



# dmd

DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

Nº 95 • PRIMER SEMESTRE 2026

## REPORTAJE

*¿Qué sucede cuando se deniega una eutanasia?*

## EN PERSPECTIVA

Aportaciones al nuevo Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia

## TESTIMONIO

«La vida que quiero llevar se me va desdibujando»

## INFORME

# Eutanasia en España: un derecho que debe funcionar

# MOVIMIENTO CIUDADANO

POR  
LA

# BUENA MUERTE

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.

SI LA BUENA  
MUERTE TE  
IMPORTA,  
¡ASÓCIATE!



*Solo nos financiamos  
con tu apoyo*

## EL TRIBUNAL SUPREMO DESTACA LA LABOR DE DMD

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

Tribunal Supremo 141/2021

*Con solo 50€ al año consigues que:*

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

¡ÚNETE!

+ Info: 91 36 91 746

*ESCANEA EL  
CÓDIGO PARA  
ASOCIARTE*



derechoamorir.org

*También  
puedes  
asociarte aquí*

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

## ¿De quién son nuestros días?

Coincidiendo con el quinto aniversario de la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), acabamos de conocer el avance de una decisión de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Supremo que nos genera una profunda inquietud. El alto tribunal reconoce la legitimación de terceras personas, que tengan *'una vinculación particularmente estrecha'*, para recurrir judicialmente una eutanasia ya aprobada por la Comisión de Garantía y Evaluación. Desde la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (AFDMD) manifestamos nuestro rechazo absoluto a esta resolución que sienta jurisprudencia.

Todavía no conocemos el texto íntegro de la sentencia. Quedamos a la espera de su publicación oficial para analizar los fundamentos jurídicos al completo. Sin embargo, el criterio adelantado nos suscita una honda preocupación. Nos obliga a rescatar la pregunta de fondo planteada en la película de Paolo Sorrentino *La Grazia*: «¿De quién son nuestros días?».

Para DMD, la respuesta es rotunda: nuestros días y nuestro destino final nos pertenecen únicamente a cada una y cada uno de nosotros. Sostenemos con firmeza que la ayuda médica a morir es un derecho estrictamente individual y personalísimo. La Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) se fundamenta en la autonomía de la persona en un contexto eutanásico. Nadie más que la propia persona interesada puede solicitar la prestación o revocarla. Entendemos el dolor de las personas allegadas enfrentándose a una pérdida, pero permitir la intromisión de terceras personas, sin importar la naturaleza del vínculo con quien ha solicitado la eutanasia, vulnera su voluntad. Añade además un obstáculo doloroso en un momento de sufrimiento *'constante e insuportable'*.

Seguiremos defendiendo que la última palabra sobre una vida solo le corresponde a quien la vive.

### Revista **dmd**

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

Puerta del Sol, 6, 3º izda. 28013 Madrid  
Tf. 913 691 746

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

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

*Coordinación:* Loren Arseguet

*Redacción:* Joan del Alcázar, Carmen Azpeitia, Pilar Cartón, Esther Díez, Edurne Eguino, Antón G. Ferreira, Elena Gutiérrez Alonso, Fernando Marín, Consuelo Miqueo, Fernando Pedrós, Susana Pozuelo, Gabriel Sánchez Bellón, Fernando Sanz, Isabel Sanllehi, Rafael Quintana, Elena Canedo.

*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

# TESTAMENTO VITAL\*

## NUEVAS RECOMENDACIONES DE DMD

En DMD revisamos de forma continua la legislación estatal y autonómica. Contamos con especialistas en medicina, cuidados paliativos, derecho y bioética para ofrecerte un modelo de instrucciones previas claro, completo y legalmente válido.



**Si ya tengo uno ¿tengo que volver a hacer mi testamento vital?**

**- Revisa tu documento, si en él solicitabas de manera explícita la eutanasia, no es necesario actualizarlo.**

Cada Comunidad Autónoma tiene su propio procedimiento para formalizar el testamento vital. Busca la tuya en nuestra web y te mostraremos qué documentos necesitas, cómo presentarlos y los consejos de DMD para hacerlo correctamente.

*Descarga tu  
testamento vital*

<https://derechoamorir.org/testamento-vital/>

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

\* Testamento vital: También conocido como Instrucciones Previas, Documento de Voluntades Anticipadas, Expresión Anticipada de Voluntades, Voluntades Previas, o Voluntad Vital Anticipada.



Foto de portada:  
**ELISA CASAS**



<b>INFORME 2024 / EUTANASIA EN ESPAÑA</b> .....	6
<i>Un derecho que llega tarde, mal y según dónde vivas.</i>	
<i>Texto: Redacción DMD</i>	
<b>EN PERSPECTIVA / HAY PROFESIONALES QUE NO HAN REFLEXIONADO LO QUE SUPONE ACERCARSE A LA MUERTE DESDE LA EMPATÍA Y EL RESPETO</b> .....	14
<i>Concha Castell nos habla de las aportaciones de DMD al borrador del Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia.</i>	
<i>Texto: Redacción DMD</i>	
<b>TESTIMONIO / «LA VIDA QUE QUIERO LLEVAR SE ME VA DESDIBUJANDO»</b> .....	18
<i>Estas son las motivaciones y los obstáculos que encontró Carmen Z., activista de DMD Madrid, quien solicitó la eutanasia.</i>	
<i>Texto: Carmen de Lucas Verdier</i>	
<b>EN CONTEXTO / EUTANASIA: UN TSUNAMI EMOCIONAL</b> .....	22
<i>Cuando una persona solicita la eutanasia en su entorno familiar y profesional se desencadena una mezcla de emociones.</i>	
<i>Texto: Soco Lizarraga</i>	
<b>REPORTAJE / ¿QUÉ SUCEDE CUANDO SE DENIEGA UNA EUTANASIA?</b> .....	24
<i>Hablamos de un tabú: el suicidio en soledad de aquellas personas a quienes se les deniega el derecho a una muerte digna.</i>	
<i>Texto: Antón G. Ferreiro</i>	
<b>ENTREVISTA / «CREEMOS QUE LAS PERSONAS DEBERÍAN PODER DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SUS PROPIAS VIDAS»</b> .....	32
<i>Fransien van ter Beek, presidenta de la Asociación Neerlandesa para la Muerte Voluntaria (NVVE).</i>	
<i>Texto: Loren Arseguet</i>	
<b>APUNTES / CUIDAR RESPETANDO LA AUTONOMÍA</b> .....	33
<i>DMD Asturias forma parte de la Red CuidAs, una iniciativa para impulsar un nuevo modelo de cuidados en el Principado.</i>	
<i>Texto: Fernanda del Castillo y Arévalo, y Pilar Cartón Álvarez</i>	
<b>ESTACIÓN TERMINAL / LA LIBRE AUTODETERMINACIÓN JUSTIFICA LA EUTANASIA</b> .....	36
<i>Tribuna de Fernando Pedrós, periodista y filósofo</i>	
<b>ENTREVISTA / «EL EQUIPO DE TRASPLANTE SE ADAPTA AL PROTOCOLO DE EUTANASIA DISEÑADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE»</b> .....	38
<i>Beatriz Domínguez-Gil, directora de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).</i>	
<i>Texto: Redacción DMD</i>	
<b>NOTICIAS / LA ACTUALIDAD DE LOS DERECHOS SANITARIOS AL FINAL DE LA VIDA</b> .....	42
<b>NOTICIAS INTERNACIONALES / REPASAMOS LAS NOTICIAS SOBRE DERECHOS AL FINAL DE LA VIDA EN EL MUNDO</b> .....	46
<b>CULTURA / LA EUTANASIA Y LA MUERTE VOLUNTARIA EN EL CINE Y LA LITERATURA</b> .....	49

# *Eutanasia* en España: un derecho mal y según

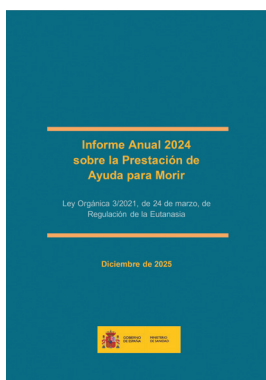


*La eutanasia en España existe. Está en la ley, se regula, se tramita. Pero no llega. O llega tarde. O solo llega a algunos. Y eso, cuando hablamos del final de la vida, no es un matiz: es el problema. Analizamos en las siguientes páginas el Informe Anual 2024 sobre la Prestación de Ayuda para Morir que publicó el Ministerio de Sanidad el pasado diciembre, donde los datos hablan por sí solos: solo en el 46 % de las solicitudes la persona fallece por eutanasia, como es su voluntad. Entre medias, numerosos obstáculos: denegaciones por parte de las diferentes instancias y demoras que superan los plazos marcados por la ley que suponen que uno de cada tres solicitantes fallezca durante la tramitación. Muchos de estos aspectos quedan también reflejados en las infografías que acompañan este artículo donde, con los datos que aporta el Ministerio, se confirma que aún nos queda mucho por hacer.*

Texto y foto: **REDACCIÓN DMD**

La eutanasia en España crece. Sí. Pero crece tarde, mal y de forma desigual. Desde 2022 aumenta alrededor de un 24 % anual, una cifra que podría parecer positiva si no fuera porque partimos de cero. En 2024 murieron 436.000 personas; 426 por eutanasia, apenas una de cada mil.

Esta cifra es muy inferior a la esperada: «10 veces menor que la de Australia (0,8 %-1,6 %) y Nueva Zelanda (1 %), 15 veces menor que la de Suiza (1,5 %), entre 30 y 40 veces más baja que la de Bélgica (3,6 %) y Canadá (4,7 %), y 60 veces menor que la de Países



Bajos (5,8 %)» (Informe del Ministerio de Sanidad).

Hay algo más que la tramitación. Incluso si todas las solicitudes se aprobaran, la tasa sería del 2 por mil (5 en algunas comunidades autónomas). Una hipótesis sería que muchas personas solicitantes se encuentran con obstáculos por parte de los profesionales, del tipo de «no es para ti», «¡Uf! Eso es un lío», «no tengo tiempo», «no me han formado para eso y no tengo ni idea», «soy objetora, adiós», «váyase a la pública», etc. Son solicitudes rechazadas en una primera consulta, que no se llegan a firmar o acaban en la papelera, sin que consten como tales. Según esta idea, para llegar al 1 % de fallecimientos esperado, debería haber de 8 a 9 mil solicitudes y unas 4 mil prestaciones.



que llega tarde,  
dónde vivas

La realidad, lejos de reflejar prudencia, apunta a un acceso limitado a un derecho reconocido por ley.

Porque no estamos ante una prestación cualquiera: hablamos de la posibilidad de decidir cómo y cuándo morir en situaciones de sufrimiento extremo. Y ese derecho, hoy por hoy, depende demasiado de factores que nada tienen que ver con la voluntad del paciente.

### ***Tu código postal decide***

¿Por qué en España se utiliza tan poco? Una respuesta fácil sería pensar que la sociedad española lo demanda menos. La alternativa es más inquietante: que el acceso esté lleno de obstáculos, muchos de ellos invisibles, barreras que no aparecen en las estadísticas: profesionales que disuaden, falta de información, procesos complejos o, simplemente, desinterés institucional.

El primero es territorial. En España, tu código postal sigue marcando diferencias decisivas. En Navarra, Euskadi y Catalunya la tasa es siete veces superior a otras comunidades como Extremadura y la Valenciana. Esta última, no solo está muy por detrás, sino que incluso las solicitudes decrecieron un 38 %, lo cual es alarmante. No hablamos de pequeñas

**«LA SOCIEDAD NO  
DEMANDA MÁS LA  
EUTANASIA PORQUE  
EL ACCESO ESTÁ  
LLENO DE OBSTÁCULOS,  
MUCHOS DE  
ELLOS INVISIBLES,  
QUE NO APARECEN EN  
LAS ESTADÍSTICAS»**

oscilaciones: hablamos de desigualdades que ponen en cuestión la equidad del sistema.

Un derecho no puede depender del lugar en el que vives. Pero hoy, en la práctica, la eutanasia sí depende, porque en algunos territorios el médico responsable, médico consultor y los vocales de la Comisión serán más proclives a ayudarte que en otras comunidades.

