyecto de ley no ofrece suficientes garantías de protección de las personas vulnerables y pone en dudas la existencia del sentimiento de «vida cumplida» entre las personas mayores.

### *Un país maduro para avanzar*

La asociación NVVE –Asociación Neerlandesa por el Final Voluntario de la Vida– ha criticado el dictamen del Consejo de Estado. Piensa que el país está «maduro para dar un paso adelante» y está interviniendo con fuerza en el debate social. Apoya el proyecto de Ley de Vida Cumplida



**Miembros de la Cooperativa Última Voluntad marchan a favor de la libre disposición de la propia vida.**

de D66 que «permitiría satisfacer los deseos de muchas personas mayores que consideran su vida terminada y rechazan la intervención de los médicos». En su última asamblea general, que se celebró antes del verano, ha aprobado un Plan de Acción para la Autodeterminación al Final de la Vida. Movilizará a políticos, abogados, profesionales sanitarios, especialistas en ética, científicos y organizaciones de la sociedad civil para luchar por un cambio legislativo fundamentado en el derecho a la autodeterminación.

Para dar visibilidad al debate sobre la autodeterminación al final de la vida, la Cooperativa de la Última Voluntad (CLW - Coöperatie Laatste Wil) y 29 personas más presentaron, en 2021, una demanda judicial contra el Estado neerlandés por la actual prohibición de la ayuda al suicidio. La Cooperativa argumenta que la legislación actual es incompatible con el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (respeto a la vida privada y familiar) y aboca a las personas que desean morir y que no cumplen los requisitos para acceder a la ayuda a morir medicalizada a recurrir a métodos violentos, crueles y con gran impacto social.

CLW se dio a conocer en 2018, cuando anunció en un informativo televisado que disponía de un producto letal, legal y barato, y que se proponía organizar su distribución entre sus miembros. La fiscalía tomó cartas en el asunto y la obligó a renunciar a este proyecto. Desde entonces, el Gobierno ha llegado a un acuerdo con la industria química por el cuál no se vende el producto en cuestión a particulares. Actualmente, la Cooperativa tiene más de 35.000 miembros, algunos de los cuales están investigados por la justicia bajo la sospecha de haber distribuido el producto.

La vista oral del juicio se celebró en La Haya el lunes 10 de octubre. Se conocerá la sentencia el 14 de diciembre. ■



## No es necesario estar muriendo para tener derecho a morir en paz

Texto: **JOAN DEL ALCÀZAR**

*Jean-Luc Godard, el reconocido director cinematográfico franco-suizo, ha muerto por propia voluntad a los 91 años. Lo ha hecho en Suiza, país en el que su Código Penal ofrece espacio para que algunas entidades hagan factible el suicidio asistido.*

Godard no estaba enfermo, más allá de las limitaciones propias de su edad. No obstante, según ha informado su familia, sencillamente estaba agotado y había decidido lúcidamente poner punto y final a su apasionada vida. Godard, que en varias de sus obras contempló el suicidio como el gran problema filosófico del ser humano, en sintonía con Albert Camus, consiguió su objetivo final: murió serenamente en su casa

junto al Lago Lemán, acompañado por sus familiares más próximos. Su penúltimo deseo fue que supiéramos que él había elegido libremente ese final.

Esa fue también la voluntad de Jacqueline Jencquel, profesora y activista de la ADMD francesa, quien puso fin a su vida la pasada primavera, ejerciendo su derecho a lo que se conoce como la Interrupción Voluntaria de la Vejez (IVV). Jencquel, contrariamente a Godard, tuvo que morir sola porque, según sus propias palabras, no quiso «ir al exilio» para morir [léase Suiza] y porque tuvo “la oportunidad de elegir porque tengo el producto adecuado».

Jencquel murió con 78 años, sin padecer enfermedad alguna, simplemente porque no quería vivir más. Su reflexión final es muy potente: «No quiero estar ya muriendo para tener derecho a morir. Soy vieja pero todavía lúcida y capaz de discernir».

La Ley de Eutanasia, recientemente aprobada, ha sido un gran paso para aquellas personas que sufren dolencias y padecimientos insoportables. Pero es fácil entender que existe una nueva frontera en el horizonte de muchos de nosotros: la Interrupción Voluntaria de la Vejez es una salida adecuada para quienes la decrepitud y la dependencia son peores que la muerte. No solo eso.

Cuando la vida ya no es deseable de ser vivida, cuando esa realidad amenaza con la degradación progresiva, cuando se constata un irreversible agotamiento vital, echar el cierre es legítimo y respetable. Ese epílogo no debe ser ni solitario, ni clandestino, ni exigir el exilio, como tuvo que hacer Jacqueline Jencquel. Morir voluntaria y serenamente, rodeado de los tuyos, a la forma y manera de Jean-Luc Godard, es poner un broche de dignidad a la vida. ■

## Un documental sobre la eutanasia: «Últimas palabras»

En 2002, el Parlamento belga aprobó la Ley de Eutanasia. Desde entonces, algunos hospitales han habilitado una consulta de «final de vida». Es el caso del Hospital La Citadelle, de Lieja, donde el médico François Damas recibe pacientes con enfermedades graves e incurables que desean solicitar la eutanasia. «Últimas palabras» es un impresionante documental realizado en 2019, en esta consulta, por un equipo de jóvenes periodistas. Filmado con gran sencillez, a base de planos y contraplanos, nos permite presenciar el diálogo médico-paciente, la deliberación que es la piedra angular de un proceso de eutanasia.