### ***Morir esperando***

Hay un dato que debería bastar para encender todas las alarmas: una de cada tres personas que solicita la eutanasia muere antes de obtenerla. No porque cambie de opinión, sino porque no llega a tiempo. Especialmente dramático es el caso de los pacientes oncológicos: la mitad de los que piden ayuda para morir acaban muriendo sin ella.

La ley prevé una vía rápida para estos casos, el procedimiento abreviado por pérdida de capacidad inminente. Sobre el papel, se podría tramitar en 21 días. En la práctica, no está funcionando. Y el resultado es devastador: personas que piden ayuda para morir y acaban muriendo sin ella, tras semanas de espera.

En todos los países con regulación, las personas con un probable fallecimiento en breve plazo son el 80 % de las eutanasias. Debido a unos plazos excesivamente largos, en España la proporción de enfermos oncológicos es muy inferior al del resto de países.

La ley española debe ser garan-

tista, pero también eficaz. Esto no es un fallo técnico. Es un fracaso del sistema.

### **La eutanasia que depende de quién te toque**

Las denegaciones oscilan entre el 9 y el 33 %. No hay sistema serio que pueda justificar una variabilidad así sin levantar sospechas. En la mayoría de los casos, el filtro decisivo es el médico responsable.

En la tramitación de la eutanasia, existe un grado de interpretación subjetiva de los requisitos, sobre todo de las limitaciones en la autonomía física y de una posible mejoría, influenciada por prejuicios y otras consideraciones personales. Para muchos profesionales es la primera vez que se enfrentan a la tramitación de la eutanasia. Para ellos es importante que reciban apoyo de la unidad de eutanasia y los referentes, que no existen en todas las comunidades autónomas.

En ocasiones, la pareja de vocales de la Comisión deniega una solicitud que ha sido informada como favorable por el médico responsable y el médico consultor, provocando una gran desolación en la persona que solicita ayuda para morir, que no comprende cómo dos desconocidos la rechazan. Quizás esas personas no deberían estar ahí, sobre todo cuando las reclamaciones dan la razón al paciente.

¿Qué significa esto? Que el acceso a la eutanasia puede depender de quién te atiende. No hace falta exagerar: basta con nombrarlo. Eso es arbitrariedad, una injusticia que en un estado de derecho debería ser inaceptable.

**«EN LA TRAMITACIÓN DE LA EUTANASIA EXISTE UN GRADO DE INTERPRETACIÓN SUBJETIVA DE LOS REQUISITOS, SOBRE TODO A LA HORA DE VALORAR LAS LIMITACIONES»**

### **Sin datos, sin control**

A todo esto se suma un problema estructural: la falta de información. En un número significativo de casos no consta la enfermedad de base, ni se desglosan adecuadamente situaciones complejas como la demencia o los trastornos mentales. Y, sobre todo, no sabemos qué ocurre con quienes reciben una negativa o con quienes ni siquiera logran iniciar el proceso. ¿Recurren a un plan b? ¿Lo intentan otra vez?

Sin datos, no hay control. Y sin control, cualquier derecho corre el riesgo de convertirse en papel mojado.

Mientras tanto, seguimos mirando las cifras agregadas, como si el crecimiento porcentual fuera suficiente. No lo es. Porque detrás de cada porcentaje hay personas concretas que pidieron algo muy simple: decidir sobre su propio final.

### **Un derecho que debe funcionar**

España dio un paso importante al aprobar la ley de eutanasia. Pero legislar no basta. La eutanasia no necesita ser masiva para ser legítima. Pero sí necesita ser accesible, equitativa y eficaz. Hoy no cumple plenamente ninguna de esas tres condiciones.

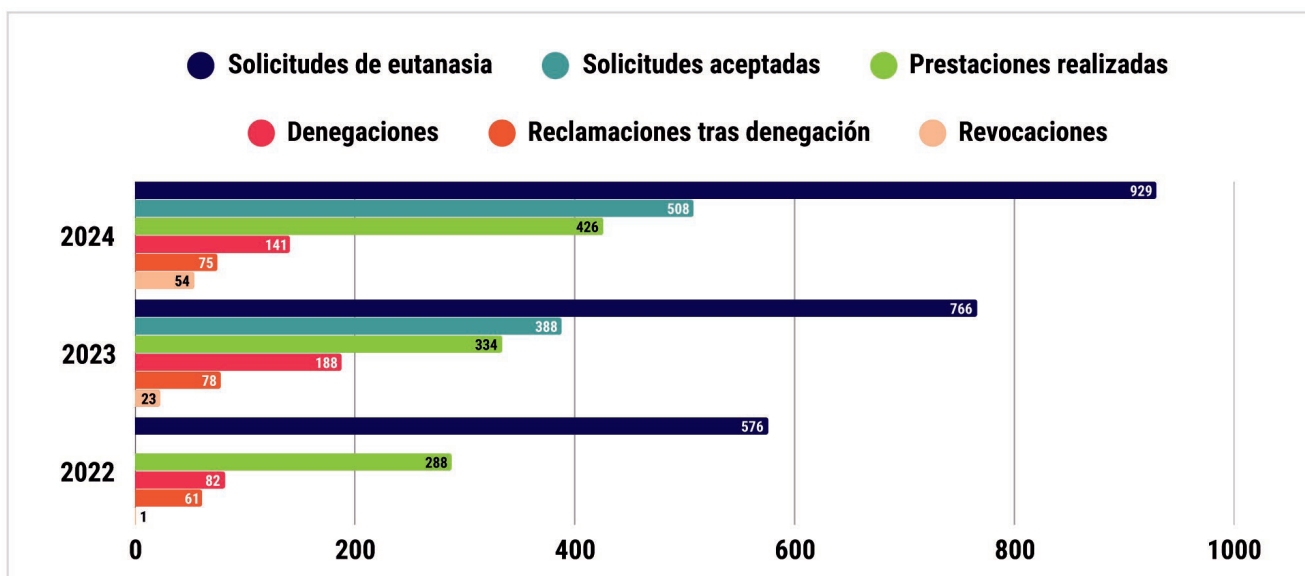
España aprobó la ley. Ahora tiene que hacerla funcionar. Porque un derecho que llega tarde, que depende del territorio y que se pierde en trámites no es un derecho: es una promesa incumplida. ■

# DATOS INFORME DE EUTANASIA 2024

Análisis del Informe del Ministerio de Sanidad sobre la Prestación de Ayuda para Morir en 2024

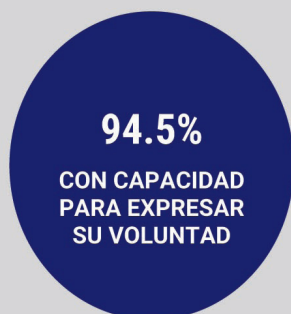
## Evolución por años

- En 2024 hubo un 21% más de solicitudes de eutanasia que en 2023.
- El 46% de las solicitudes de eutanasia fueron prestaciones realizadas. Esto corresponde a un 27% más que en 2023.
- Se denegaron un 15% de las solicitudes (141). De las 75 reclamaciones, 20 fueron favorables.
- Un 6% revocaron su solicitud (54). Solo 9 tras la aprobación CGE (2% del total de 508 resoluciones favorables).



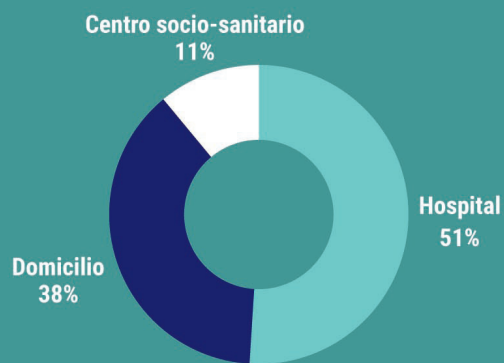
## Solicitudes mediante testamento vital

Número de solicitudes a través del testamento vital: 51 (5.5% de las 929). El 7.45% de estas solicitudes se realizó la prestación: 38 (9% de las 426 realizadas)



## Lugar de prestación

PRESTACIÓN EN SANIDAD PÚBLICA



## Fallecimientos durante la tramitación

Variabilidad: Murcia 11% (9/1), C. Val 19% (31/6), La Rioja 22% (9/2), CYL 40% (40/16), Catalunya 42% (303/128) y Asturias 47% (34/16).



Mueren antes del dictamen del Médico Responsable  
**37%**



Mueren antes del informe del Médico Consultor  
**21%**



Mueren antes de la resolución del CGE  
**15%**



Mueren tras la resolución favorable de la CGE  
**27%**



**1**  
Recurso al contencioso administrativo



**15%**  
Donante. 63 personas de 426 prestaciones



**70**  
Años: Edad media



**51%**  
Hombres. 51% de los solicitantes



**49%**  
Mujeres. 49% de las solicitantes

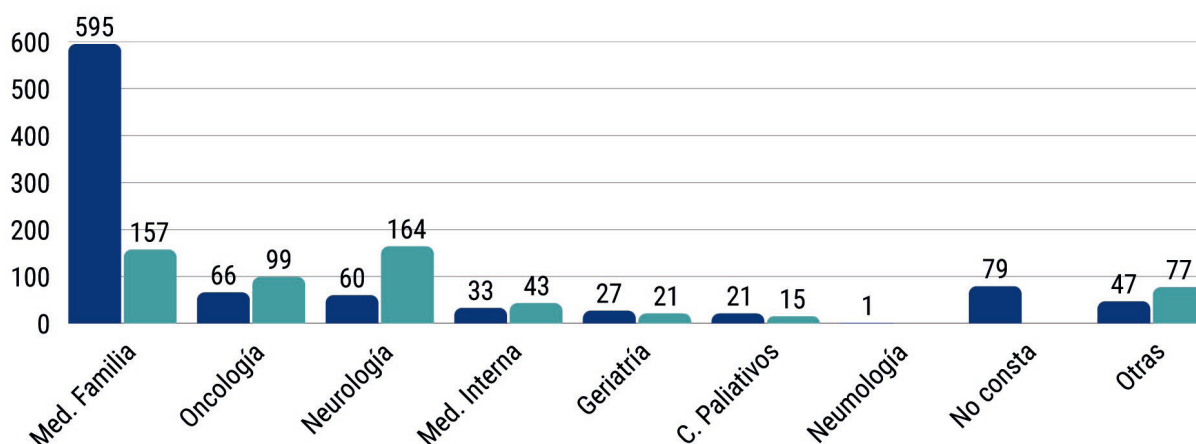
### 1 de cada 3 personas muere durante la tramitación



El 33% (308 personas) que solicitan la prestación fallecen durante la tramitación. En 2023 fueron el 25%. Fallecieron en el proceso en una media de 47 días y una mediana de 27. La experiencia real de la mayoría está más cerca de 41 días, no de 53.

## Especialidad de Médico Responsable (MR) y Médico Consultor (MC)

● Médico Responsable (MR) ● Médico Consultor (MC)



# Tiempos y plazos

Variabilidad: Navarra: 27 días de mediana, Murcia 30, Euskadi 30, Aragón 32, Cantabria 35, Baleares 35, C Valenciana 38, La Rioja 40, Galicia 41, Asturias 41, CLM 41, Canarias 42, Madrid 45, Catalunya 45, Extremadura 48, CYL 48, Andalucía 62.



- Se cumple el plazo
- Se incumple el plazo
- Se cumple al límite del plazo.



¿Se cumplen los plazos de la ley?	ESPERAS EN 2024		PLAZOS DE LA LEY**
	Mediana: 41 días Media: 53 días	1ª SOLICITUD A RESOLUCIÓN	entre 21 - 30 días
	Mediana: 16 días Media: 22 días	1ª A 2ª SOLICITUD	> 15 días (mínimo)
	Mediana: 9.5 días Media: 17 días	2ª SOLICITUD A INFORME DEL MC*	< 10 días
	Mediana: 10 días Media: 15 días	INFORME MC* A RESOLUCIÓN CGE*	< 10 días
	Mediana: 20 días Media: 27 días	RESOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN	< 20 días
	Mediana: 15 días Media: 29 días	RESOLUCIÓN DE LA CGE* A LA EUTANASIA	< 6 meses

\*MC: Médico Consultor

\*CGE: Comisión de Garantía y Evaluación

\*\*Todos los plazos son máximos, excepto 1ª a 2ª solicitud (mínimo)

## Causas de la muerte

La demora en los plazos explica el bajo porcentaje de personas con cáncer que mueren por eutanasia, aunque el número de solicitudes es muy similar al de personas con enfermedades neurológicas. En su caso, la espera les impide cumplir su voluntad de morir por eutanasia.

### 4 de cada 10 padecían cáncer



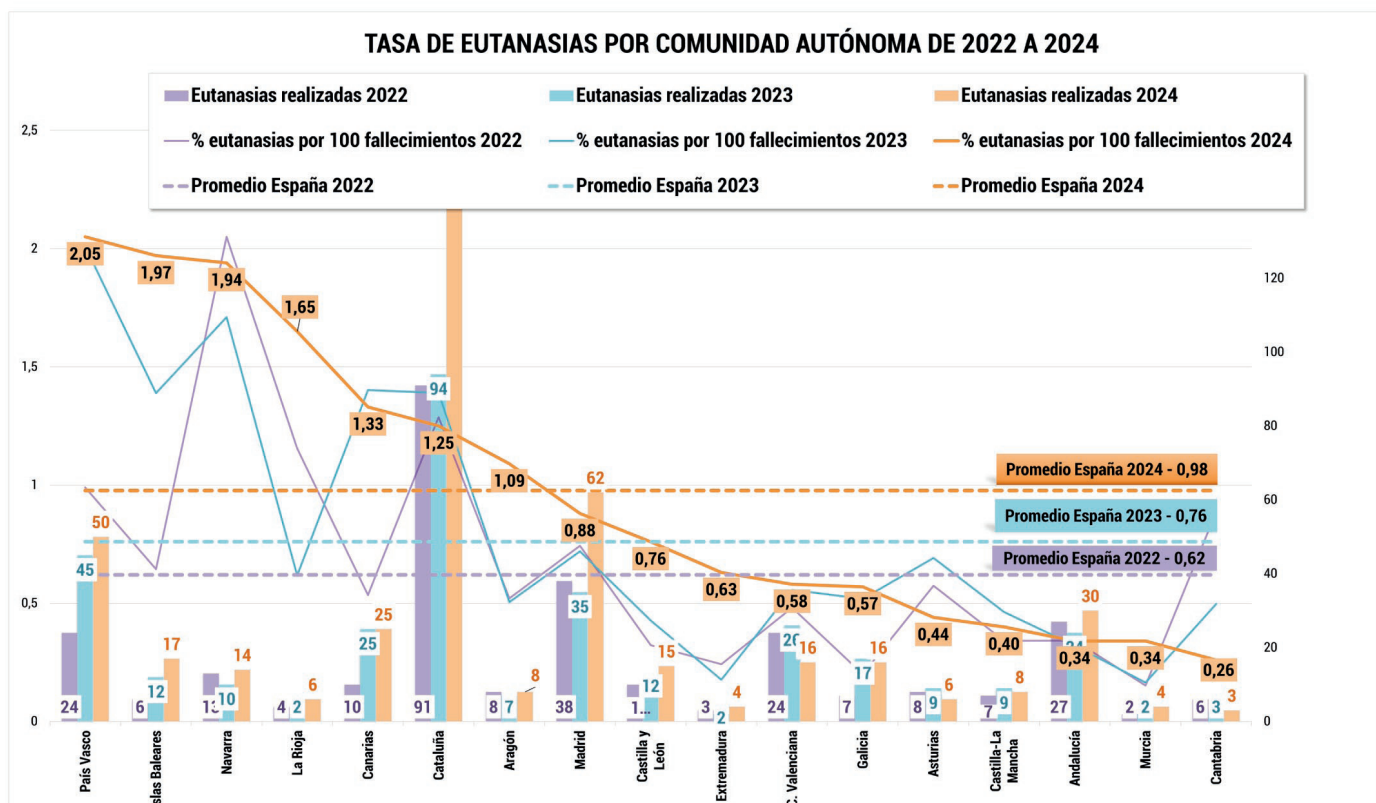
### Casi la mitad murió esperando



## Enfermedad de base de solicitudes y eutanasias



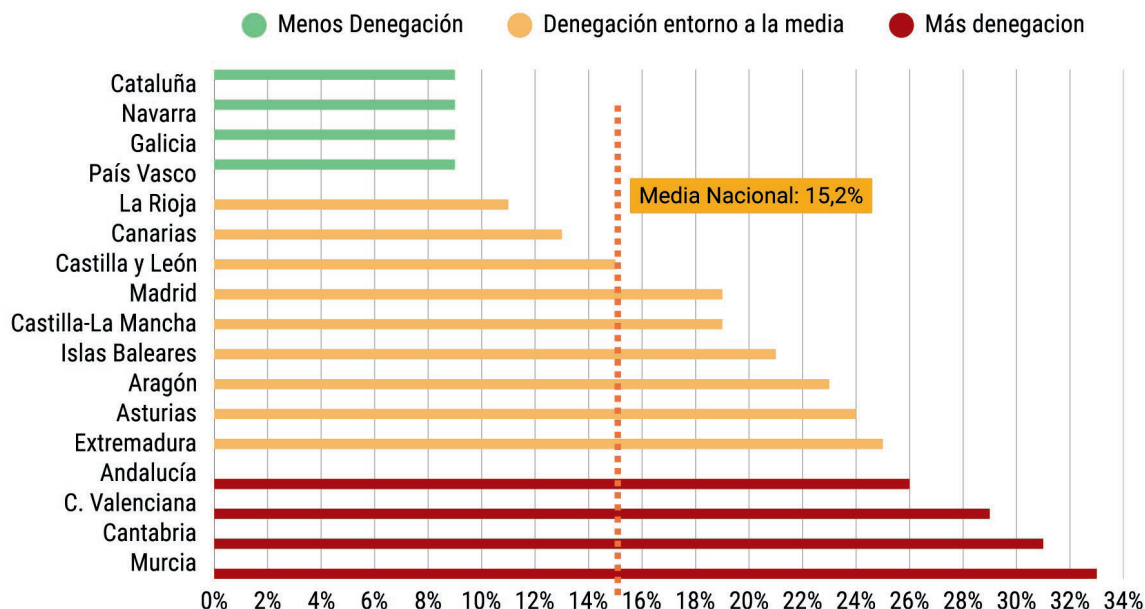
## ¿Qué diferencias encontramos entre Comunidades Autónomas?



Las diferencias en población entre territorios obligan a ser cautos al comparar las 4 comunidades grandes (Andalucía: 8.7 mill., Cataluña: 8.2, Madrid: 7.2 y CVal: 5.3), las 5 medianas (Gal (2.7), CYL (2.4), Eusk (2.2), Canarias (2.2), CLM (2.1) y las 8 con menor población (Mu (1.6), Ara (1.4), Bal (1.2), Extrem (1), Ast (1), Na (0.7), Cant (0.6), Rioja (0.3).

# Proporción de solicitudes, prestaciones y denegaciones por CCAA en 2024

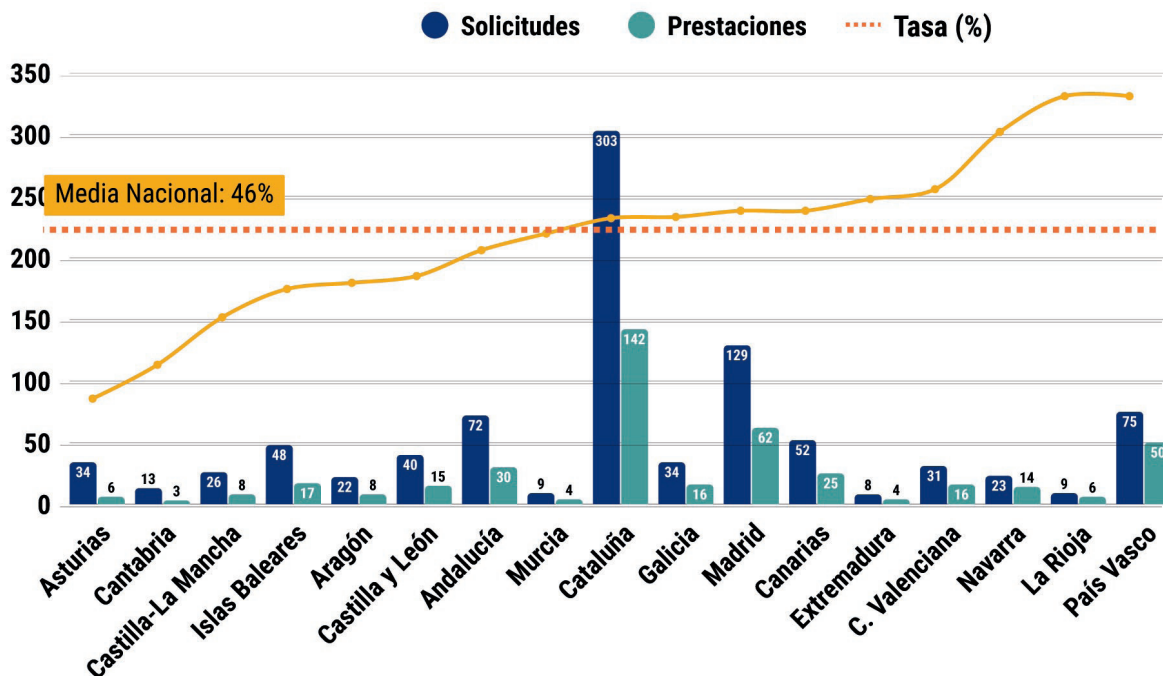
## % DE SOLICITUDES DENEGADAS POR CCAA EN 2024



CCAA con mayor crecimiento: Madrid 77%, Catalunya 51%, I.Baleares 42% y Navarra 40%.

CCAA que retroceden: C. Valenciana -38%, Asturias -33%, Castilla-La Mancha -11%, Galicia -6%.

## PROPORCIÓN DE SOLICITUDES Y PRESTACIONES POR CCAA EN 2024



*Concha Castells, expresidenta de DMD Euskadi, nos detalla las aportaciones que desde Derecho a Morir Dignamente se han hecho al nuevo borrador del Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia a solicitud del Ministerio de Sanidad. Algunas de ellas se han incorporado, pero otras se han quedado fuera del texto, aún pendiente de ser aprobado al cierre de la presente edición de nuestra revista.*

«Hay profesionales que no han *reflexionado* lo que supone acercarse a la *muerte* desde la *empatía* y el *respeto*»



Texto: **REDACCIÓN DMD**

**E**l Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud suspendió la aprobación del nuevo Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia en su reunión de abril, a pesar de contar con el consenso previo de todas las autonomías. La ministra de Sanidad, Mónica García, decidió atender la solicitud de consultar a sociedades y colegios de médicos antes de proceder a su aprobación. Esta suspensión se ha producido en un momento clave, a punto de cumplirse cinco años

de vigencia de la LORE y con un panorama informativo complejo, donde no han faltado voces que desde diferentes instancias quieren poner en entredicho un derecho ya ampliamente debatido y consensuado en nuestra sociedad como es el derecho a la eutanasia.

La médica Concha Castells, expresidenta de Derecho a Morir Dignamente (DMD) Euskadi, es una de las integrantes del grupo que se creó dentro de la asociación federal para aportar mejoras al borrador a instancias del Ministerio. Esta «sa-

lubrista», como ella se denomina, tuvo su primer contacto con DMD hace años, cuando conoció al Dr. Luis Montes en una charla en Bilbao. Después, en 2016, tras la muerte de su madre, se hizo socia. En aquel momento se dio la circunstancia de que la asociación vasca se había quedado sin relevo, así que asumió el reto de presidirla siendo una recién llegada.

En los diez años que han pasado desde entonces, en «Euskadi ha habido una evolución de la cultura del vivir y del morir en la que nuestra asociación ha tenido un gran papel». «Con la aprobación de la LORE», recuerda Castells, «la Administración sanitaria de Euskadi actuó con celeridad, siendo la primera autonomía donde se realizó una eutanasia».