François Damas conduce el documental. Entrevista a los pacientes. La Sra. Hox, que padece ELA, está mucho más tranquila ahora que tiene el visto bueno para morir. El Sr Dereppe, con varias enfermedades graves, apenas camina 10 o 15 metros y prefiere morir a deteriorarse poco a poco y ser dependiente. Anne, una señora con cáncer avanzado, no quiere que sus hijos la vean agonizando.

A continuación, un percusionista francés aquejado de esclerosis múltiple explica que ya no aguanta más.

«Quiero que cese, quiero que pare». La cámara capta su cara demacrada y tensa. Cuando el médico le confirma la respuesta positiva a su solicitud una gran calma ilumina su cara. Finaliza la entrevista con un comentario sobre su experiencia en las consultas médicas en Francia: «Me dan vergüenza, nos escuchan y solo dicen: «Si, si, pobrecito. Ya, claro... Y ya está».

El documental no huye de la complejidad y nos muestra también el rechazo de una solicitud por sufrimiento psicológico, de una señora con un intento de suicidio dos años antes. Luego aparece el Sr. Paul, un anciano en duelo por la muerte de su mujer, acompañado por su sobrino. Una relación cariñosa les une y renuncia a la eutanasia: «Hay mucha gente esperando la muerte. Yo voy a hacer lo mismo». El siguiente testimonio es el del Sr. Lombard, que concreta su cita por correo electrónico. Mientras vemos el paisaje de los alrededores del hospital, se escucha sus últimas palabras de despedida.

El documental se cierra con la visita, en su domicilio, a la madre de una joven de 24 años que murió en casa: «Ella tenía muchas ganas de irse. Si quieres a tu hija, que quiere marcharse, es normal hacerlo. (...) Creo que eso fue muy importante para ella, poder decir: de cierta manera, me voy con... vuestra aprobación». El médico también se emociona, confiesa que cuando habla de sus experiencias de eutanasia le cuesta controlar sus emociones. Es después de la muerte, a veces de una manera intensa, porque la ruptura del vínculo que se ha construido previamente le hace sentirse desamparado. La madre añade: «Pero es cierto que, en el momento, es dulce. Es algo muy extraño. Es rápido, es tranquilo. Es dulce y, luego, se acaba». ■

## Cuando vivir es puro sufrimiento

«Ella quería morir y yo quería que viviera. Éramos enemigas que se amaban». En *Pequeñas desgracias sin importancia*, la novela de la autora canadiense Miriam Toews, publicada ahora en castellano, Yolandi cuenta la relación con su hermana mayor, Elfrieda. Yolandi es, a la vez, vital y caótica.

Elfrieda es brillante, una pianista excepcional; tiene un marido que la adora y una familia que la apoya, pero para ella «el problema es la vida misma y la imposibilidad de vivir».



Título: *Pequeñas desgracias sin importancia*

Autora: Miriam Toews

Editorial: Sexto Piso

Año: 2022

El libro es en parte autobiográfico, ya que la escritora canadiense Miriam Toews vivió una experiencia similar a la que relata. En 2010, su hermana se suicidó, y diez años antes su padre se había arrojado a las vías del tren. El choque fue tal que pensó que no volvería a escribir, se sentía «congelada y llena de dolor». Pero «el tiempo pasó y pasó y pasó», explica y «entonces me di cuenta de que necesitaba escribir». Esta novela, publicada en 2014 en Canadá, forma parte del gran debate sobre la regulación de la ayuda médica a morir que se estaba desarrollando en la sociedad canadiense y desembocó dos años más tarde en una ley.

El relato, a cargo de Yolandi, en un lenguaje coloquial, directo y sorprendentemente lleno de humor, aborda la cuestión del sufrimiento provocado por la enfermedad mental y de la dificultad del entorno –tanto familiar como institucional– para escucharlo. Después de años de tratamientos, de varios intentos de suicidio con métodos tan chapuceros como desesperados seguidos de internamientos en hospitales psiquiátricos, si una persona sigue suplicando que la ayuden a morir... ¿qué hacer?

Después de la enésima tentativa de suicidio de Elfrieda, al visitarla en el hospital, Yolandi se rebela: «¿No puedes ser como los demás, normal y triste y con tus mierdas, viva y con cargo de conciencia?» Pero la quiere, y empieza, a pesar de todo, a buscar información en Internet, sobre el Nembutal y México, sobre las asociaciones suizas. Es un paso difícil. «Le dije que la ayudaría si pudiese, pero no podía. No quiero ir a la cárcel. No quiero matarla».

Elfrieda acabará saliendo del hospital y, escapando de la vigilancia bienintencionada de madre, tía, hermana y marido, pondrá fin a años de sufrimientos en un suicidio violento. «Nadie tiene la culpa. No estoy segura. ¿Y Zúrich?, me pregunté. Habría muerto en paz y no sola. Eso es todo lo que quería. No estuve a la altura», reflexiona Yolandi.

El parlamento canadiense aprobó una ley de ayuda médica a morir dos años después de la salida del libro. Una ley muy restrictiva que excluía a los enfermos psiquiátricos. El debate siguió abierto, y una ampliación de la ley aprobada en 2020 permitirá a las personas con trastorno mental acceder a la eutanasia, con unas condiciones todavía por definir, a partir de marzo 2023. ■

# ¡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

## 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!



[derechoamorrir.org](http://derechoamorrir.org)