### ***¿Cuál es la mayor preocupación con respecto a la ley actual?***

Que no llegue a todas las personas por falta de información o de implicación de los médicos y médicas. También el alto número de personas que muere durante el procedimiento, hasta un 43 % en 2024 en Euskadi, así como las personas excluidas de facto en los supuestos de la ley, a pesar de sufrir tremendamente. Suelen ser casos con problemas de salud mental, aunque también con edad avanzada con pluripatología leve, pero con un gran sufrimiento.

### ***¿Qué metas tiene DMD Euskadi en el horizonte?***

Pues entre otras cuestiones, nos gustaría trabajar en la opción de muerte por vida cumplida para que se pueda abrir el debate social.

Aunque sea algo minoritario, se nos acercan personas que no están dispuestas a pasar por ningún tribunal para ejercer con libertad su decisión de morir. Estas personas deberían poder morir libremente, acompañadas por sus personas queridas, si ese es su deseo, y no de forma clandestina.

### ***Centrándonos en la propuesta de DMD para la nueva edición del Manual, ¿cómo se empezó a trabajar en este texto?***

En enero el Ministerio nos envió un primer borrador para que pudiéramos hacer nuestras aportaciones. Para ello se formó un grupo de trabajo que inició la revisión partiendo de un documento que ya se había elaborado con anterioridad. Algunas de las propuestas más importantes fueron que el médico consultor pueda haber tenido relación previa con la persona solicitante, cuestión que negaba la primera versión del Manual; la existencia de un protocolo de respuesta a una solicitud de eutanasia en todos los centros asistenciales públicos y privados, y la supresión de la suspensión del procedimiento, entre otras.

El documento se envió al Ministerio y en febrero nos remitieron una nueva versión del Manual en la que decían que se habían incorporado gran parte de nuestros comentarios y sugerencias y nos agradecían el nivel de detalle y colaboración que habíamos tenido.

Sin embargo, la mayoría de los temas más relevantes, como la suspensión o lo relativo al médico consultor, no habían sido incorporados, o solo parcialmente, por lo que volvimos a enviarlos otra vez, insistiendo en la importancia de incorporarlos.

EN UNA SITUACIÓN DE SOBRECARGA ALGUIEN SE ACERCA A TI CON UN TEMA QUE NO CONOCES, QUE TE DA MIEDO, SOBRE EL QUE NO HAS REFLEXIONADO... ES FÁCIL TOMAR LA OPCIÓN DE OBJETAR

El 9 de abril el Consejo Interterritorial aplazó la aprobación del Manual, a petición de la Comunidad de Madrid, y el 10 de abril recibimos una nueva versión del mismo con un nuevo plazo para aportaciones.

### ***¿Cuáles son las principales novedades que incorpora la nueva versión del Manual?***

Destaca la incorporación de la figura de la enfermera/o del equipo asistencial, con especificación de funciones en el proceso y en la coordinación clínica, lo cual hace justicia al papel que venía realizando Enfermería y que no se veía reflejado en la anterior versión del Manual.

### ***¿Es suficiente el Manual para una buena ayuda y un acompañamiento?***

Desde luego que no. El Manual es un documento técnico para aplicar la LORE. Sirve a las Administraciones para organizar sus recursos y a las y los profesionales para consultar los aspectos técnicos de la prestación y las funciones de quienes intervienen. Pero al Manual hay que llegar ya con una formación y una sensibilización previas, algo que no pasa en demasiadas ocasiones. Hay profesionales que no han reflexionado sobre lo que supone acercarse a la muerte desde la empatía y el respeto, que no la afrontan, que no la quieren... y para eso no sirve el Manual.

### ***¿El trabajo que se le añade al médico y la falta de preparación pueden ser causa para que muchos se acojan a la objeción de conciencia?***

Claro que habrán sido el motivo de algunos mé-

**PARA NOSOTROS ES IMPORTANTE LA UNIDAD TÉCNICA DE APOYO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR CON SUS FUNCIONES Y ESTÁNDARES DE ACTUACIÓN**

dicos para declararse objetores. Y para dar largas, aunque no se declaren objetores. En una situación de sobrecarga alguien se acerca a ti con un tema que no conoces, que te da miedo, sobre el que no has reflexionado... es fácil tomar la opción de objetar. Yo lo he vivido con una persona cercana a mí, que solicitó la eutanasia. La primera reacción de su médica fue de sobresalto, casi de enfado. Cuando le recordamos

que su paciente tenía derecho a solicitar la eutanasia, a no ingresar en un hospital y quedarse en casa, si ese era su deseo nos dijo: «para poder ejercer los derechos tiene que haber medios, y nosotros no los tenemos». Estaba desbordada. Poco a poco fue aceptando la situación, acabó implicándose, y finalmente aceptó ser la médica responsable. No objetó, que hubiera sido su opción más fácil.

### ***¿En qué otros puntos importantes ha incidido DMD?***

Desde DMD propusimos desde el inicio de la puesta en marcha de la Ley la necesidad de creación de Unidades Técnicas de Apoyo a la Prestación de Ayuda para Morir que apoyaran a las y los profesionales, informaran y resolvieran los problemas de la ciudadanía, e impulsaran un modelo basado en profesionales referentes. Este modelo funciona muy bien en las comunidades que lo tienen desplegado, y aparece, finalmente en la última versión del Manual.

Otro punto importante de desacuerdo ha sido que el Manual regula la suspensión del procedimiento, y en nuestro criterio la LORE ha diseñado un procedimiento completo con plazos para cada trámite en el que no está prevista la sus-



pensión y al que no es aplicable el procedimiento administrativo común, por lo que pedíamos la supresión de todo lo relativo a la suspensión de la tramitación del procedimiento. Esta cuestión no ha sido considerada y sigue apareciendo en la última versión.

### *¿Y respecto a los aplazamientos?*

El Manual anterior disponía que el solicitante podía aplazar el procedimiento hasta dos meses desde su autorización, y en la nueva versión este plazo se alarga a seis meses, pasados los cuales se pierde el derecho a la prestación. En nuestro criterio, el Manual no puede añadir límites y requisitos no previstos en la LORE, y esta reconoce expresamente el derecho del solicitante a aplazar en cualquier momento la prestación de ayuda para morir. Para DMD este derecho

LA LEY RECONOCE EXPRESAMENTE EL DERECHO DEL SOLICITANTE A APLAZAR EN CUALQUIER MOMENTO LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

se configura como una manifestación de la autodeterminación y la dignidad de la persona, y su ejercicio es personalísimo, sin que la Administración pueda condicionar, limitar o denegar su ejercicio. Por ello, nuestra propuesta fue que se establezca un plazo de 6 meses pasado el cual, por razones de gestión y de control del estado de la tramitación de la prestación, la persona solicitante simplemente comunique el aplazamiento, sin que quepa denegación alguna.

Por otro lado, en la última versión ya no aparece la condición de que el médico consultor no haya tenido contacto asistencial previo con la persona solicitante, lo cual es una buena noticia. En algunos territorios hay dificultades para encontrar un médico consultor, por lo que se alargan innecesariamente los trámites, suponiendo un obstáculo innecesario más. ■

# «La vida que quiero llevar se me va desdibujando»

*Son palabras de Carmen Zatarain. O Carmen Z., tal y como siempre la han conocido sus compañeras de Derecho a Morir Dignamente, asociación a la que pertenecía y de la que no era una socia más, sino una persona muy activa e implicada en la defensa del derecho a una muerte digna. Son esas mismas compañeras las que ya en la última etapa de su vida la acompañaron y arroparon, y escucharon su valioso testimonio, reconociendo en él la necesidad de continuar con la labor de defender y promover el derecho a la eutanasia.*

Texto: REDACCIÓN DMD

Foto: PALOMA PÉREZ DE ANDRÉS

**N**o fue fácil para Carmen, socia y activista de DMD, ver reconocido su derecho a una muerte digna elegida libremente, desde la serenidad y la reflexión.

Nuestra actual legislación (Ley orgánica de regulación de la eutanasia) define lo que se denomina el



«contexto eutanásico»; es decir, un padecimiento grave, crónico e imposibilitante. Pero ¿quién y cómo se valora y determina que existe ese padecimiento? Para Carmen había llegado un momento en el que «ya no podía seguir con aquello que ha dado sentido a mi vida».

## **Las trabas al ejercicio de un derecho**

Ella nos relató que el proceso de solicitud fue muy duro, por la cantidad de personas y de trámites a sortear. «Sin el apoyo de DMD hubiera sido imposible seguir adelante, porque la Comunidad de Madrid no ha hecho el mínimo esfuerzo para que la gente conozca la ley. El sistema sanitario madrileño



debe mejorar el conocimiento de la ley para que se aplique con la humanidad requerida y respetando la dignidad de los pacientes».

A lo largo del proceso fue necesario pasar por tres médicos de familia y una neuróloga que, al realizar su informe, utilizó datos no actualizados del curso de la enfermedad y que la derivó a psiquiatría. También tuvo que escuchar el consabido discurso de «los médicos están para curar, no para matar».

Hizo un primer intento de solicitud en julio del año pasado, pero se retiró cuando el médico responsable le dijo que haría un informe desfavorable. Posteriormente, la médica de familia, que era objetora, firmó lo que

**EL SISTEMA  
SANITARIO  
MADRILEÑO  
DEBE MEJORAR  
EL CONOCIMIENTO  
DE LA LEY PARA  
QUE SE APLIQUE  
CON LA HUMANIDAD  
REQUERIDA Y  
RESPETANDO  
LA DIGNIDAD DE  
LOS PACIENTES**

puede considerarse su primera solicitud en firme. Pero luego, la responsabilidad volvió a caer otra vez en manos del primer doctor, que efectivamente hizo un informe desfavorable.

A partir de ese momento, y gracias a la ayuda de DMD, se realizó la reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) cuya respuesta fue que Carmen cumplía las condiciones de la ley. Un médico se ofreció como médico responsable para presentar la segunda solicitud, además le facilitaron el contacto de una enfermera del Centro de Salud y le asignaron un médico consultor, ambos muy profesionales, cercanos y acogedores. En el momento en que la gestión dejó de depender del Centro de Salud, el proceso fue más fluido.

La relación con la Comisión fue buena y humana, al igual que con el médico responsable

«Ha habido momentos del proceso extremadamente duros, por las trabas y la incompreensión, que se podrían haber evitado. Cuando ha llegado la resolución en términos más empáticos ha supuesto una mayor tranquilidad para afrontar un final de vida. Yo ya tenía experiencia en pelear con la Administración por otros temas, pero era más joven y por otras causas. Ahora estoy más débil y, además, la lucha ha sido por un tema muy importante para mí, para conseguir lo que ya tenía decidido desde hacía algún tiempo. Me resultaba muy angustiioso tener que estar todo el día peleando por algo a lo que, en principio, yo creía que tenía derecho».

### **«Volver a ser quien soy»**

Una vez obtuvo el visto bueno de la Comisión, Carmen Z. decidió fijar la fecha de su muerte para unas semanas después. Puede ser contradictorio que alguien que está sufriendo tanto como para solicitar su eutanasia después decida esperar un tiempo. «En mi caso, necesitaba volver a ser quien soy», explica Carmen, «una persona más tranquila, sin la angustia que estaba viviendo. Necesitaba un tiempo para volver a encontrarme, arreglar mis cosas y también para pasar las fiestas con mis hijos, hablar con aquellos familiares a los que no les había dicho nada... tenía que preparar el terreno».

### **EXPLICAR ESTA DECISIÓN A LOS HIJOS ES UNA LABOR COMPLICADA EN LA QUE CONVERGEN SENTIMIENTOS CONTRADICTORIOS Y A LA VEZ MUY HUMANOS**

Explicar esta decisión a los hijos, compartirla con ellos, es una labor complicada en la que convergen sentimientos contradictorios y a la vez tan humanos como el amor, la cercanía del duelo, la añoranza por lo que pronto será parte del pasado y también la aceptación, comprender que poner un punto final cómo y cuándo se desea puede ser el mejor cierre a una vida que ha merecido la pena en todas sus etapas. «Aunque a veces resulte difícil, este camino proporciona una oportunidad para ir preparándote poco a poco, ir hablándolo, compartir...ser más consciente de la despedida».

Carmen protagonizó su propio proceso de morir, un proceso que no estuvo tan centrado en el sufrimiento físico, el dolor, el ahogo, la pérdida de lucidez (que sí, que existían y que estaban ahí, pues las instancias responsables reconocieron su contexto eutanásico), pero en este momento lo que primó fue su decisión, su lucidez y determinación, e incluso la posibilidad de poder aún salir a la calle, aunque fuese con muchas limitaciones.

Recuerda que «lo de salir a la calle aún le molestó a algún médico al principio del proceso. Es algo que no he dejado de hacer, porque hay personas con párkinson que lo que hacen es estar tumbadas todo el día».

### **La necesidad de formación y conocimiento**

A Carmen le tocó andar un duro camino hasta su muerte digna. Con la mochila

de su enfermedad tuvo que enfrentar los obstáculos que le pusieron aquellos que prefieren mirar a otro lado. Por ello, su consejo para quien desee tener una muerte digna es que, ante todo, sepa lo que quiere hacer. Y después, que se informe, «que esté con personas que le puedan informar bien, como en DMD. Es difícil tomar la decisión, aunque en mi caso no ha sido tan difícil, porque es algo que ya tenía pensado desde que se murió mi madre hace ya tiempo. Pude estar con ella tranquilamente, cogerle de la mano... muy diferente a lo que veía en otras habitaciones de la residencia donde estaba».

«En DMD», explicaba, «he visto con claridad el derecho que tenemos. No decidimos cuando nacer, no lo escogemos, pero, luego, a lo largo de la vida vamos tomando decisiones, algunas sobre cosas muy concretas, cotidianas, pero otras son más generales y que tienen que ver con cómo quiero yo de alguna manera terminar toda esta historia. Antes de tomar esta decisión se toman anteriormente otras que conducen a este final».

Eran muchas las cuestiones que se abordaron en la conversación en estos días previos a su fallecimiento, cuestiones como la posibilidad de sentir temor ante la cercanía del momento final o la transcendencia («creo que, de alguna manera, volvemos al cosmos»), pero todas estas reflexiones reafirmaban la decisión de Carmen: «llevo un año o año y medio que poco puedo aportar, y mi vida ha sido siempre aportar a mí misma y a los de-

**ES EL MOMENTO  
DE DECIR  
«YA HE VIVIDO  
MUCHOS AÑOS,  
HE LLEVADO  
LA VIDA QUE HE  
QUERIDO, QUE  
ME HA GUSTADO»**

más. En definitiva, tener una vida activa, no solo dentro de DMD, sino también en otros espacios. Pero ahora mi vida es “vegetar”. Podría estar así mucho tiempo más, pero yo no llamo vida a esto, hace tiempo que no la tengo, que no puedo participar de lo que es la vida».

Esa imposibilidad de participar en la vida de forma activa ¿se puede entender como una pérdida de dignidad? Para Carmen Z. no había duda, «en mi caso, sí. Aparte, la dignidad es también no perder la cabeza, y tengo momentos en los que noto esas confusiones internas que me dan miedo, y muchos dolores. También siento inseguridad; tengo que buscar una pared en la que apoyarme en cada movimiento. Todo esto es una pérdida de dignidad física, pero sobre todo siento la pérdida de dignidad de no ser capaz de implicarme en nada».

Carmen, aún lúcida, nos dejaba un último mensaje antes de poner fin a su vida del modo en que deseaba. Son palabras que resumen esta decisión última: «es el momento de decir ya he vivido muchos años, he llevado la vida que he querido, que me ha gustado». Sin duda, en eso consiste precisamente la vida, en vivirla plenamente, como se desea, en todas y cada una de las etapas. También en la que la marca su final.

Carmen Z. falleció el pasado 16 de enero por eutanasia, en su casa, acompañada por su gente, tal como ella deseaba. ■

# *Eutanasia:* un tsunami emocional

***Cuando una persona dice «quiero la eutanasia» lo suele hacer muy tranquila, porque lleva tiempo pensándolo. Pero la respuesta suele ser de un gran impacto emocional, un tsunami, en el entorno familiar y profesional. En este último, principalmente, si es la primera solicitud que recibe.***

Texto: **SOCO LIZARRAGA**  
socio de DMD Navarra

La persona solicitante nota el avance de la enfermedad y la proximidad de la muerte. Predomina el malestar de seguir viviendo: «sufrir tanto para morir», «no me compensa esta vida que tengo».

Puede sentir también malestar emocional y dolor por la familia o el entorno más cercano: no aceptación, dependencia, desvalimiento, sensación de abandono... e incluso la pérdida de la pensión. Todo esto puede influir en retrasar la decisión de comunicar la solicitud y una vez concedida, también en retrasar la decisión del día a elegir. Esto ocurre principalmente cuando sienten que alguien de la familia todavía no está preparado para que se vaya, cuando va a suceder algún acontecimiento familiar y no quieren que su muerte quede ligada a ello, o cuando ha tenido lugar una desgracia y no quieren aumentar el dolor familiar.

## **Emociones en el personal sanitario**

En primer lugar, hay que entender que es un procedimiento nuevo: proceder a realizar una muerte rápida e indolora a una persona (persona que tiene que cumplir los requisitos que marca la ley).

Hasta la legalización de la eutanasia, el acercamiento a la muerte consistía en poner sedación en la agonía, (medicación para disminuir el nivel de consciencia de una persona próxima a morir), mayoritariamente aceptada como una buena práctica para evitar el sufrimiento de final de vida, y en la sedación paliativa ante síntomas refractarios, no controlados (dolor, disnea-sofoco, angustia existencial...) en una persona en la que no es esperable una muerte inminente.

Ante una primera solicitud de eutanasia suele ser habitual en profesionales de la salud sentir un gran impacto emocional manifestado como shock, miedo, inseguridad, rechazo, sensación de fracaso profesional... que suelen derivar principalmente en:

1. Distrés emocional propio y miedo por la soledad asistencial y repercusión laboral (alguna persona ha tenido que escuchar «vas a ser la ejecutora», «vas a ser la asesina») y social.
2. Inseguridad ante el desconocimiento del procedimiento: ¿cómo se tramita?, ¿cómo es la técnica final?, ¿funcionará bien? A estas dudas y miedos deben dar respuesta las unidades de apoyo a la eutanasia de cada comunidad autónoma.
3. Inseguridad jurídica. La existencia de una

Comisión de Garantías y Evaluación de la Eutanasia en cada autonomía, que debe dar el informe favorable definitivo, sirve para aportar tranquilidad al personal sanitario.

La respuesta profesional ante una solicitud puede ser la objeción de conciencia, que es legítima si es por motivos éticos o religiosos. Al profesional sanitario se le crea un conflicto insalvable con su sistema de valores.

Pero existen profesionales que se declaran objetores o retrasan el procedimiento por otras causas no legítimas:

1. **Pseudo objeción/objeción de conveniencia:** por falta de tiempo, sobrecarga asistencial, desconocimiento del procedimiento, enfado/enfrentamiento con la Administración.
2. **Cripto-objeción/objeción encubierta:** persona que no se declara objetora, pero dificulta y retrasa el procedimiento alegando problemas técnicos u otras excusas. Es una resistencia pasiva, no explícita, por parte de esa persona.

## **Emociones en la familia y seres queridos**

En la familia puede ocurrir que sea un tema hablado anteriormente y no suponga mucho impacto, pero cuando no ha existido esa conversación y reflexión previas, la primera impresión suele ser de miedo, dolor, incredulidad, desconcierto, bloqueo, enfado.

Esas emociones pueden ir derivando en sensación de abandono y desamor, traición y duelo anticipado (más si es la pareja), culpabilidad por lo no hecho (¿será que tendría que haber venido más a visitarle?), soledad, miedo al cuestionamiento social (¿qué van a pensar el resto de familiares, la vecindad, el pueblo?), vacío existencial, sobre todo si falta la otra persona progenitora porque se puede sentir la sensación de quedar en primera línea de muerte y que desaparece una parte de la biografía propia o rechazo a la decisión de la persona solicitante, entre otras.

## **Cómo reaccionar mejor ante el deseo de eutanasia de una persona querida**

La mayoría de las personas deseamos morir y vivir sin sufrimiento. Si una persona se plantea adelantar la muerte es que sufre o teme sufrir y quiere evitarlo.

1. Conviene analizar qué emociones nos genera su decisión para poder reflexionar y analizar, lo que nos permitirá diferenciar las emociones propias y colocar a la persona querida en el centro de nuestra atención.
2. Conocer y aparcas las emociones propias negativas nos permitirá centrarnos en la persona enferma y poder entenderla, cuidarla, apoyarla, acompañarla y «dejarle ir».

## **Emociones posteriores a la eutanasia**

1. **En profesionales de la salud:** mayoritariamente se describe como una experiencia intensa pero muy satisfactoria, de enriquecimiento personal y profesional, sensación de paz, serenidad y armonía, sensación de «lo bien hecho», sentimiento de privilegio y honor de haber estado ahí.
2. **En la familia:** en las personas que cuidan y acompañan de verdad a la persona sufridora, que pide adelantar su muerte, la sensación posterior, sumada al dolor de la pérdida, es de bienestar por haberle ayudado a dejar de sufrir, paz por haber sido capaces de respetar las emociones de la persona querida por encima de las propias. El duelo es más llevadero porque ha habido tiempo para hablar, expresar emociones y cariño, realizar algún deseo pendiente, perdonarse, cuidar y acompañar.

Termino con las palabras de Fredi, persona a la que tuve el privilegio de acompañar en su proceso y en su final por eutanasia: «al personal sanitario que tiene objeciones o reparos con la eutanasia, le diría que piense en gente como yo a la que pueden acortarle este sufrimiento final». Seguidamente extendió el brazo y con una sonrisa dijo: «terminemos ya». ■



El tabú  
del suicidio  
en soledad

## ¿Qué sucede cuando se *deniega* una eutanasia?

*Al menos 469 personas que pidieron la eutanasia en España vieron denegada su solicitud. A partir de ese momento, no hay datos sobre la evolución o circunstancias de esas personas, aunque nos consta que un número indeterminado optó por el suicidio, en solitario y de forma no siempre apacible.*

Texto: **ANTÓN G. FERREIRO**

Fotos: **ELISA CASAS Y ROCANDREU**

**C**asi cinco años después de la entrada en vigor de la LORE, hay personas que se ven obligadas a morir de forma similar a como lo hizo en 1998 el gallego Ramón Sampedro, símbolo de la lucha por una muerte digna en nuestro país.

La cifra de 469 denegaciones procede de los datos oficiales del Ministerio de Sanidad, y abarca desde junio de 2021 (entrada en vigor de la LORE) hasta diciembre de 2024; en ese período hubo 2.432 solicitudes, de las cuales 1.123 llegaron a la realización de la eutanasia. Año tras año son rechazadas algo más del 15 % de las peticiones por no cumplir los

requisitos médicos, por dudas sobre la capacidad de decisión o por defectos formales. Muchas de esas personas (más de un 41 %) reclamaron a las Comisiones de Garantía y Evaluación autonómicas; otras, las mínimas, llegaron a los tribunales.

No hay seguimiento ni tampoco datos de las personas que, tras la negativa, se suicidaron, normalmente después de una larga batalla burocrática, sanitaria y personal. Las cifras oficiales del INE (Instituto Nacional de Estadística) dan cuenta de once suicidios diarios en 2024, el 40 % de ellos mayores de 85 años. Entre esas cifras están, sin

duda, muchas historias de lucha por una muerte digna que no encajaron en la actual LORE o que fueron boicoteadas por profesionales o burócratas que dicen defender la vida.

Los pocos datos que tenemos de lo que ocurre tras esa negativa oficial provienen de la información facilitada por los voluntarios de atención personalizada de DMD, que ayudan en todo lo legalmente posible a las personas a las que el sistema y sus circunstancias personales ponen en una situación muy difícil. En algunos casos, la lucha de las personas por una muerte digna llega a los medios de comunicación, en general receptivos con las informaciones o testimonios sobre el proceso eutanásico, pero reacios a hablar del suicidio y sus porqués.

Entre esos casos de fallecimiento por suicidios realizados en obligatoria soledad, lejos de familiares y amigos a los que no se quiere comprometer, están los de Itziar y María, (nombres ficticios, para no revelar identidades), personas jóvenes, pero con un sufrimiento que consideraban intolerable.

### **Eutanasia denegada por nueve votos contra ocho**

«Voy a peor y no encuentro a qué agarrarme, ni un motivo para soportarlo. El neurólogo me dijo que la medicación llegó a una vía

muerta. Llegó el momento de tomar una decisión, porque esto es algo con lo que no se puede vivir».

Son palabras extraídas de las últimas publicaciones en sus redes sociales de Itziar, una mujer de 42 años, profesional de la comunicación en el País Vasco, que llevaba ocho años aquejada de lo que neurólogos, psiquiatras y psicólogos diagnosticaron como TNF (trastorno neurológico funcional) que le provocaba un sufrimiento psíquico y físico constante y progresivo.

Itziar intentó suicidarse hace años, tras lo cual solicitó en dos ocasiones la eutanasia, siendo rechazadas sus peticiones por los respectivos médicos responsables. En la segunda ocasión, en agosto de 2025, la Comisión de Garantía y Evaluación de Euskadi rechazó su reclamación, señalando entre las consideracio-

*Los pocos datos que tenemos de lo que ocurre tras la negativa oficial provienen de la información facilitada por los voluntarios de atención personalizada de DMD*

nes finales de su respuesta que las limitaciones de la autonomía personal de Itziar, «aunque se presentan de forma frecuente, no está constatado que se mantengan de manera continua ni permanente». La Comisión dice también que «los requisitos del contexto del padecimiento grave, crónico e imposibilitante exigidos por la LORE son acumulativos, es decir, tienen que concurrir todos ellos, lo que tampoco concurre en este caso».

El largo escrito denegatorio finaliza afirmando que «no se da en la solicitante el contexto de enfermedad grave e incurable, porque no hay un pronóstico de vida limitado en su caso». La Comisión decidió con 9 votos en contra, 8 a favor y una abstención.

En diciembre de 2025, Itziar presentó una demanda contra el fallo de la Comisión ante un juzgado de lo Contencioso-Administrativo, pero no esperó la decisión judicial, ya que en febrero de 2026 apareció muerta en su casa de Donosti, a consecuencia de la ingestión de productos sin determinar. La fallecida, que al parecer había conseguido los productos necesarios a través de internet, dejó un mensaje programado para avisar a un amigo de lo que había pasado.

Conocimos el caso de Itziar por el testimonio de Iñaki Alegría, el voluntario de DMD-Euskadi

que la atendió, y que se preguntaba en el diario vasco Berria, «por qué no pudo morir esta mujer con dignidad, de qué sirve la ley de eutanasia en casos como este». Iñaki asegura que no puede quitarse de la cabeza la imagen de Itziar, «se encontró al límite de lo que permite la ley, sin ayuda de nadie en el momento de su muerte, ¿acaso no son suficientes 8 o 10 años de sufrimiento y el fracaso de todos los tratamientos para recibir ayuda? Nadie la pudo ayudar, yo tampoco, porque la ley me lo prohíbe, pero creo que es hora de dar un paso más en materia legal para que algo así no vuelva a ocurrir».

### **Médicos que impiden de hecho la realización de una eutanasia**

El caso de María, nombre ficticio, ocurrió en Salamanca en 2024, y de él informaron las compañeras de atención personalizada de DMD Castilla y León. María era una mujer de 50 años, casada y con hijos, que sufría una ELA muy avanzada. El matrimonio, de perfil conservador, estaba de acuerdo en solicitar la eutanasia. La médica responsable, que conocía el caso de María y lo incurable y dolorosa que era su situación, apoyó la petición. El inconveniente vino cuando el asunto llegó a la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León, y su presidente suspendió el proceso y lo

### *A pesar de la trayectoria de la ley de eutanasia, no hay en España trabajos significativos sobre lo que ocurre tras una denegación*

ralentizó hasta que fue demasiado tarde.

María consiguió también a través de internet los productos necesarios, y un día de finales de abril de 2024, aprovechando que su marido y sus hijos habían salido, se administró el producto que ocasionó su muerte. María dejó un video y un escrito explicativos del porqué de su acción personal, por si hubiese investigación policial o judicial.

Poco después de su fallecimiento, su marido participó en un reportaje sobre las dificultades de la eutanasia, publicado por el diario El País, en el cual denunciaba que «es aberrante que pongan al frente de la comisión que tiene que decidir sobre si se administra la eutanasia o no a un señor que expresó públicamente, en vídeos y en artículos de prensa, que está en contra». «Cuando mi mujer ya no pudo más y se suicidó, añadía

el marido, me juré a mí mismo que iba a demandar a esta gente que obra así para que al menos sientan algún tipo de presión y no sigan actuando con una impunidad asombrosa, pero aún no lo puedo hacer porque no quiero que mis hijos sepan en qué circunstancias murió su madre».

El presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León en aquellas fechas era el Dr. Francisco Vara Hernando, en funciones en aquel momento en ese cargo. A estas alturas de 2026, el Dr. Vara Hernando sigue siendo el presidente de la citada Comisión, cargo que compatibiliza con la jefatura del Servicio de Cuidados Paliativos del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

No es el único caso en España de un profesional sanitario, situado en puestos clave para garantizar el correcto proceso de una muerte digna, que hace pública su postura claramente contraria a la eutanasia y al que la administración autonómica respectiva mantiene en su puesto.

Los casos de Itziar y de María no son, por desgracia, únicos en el sistema sanitario español. La denegación de una eutanasia, o el boicoteo de hecho del proceso, colocan a las personas afectadas y a su entorno en una situación límite.



### **Tras la denegación de una eutanasia persiste la voluntad de morir**

A pesar de la trayectoria de la ley de eutanasia, no hay en España trabajos significativos sobre lo que ocurre tras una denegación. Tanto la muerte digna como el suicidio siguen siendo algo de lo que se habla poco en la sociedad, y aún menos en el ámbito científico.

Tampoco en los países de nuestro entorno con leyes de muerte digna más veteranas sobran las investigaciones sobre el tema. Un estudio de la Universidad canadiense de Toronto («Intento de suicidio después de la determinación de la inflexibilidad para muerte asistida: una serie de casos») y otro de la Universidad Libre de Amsterdam, en los Países Bajos, («¿Qué sucede

*La denegación aumenta el silencio del afectado, que en ocasiones deja de hablar sobre su deseo de morir con sus médicos, dificultando el seguimiento o el conocimiento del desenlace*

después del rechazo de una solicitud de eutanasia?, entrevistas cualitativas con pacientes, familiares y médicos») coinciden al señalar que el deseo de morir persiste en el paciente cuya solicitud fue rechazada. También señalan los estudios citados que la

denegación aumenta el silencio del afectado, que en ocasiones deja de hablar sobre su deseo de morir con sus médicos, dificultando así cualquier intento de seguimiento o de conocimiento del desenlace. En esa situación, según los investigadores canadienses y holandeses, aumenta el riesgo del recurso a métodos no asistidos o incluso violentos para terminar con sus vidas.

Los estudios señalan también el impacto de la denegación de la eutanasia en la familia y los amigos del peticionario, creando un conflicto emocional fuerte, con un alto nivel de estrés al presenciar el sufrimiento insoportable del ser querido sin poder aliviarlo; familias y amigos también se distancian de los médicos y entran en un duelo desesperanzado, con frecuentes tensiones internas.

En la España de 2026, con los dos principales partidos de la oposición totalmente contrarios a derechos como la eutanasia, la defensa de la actual LORE es básica, pero eso no debe impedir la lucha por mejorarla, entre otras cosas para evitar muertes como las relatadas, en la clandestinidad y la soledad. Tal y como decía el compañero Joan del Alcázar en el número 88 de la revista de DMD, «no es necesario estar muriendo para tener derecho a morir en paz». ■

# Fransien van ter Beek

*Presidenta de la Asociación  
Neerlandesa para la  
Muerte Voluntaria (NVVE)*



«Creemos que las personas deberían poder *decidir libremente*

*La asociación NVVE – Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (Asociación Neerlandesa para la Muerte Voluntaria) es la asociación de muerte digna más antigua e importante de los Países Bajos. Cuenta actualmente con 177.000 miembros y acaba de aprobar un nuevo plan estratégico para los años 2026-2030 titulado «Hacia la libertad de elección al morir».*

**Texto: LOREN ARSEGUET**

**Fotos: ANNE VAN GELDER**  
(cedidas por NVVE)

***La NVVE es una asociación muy importante. ¿Cuándo se creó, cuáles son sus metas?***

La NVVE se fundó en 1973 a raíz de la indignación pública suscitada por el caso judicial de la médica generalista Truus Postma. Postma fue declarada culpable de ayudar a morir a su madre, que padecía un sufrimiento insoportable. Recibió una condena condicional. La opinión pública neerlandesa defendía que un médico debía poder poner fin



## sobre sus *propias vidas*»

a la vida de una persona que lo solicitase. Un grupo pequeño pero influyente se unió, en primer lugar, para apoyar a Postma y, en segundo lugar, para luchar por la legalización de la eutanasia. Así nació la NVVE.

***Los Países Bajos aprobaron la Ley de Eutanasia en 2001. ¿La ley ha evolucionado desde entonces?***

La ley en sí no ha cambiado. La ley, que no distingue entre enfermedad física o mental, contiene lo que llamamos «normas abiertas». Una de las condiciones para recibir asistencia médica para morir

es que exista un sufrimiento insoportable y sin esperanza de curación, y que dicho sufrimiento esté respaldado por un diagnóstico médico. En los primeros años de vigencia de la ley, esta se refería casi exclusivamente a la eutanasia en casos de enfermedades terminales. Con el tiempo, se fue ampliando a personas que padecían un trastorno mental, una combinación de dolencias relacionadas con la edad y demencia. Las potencialidades de la ley se están explorando poco a poco, de forma lenta pero segura. Sin embargo, en más del 86 % de los casos, sigue aplicándose a personas que padecen enfermedades terminales graves, como el cáncer.

***¿Cómo evalúa su asociación los 25 años de vigencia de la ley?, ¿subsisten problemas en su aplicación?***

Se ha desarrollado una práctica de la eutanasia muy rigurosa. Esta es la conclusión a la que llegan año tras año los Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia en sus informes anuales. Cada caso de eutanasia es revisado previamente por un segundo médico independiente. Posteriormente, también se comprueba si todo se ha desarrollado de acuerdo con las normas. En 25 años, solo se ha interpuesto una demanda por motivos de principio. Se trataba de un caso de eutanasia por demencia. El médico en cuestión fue absuelto. En resumen: una práctica de la eutanasia muy cuidadosa. Sin embargo, vemos todavía casos de personas que cumplen los criterios para la eutana-

*La eutanasia goza de una amplia aceptación en los Países Bajos. Incluso los partidos cristianos están de acuerdo en general con la situación actual*

*Si las personas deciden, por cualquier motivo, que ya no desean vivir, y si lo han meditado detenidamente, deben poder recibir asistencia para morir*

sia, pero encuentran dificultades en la práctica, por ejemplo, porque un médico no está dispuesto a practicarla.

***En 2025, el informe que acaban de publicar los Comités de Revisión de la eutanasia indica que se realizaron 10.341 eutanasias, lo que representa el 6% de los fallecimientos. Los detractores hablan de una «pendiente resbaladiza». ¿Qué argumentos opone su asociación a estas críticas?***

¡No hay ninguna pendiente resbaladiza! Como ya he dicho: el margen que ofrece la ley se está aprovechando de forma lenta pero segura. Hasta la fecha, las cifras aumentan ligeramente cada año, pero siempre se trata de décimas de punto porcentual. La razón de ello es que la eutanasia goza de una aceptación cada vez mayor. Sin duda, el envejecimiento de la población también influye.

***Una investigación reciente, en parte impulsada por su asociación, ha revelado que 3.800 personas al año eligen dejar voluntariamente de comer y beber para morir, lo que representa el 3,5 % del total de fallecimientos en 2025, y 2.000 personas (1,2 % de total de fallecimientos) eligen tomar una combinación de productos letales. ¿Cómo explicar estas cifras?***

La explicación radica, en parte, en que hay personas que optan por la autodeterminación por una cuestión de principios,

por ejemplo, porque no quieren imponer a otra persona su deseo de morir. Según este estudio, esto se aplica a aproximadamente la mitad de las personas que eligieron uno de estos dos métodos. Lo que el estudio también pone de manifiesto es que muchas de las personas que eligieron uno de estos dos métodos habrían preferido la eutanasia. Nos parece muy triste. No debería ser así.

***¿Cuál es el estado actual del debate social sobre la autodeterminación al final de la vida en la sociedad neerlandesa? ¿Cómo se considera el suicidio asistido?***

La eutanasia goza de una amplia aceptación en los Países Bajos. Incluso los partidos cristianos, como el Partido Demócrata Cristiano (CDA) y la Unión Cristiana están de acuerdo en general con la situación actual. Sin embargo, existe un debate sobre si se deberían ofrecer más opciones de las que existen en la actualidad. Una de las condiciones para acceder a la eutanasia es que debe existir un diagnóstico médico que acredite un sufrimiento insoportable e incurable. Existe un debate sobre la eutanasia para las personas que padecen una enfermedad mental, especialmente en el caso de los jóvenes. Aunque ya se actúa con especial cautela en estos casos, algunos consideran que es insuficiente: se presentó una propuesta de ley para suspender temporalmente la eutanasia para los menores de 30 años hasta que se dispusiera de más investigación, pero dicha propuesta no fue aprobada en el Parlamento. Podemos resumir la situa-



ción en que existe una amplia aceptación de la situación actual y debates alrededor de los casos más difíciles y posibles ampliaciones.

***¿Cuáles son las motivaciones de una persona que opta por la muerte voluntaria?***

Se trata evidentemente de una cuestión muy personal. Nuestra asociación cree que las personas deben tener el control sobre sus propias vidas. La vida es digna de protección, pero no puede existir el deber de vivir. Si las personas deciden, por cualquier motivo, que ya no desean vivir, y si lo han meditado detenidamente, deben poder recibir asistencia para morir. Esa es nuestra convicción.

***¿En una legislatura anterior, el partido D66 presentó un proyecto de ley denominado Ley de vida cumplida. ¿En qué consistía esta propuesta? ¿La apoya la NVVE,***

***o considera que la Ley de eutanasia podría modificarse para ampliar las condiciones en las que se puede recurrir a este procedimiento?***

D66 propone que las personas de 75 años o más puedan recibir asistencia para morir si consideran que su vida está completa. Debe transcurrir un mínimo de seis meses entre el momento de la solicitud y la asistencia efectiva, y deben realizarse consultas con un asesor de fin de vida. Se trata de una profesión que aún no existe. Opinamos que la actual ley de eutanasia merece ser protegida porque es una buena ley. La ampliación de la autodeterminación debe llevarse a cabo mediante una legislación diferente, complementaria. Por lo tanto, apoyamos la propuesta de D66, con dos reservas. No estamos de acuerdo con el límite de edad de 75 años porque es arbitrario. Y una segunda reserva es que consideramos que el plazo de seis meses es demasiado largo.

*La actual ley de eutanasia merece ser protegida porque es una buena ley. La ampliación de la autodeterminación debe llevarse a cabo mediante una legislación diferente, complementaria*

*Actualmente, hay que estar enfermo para poder optar a la eutanasia. En la NVVE, creemos que las personas deberían poder decidir libremente sobre sus propias vidas*

***Ahora que D66 forma parte de la coalición de gobierno, ¿se dan las condiciones para la aprobación de la Ley de la vida cumplida?***

Eso es una incógnita. No se ha incluido nada al respecto en el acuerdo de coalición alcanzado por los partidos gobernantes D66 (liberal), VVD (Partido Popular por la Libertad y la Democracia, la principal fuerza política de centroderecha liberal) y CDA (Partido Demócrata Cristiano). Este tipo de cuestiones médico-éticas suelen ser lo que se denomina «temas libres»: los diputados pueden decidir por sí mismos si votan a favor o en contra de una propuesta de este tipo, no están sometidos a la disciplina de partido. Lo que no sabemos es si esta propuesta se someterá a votación durante la actual legislatura.

***¿A finales de 2025, su asociación adoptó un nuevo plan estratégico denominado «Hacia la libertad de elección al final de la vida».***  
***¿Cómo piensa la NVVE avanzar hacia este objetivo?***

Hemos adoptado una nueva estrategia plurianual. Nuestro objetivo final es poner a disposición de las personas, bajo ciertas condiciones, un medio seguro y regulado que les permitan tener control sobre el final de su vida. Nuestra estrategia plurianual consta de tres programas. El primero es normalizar el debate sobre el final de la vida; actualmente, esto sigue siendo con demasiada frecuencia

un tabú. El segundo programa consiste en aprovechar al máximo las posibilidades que ofrece la ley para tomar el control del final de la vida. El tercer programa se refiere a la autodeterminación al final de la vida. Actualmente, hay que estar enfermo para poder optar a la eutanasia. En la NVVE, creemos que las personas deberían poder decidir libremente sobre sus propias vidas. Estamos llevando a cabo actividades relacionadas con los tres programas.

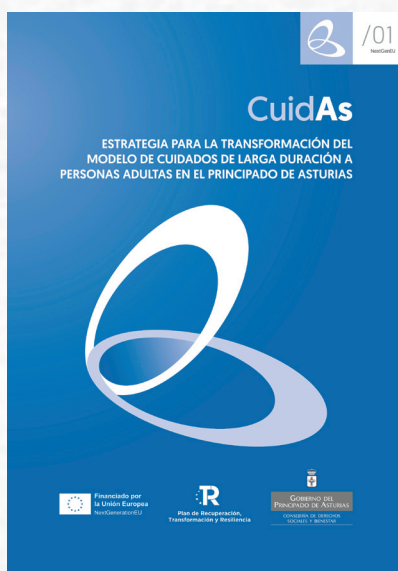
***¿Qué consejo nos daría sobre cómo iniciar un debate público sobre una Ley de la vida cumplida?***

El tiempo debe hacer su trabajo. En los Países Bajos pasó mucho tiempo antes de que se legalizara la eutanasia. En España, ahora se ha dado este paso. Es muy importante. En los Países Bajos, fue hace casi 25 años, y ahora podemos afirmar con seguridad que la eutanasia goza de una aceptación generalizada, como he señalado anteriormente en esta entrevista. La experiencia demuestra que un debate social se desarrolla paso a paso. Es útil disponer y difundir una buena información sobre las opciones disponibles. La NVVE intenta también difundir muchas historias, a través de sus propios canales, pero también enviando relatos a los medios de comunicación. Sensibilizar a la población sobre las opciones disponibles al final de la vida es crucial. Avanzar en el debate es, por desgracia, una labor a largo plazo. ¡Os deseamos mucho éxito en esta lucha! ■

# Cuidar **respetando** la autonomía

## La contribución de DMD Asturias al modelo CuidAs

*DMD Asturias forma parte de la Red CuidAs desde sus inicios, una iniciativa del Principado de Asturias para impulsar un nuevo modelo de cuidados y apoyos de larga duración centrado en la persona. A través de los materiales desarrollados, la asociación ha llegado a más de un centenar de centros y servicios, tanto públicos como privados, integrados en la Red, que además tiene previsto extenderse al resto de los existentes en la autonomía.*



Texto: **FERNANDA DEL CASTILLO Y ARÉVALO**  
**PILAR CARTÓN ÁLVAREZ**  
(DMD Asturias)

Foto: **AMPARO TORTONDA**

La Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Gobierno de Asturias puso en marcha en 2021 el Plan de Acción CuidAs (2021-2027) para desarrollar el Modelo orientador de la Atención en los centros y servicios que ofrecen cuidados/apoyos de larga duración a personas adulta. Este se define como un modelo de cuidados con la persona en el centro, en el que se respete su autonomía, valores y derechos, y en conexión con la comunidad.

Cuando se solicitó la participación de la sociedad civil mediante la creación de la Red CuidAs, Derecho a Morir Dignamente (DMD) Asturias se adhirió en calidad de aliados/as con el cambio.

Teniendo en cuenta que uno de los aspectos tradicionalmente más descuidados en la atención sociosanitaria ha sido (y en muchos casos sigue siendo) la formación de los profesionales en el respeto a la autonomía de las personas que reciben cuidados, la presencia de DMD Asturias respondía a su finalidad primordial: promover el derecho de toda persona a disponer libremente de su cuerpo y de su vida, así como a elegir el momento y los medios para ponerle fin.

Su participación se alinea con los ámbitos de actuación propios de la asociación. Por un lado, en la acción política, ya que su presencia refuerza una ini-

ciativa autonómica basada en nuestros principios. Por otro, en el ámbito divulgativo, al tratarse de un modelo de actuación que será conocido (y en muchos casos adoptado) por los centros que ofrecen cuidados y apoyos de larga duración a personas adultas.

**Las áreas de participación han sido:**

- Planificación anticipada de decisiones.
- Fortalecimiento de los procesos de toma de decisión compartida entre personas usuarias y profesionales.
- Atención integral en el final de la vida, adaptándose a las necesidades de la persona y de su núcleo social, apoyando su bienestar y su despedida.

Para el desarrollo de las acciones se crearon los Grupos Operativos de Elaboración (GOES), cuya finalidad era elaborar documentos de conclusiones o recomendaciones sobre cómo deben evolucionar los roles profesionales y qué competencias son necesarias para adscribirse al modelo *CuidAs*. El equipo coordinador nos incluyó en uno llamado «Formación en el modelo orientador y rol profesional» con el objetivo de diseñar estrategias y recursos formativos sobre la atención al final de la vida.

## **Materiales formativos desarrollados por DMD Asturias**

### **Kits de herramientas CuidAs**

Las herramientas CuidAs son un conjunto de recursos didácticos y materiales de apoyo para facilitar a los centros y servicios adheridos el diseño de acciones formativas en torno a temas que se consideran de especial relevancia en la aplicación del modelo *CuidAs*.

Uno de los aspectos más valorados de nuestra participación ha sido la posibilidad de que nuestra autoría quedara reflejada en estos kits. Esto nos ha otorgado una mayor visibilidad y nos ha permitido compartir y difundir nuestra perspectiva sobre los derechos al final de la vida.

Nuestra contribución se centró en la herramienta temática 9: «Atención al final de la vida», así como en el apartado de «Recursos didácticos», en el que incorporamos bibliografía de interés para profundizar en la materia.

**Entre las principales aportaciones destacan:**

- Ficha descriptiva introductoria: presenta el enfoque general de la temática y sirve como punto de partida para el desarrollo del resto de recursos.
- Preguntas para una primera reflexión: concebidas como

una dinámica inicial que invita a analizar los conocimientos, opiniones y prácticas del centro o servicio antes de abordar los contenidos.

- Contenidos clave: recogen el desarrollo teórico de la herramienta y constituyen la base conceptual del recurso.

- Píldoras formativas: elaboradas a partir de los contenidos clave y estructuradas en diferentes bloques para facilitar su comprensión y aplicación.

- Infografía: sintetiza de forma visual los aspectos más relevantes del contenido, favoreciendo una rápida comprensión de las ideas principales.

### **Grabaciones y podcast**

Nuestra temprana participación en el proyecto nos permitió grabar en vídeo una de las primeras charlas formativas que se realizaron como material de apoyo. Hoy puede verse en abierto entre los recursos de la *Red CuidAs* el webinar «Derechos sanitarios final de vida», donde se trataron temas como muerte digna, significado actual, marco normativo, eutanasia y documento de instrucciones previas.

También participamos en tres grabaciones específicas sobre la LORE: las píldoras formativas número 6 «Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) Parte I» (14 min.) y la nú-



mero 7 «Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) Parte II» (31 min.) y el podcast: «LORE Capítulo 2» (1 h. 24 min.).

Actualmente y hasta que se dé por finalizado el *Plan de Acción CuidAs en 2027*, seguimos colaborando y presentado propuestas en la línea de lo ya trabajado.

### **Balance de la experiencia**

Nuestra participación ha tenido dos vertientes; por una parte, una amplia difusión a través de la presentación y extensión de la

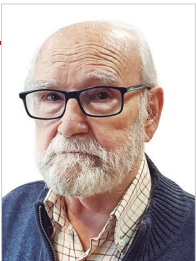
implementación del «Modelo de *Atención CuidAs*» tanto de nuestros principios como de la propia asociación, con la aparición de nuestro logo y la referencia a la autoría de DMD Asturias en los materiales realizados, entre los centros o servicios públicos y privados que se han adherido a la red y que en este año ya son más de 100; el desarrollo de Jornadas presenciales *CuidAs*, abiertas también para quienes no son miembros de la red, donde se dan a conocer los recursos que se van generando; y, finalmente, los materiales para consulta abierta o con autoriza-

ción que aparecen en la web de la Consejería ([https://socialasturias.asturias.es/red\\_cuidas](https://socialasturias.asturias.es/red_cuidas)).

Algunas de las propuestas generadas han sido incorporadas tanto a los planes de formación del personal como, de manera piloto, a determinadas medidas organizativas en varios centros residenciales públicos. Destaca la ubicación de las personas en situación de final de vida en habitaciones individuales, con la posibilidad de contar con acompañamiento sin límite horario.

No queremos dejar de señalar las dificultades surgidas en el proceso. Nuestro empeño en hacer que la defensa de los derechos de las personas en el final de sus vidas sea considerada un eje central a la hora de abordar todos los cuidados/apoyos de larga duración a personas adultas ha chocado en alguna ocasión con la reticencia de quienes aún mantienen una visión menos participativa de la persona atendida y, en algún caso, con ciertos sesgos paternalistas.

Todo lo expuesto forma parte de una de las líneas de trabajo más productivas de DMD Asturias: mantener una constante atención a las iniciativas y formar parte de los proyectos, públicos y privados, que puedan servir para incidir en el desarrollo y la difusión de los derechos en el proceso final de la vida. ■



## ESTACIÓN TERMINAL

### La libre autodeterminación justifica la eutanasia

FERNANDO PEDRÓS • *Periodista y filósofo*

**E**l Tribunal Constitucional (TC) dio su aval de garantías constitucionales a la LORE en dos sentencias, pero advierte en ellas que el fundamento que legitima el derecho fundamental a morir está en la libre autodeterminación del ciudadano.

Los recursos de inconstitucionalidad presentados por Vox y PP tiraron de la lengua del tribunal y este ha entrado en diálogo con la sociedad y ha dejado constancia jurisprudencial del fundamento del hecho eutanásico. El discurso jurídico de las sentencias está cuestionando la visión eutanásica del Código Penal y de la LORE y ha revolucionado el escenario: el protagonista de la eutanasia es el sujeto eutanásico y no el médico que provoca la muerte. La razón para recibir ayuda y morir no es la supuesta 'razón compasiva' de que habla la LORE

sino la libre autodeterminación del sujeto que decide morir. La autodeterminación del sujeto eutanásico se funda en el artículo 15 complementado por los arts. 1 y 10 de la Constitución (CE). Es más, la autodeterminación en 'contexto eutanásico' no lo exige la Constitución, sino que lo marca la LORE.

Las sentencias del TC (STCs) vienen a reafirmar el discurso de DMD en pro del derecho a ser libres en el morir. Son, además, el reconocimiento de la mayoría de edad del sujeto ante el dilema existencial de 'ser o no ser'. Con la sentencia desaparece la dimensión paternalista de la LORE que hace depender el derecho a recibir ayuda del sentimiento de compasión del médico y de la sociedad ante la trágica situación de un sujeto vulnerable. Las STCs recuerdan el razonamiento kantiano de que el humano es autónomo, se autodetermina en su existencia porque es 'fin en sí mismo' y no puede ser tratado como medio. «A todo ello –dice una de las sentencias– hay que añadir que la facultad de autodeterminación consciente y responsable de la propia vida cristaliza principalmente en el derecho fundamental a la integridad física y moral (art. 15 CE). Este derecho protege la esencia de la persona como

---

**EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL HA ABIERTO UN DEBATE OFICIAL SOBRE EL FUNDAMENTO QUE VALIDA EL DERECHO EUTANÁSICO**

## LA LIBRE AUTODETERMINACIÓN DE MORIR, SIN NECESIDAD DE CONTEXTO EUTANÁSICO, LEGITIMA EL DERECHO A MORIR CON AYUDA

---

sujeto con capacidad de decisión libre y voluntaria, resultando vulnerado cuando se mediatiza o instrumentaliza al individuo, olvidando que toda persona es un fin en sí mismo».

Con el planteamiento del TC que afecta a la estructura interna de la eutanasia, el Tribunal está abriendo un 'debate público'. Todos estos nuevos elementos definitorios de la eutanasia que están presentes en las dos sentencias reclaman implícitamente una transformación del discurso ético-jurídico que ha de ser reescrito desde las exigencias que marca el TC. En una palabra, la LORE trata el derecho a morir restringido exclusivamente a dos contextos patológicos que han de ser discriminados e informados por dos médicos lo cual supone una limitación y condicionamiento en el campo de la autodeterminación y por ello una violencia del Estado a la voluntad libre del ciudadano.

Al vivir en una democracia abierta y progresiva creo que la ley del diálogo va también con las instituciones y cuando una institución como el TC dice su palabra, el resto de instituciones la escuchan y algo tendrán que decir y que actuar. Sería un fraude democrático dejar pasar el impacto de las

sentencias y que todo siga igual. Los poderes del Estado -y en primer lugar el legislativo- han de comunicarse e ilustrarse mutuamente en una 'conversación pública'. Con el discurso eutanásico del TC podrá desarrollarse la nueva cultura del morir que estará fundada en la autónoma y libre autodeterminación del sujeto eutanásico muy por encima de la un tanto precaria cultura del morir que presenta la LORE. Para estas fechas tras varios años de ejercicio administrativo de la LORE y de vigor de las sentencias el poder ejecutivo, el legislativo y también algún tribunal podían haber reaccionado ante el dispo eutanásico y las exigencias de tales sentencias.

El primer interlocutor del diálogo institucional tenía que ser el Congreso y en particular los diputados socialistas que presentaron la propuesta de ley con que se elaboró la LORE. También el poder judicial tendrá que dar su respuesta eficaz a las sentencias. Es cierto que en un Estado de Derecho cualquier decisión de un órgano administrativo puede ser recurrido ante los tribunales y así ha ocurrido con decisiones eutanásicas aprobadas por la Comisión de garantías que es un órgano administrativo, pero es muy posible que con el valor de autodeterminación de las STCs y el derecho a la prestación de ayuda se hubiera zanjado y archivado algún caso de eutanasia judicializado. La realidad, al menos por el momento, es que en establecer el diálogo institucional existe un conformismo, se silencian las sentencias y su impacto, y todo sigue igual. ■

## Beatriz Domínguez-Gil, directora de la ONT

### «El equipo de trasplante se adapta al protocolo de eutanasia diseñado por el médico responsable»

*Cuando la persona que va a morir por eutanasia expresa también el deseo de donar sus órganos, se pone en marcha un protocolo específico diseñado por la Organización Nacional de Trasplantes en que se prioriza el confort del paciente, evitándole todo sufrimiento innecesario. A la vez, como destaca Beatriz Domínguez-Gil, directora de la ONT, se garantiza la separación entre ambos procedimientos, eutanasia y donación. El único requisito es que el fallecimiento tenga lugar en el hospital con el fin de garantizar la viabilidad de los órganos.*

Texto: **REDACCIÓN DMD**

Foto: **cedida por ONT**

***Desde que entró en vigor la Ley de la eutanasia, ¿cómo ha evolucionado la donación de órganos tras la prestación de ayuda para morir?***

En España comenzó a desarrollarse la donación tras eutanasia en 2021, el mismo año en que se promulgó la Ley de ayuda médica a morir. No fue un proceso impulsado de forma proactiva por el sistema de trasplantes, sino puesto en marcha de manera reactiva ante las solicitudes recibidas por parte de los propios pacientes. La ONT desarrolló un protocolo específico que prio-

riza el confort del paciente y el respeto absoluto a sus deseos. Cuando un paciente que solicita la eutanasia expresa su voluntad de ser donante de órganos tras fallecer, su médico responsable le pone en contacto con el coordinador de trasplantes del centro que corresponda. El objetivo es que el paciente reciba información directa de aquel profesional especialmente formado para resolver dudas y acompañar en el proceso. Una vez autorizada la eutanasia, el paciente ha de confirmar de forma expresa su voluntad de ser donante. Cada procedimiento se diseña de forma individualizada, evitando generar un sufrimiento añadido y adaptándose a las preferencias personales de cada paciente.

Desde la entrada en vigor de la LORE hasta el 31 de diciembre de 2025, 227 personas han donado sus órganos tras fallecer por eutanasia, la mayoría de ellos de riñón (349), seguidos de hígado (137), pulmón (108), corazón (32) y otros 21 de órganos combinados.

Gracias a su generosidad, 647 pacientes han recibido un trasplante. De las personas fallecidas por eutanasia



en nuestro país durante los años 2021-2024, el 14% han donado sus órganos tras fallecer.

***¿Qué datos de donantes hay en otros países donde es legal la eutanasia?***

De acuerdo con datos de 2024 que nos han facilitado otros países, en Canadá se registraron 16.499 fallecidos por eutanasia, de los que 62 (0,4%) donaron sus órganos tras fallecer. En Bélgica, de 3.991 personas fallecidas en estas circunstancias, 13 (0,3%) fueron donantes, el mismo porcentaje que en Países Bajos (9.958 eutanasias y 32 donantes).

***¿Qué diferencias existen desde el punto de vista médico en el proceso de donación tras la eutanasia con respecto a una donación tras el fallecimiento por otra causa?***

La diferencia principal es que es el paciente, en primera persona, el que solicita ser donante de órganos ante la inminencia de su propia muerte. A partir de ese momento, todas las pruebas clínicas y los tiempos de cada procedi-

miento se intentan adaptar a sus deseos. Permite programar, siempre respetando la voluntad del paciente, todo el operativo de donación. Pero los órganos se evalúan de forma similar a otros donantes.

***El hecho de poder hablar previamente con el donante que va a fallecer es una situación inédita...***

Es un cambio completo de paradigma para el coordinador de trasplantes, quien acompaña al paciente durante todo el proceso para resolverle cualquier duda, explicarle de forma pormenorizada cada paso que se debe seguir e intentar adaptar el procedimiento a las circunstancias personales y clínicas del paciente.

***¿Cómo se garantiza que la decisión de solicitar la eutanasia es un procedimiento separado e independiente de la donación de órganos?***

Con un protocolo específico que diferencia, de manera clara, el acto de la prestación de ayuda para morir del proceso de donación de órganos. El equi-

*Una vez autorizada la eutanasia, el paciente ha de confirmar de forma expresa su voluntad de ser donante*

*En algunos casos, a petición del paciente, se ha realizado la sedación en casa antes de trasladarlo al hospital para recibir la ayuda a morir*

po de coordinación de trasplantes no participa en el protocolo de eutanasia, sino que se adapta al que ha diseñado el médico responsable.

***¿Debe el paciente someterse a alguna prueba especial antes de su fallecimiento?***

Es el paciente el que decide sobre todos los aspectos del proceso. Sin embargo, el fallecimiento debe realizarse en el hospital para garantizar la viabilidad de los órganos tras su muerte. Lo que sí se ha podido realizar en algunos casos, a petición del paciente, es que se realice la sedación en su casa, antes de trasladarlo al hospital. Es importante recalcar que en cualquier momento el paciente puede cambiar de decisión y determinar que no quiere ser donante. Con respecto a la fecha, todo se adapta a la elegida por el paciente para recibir la prestación de ayuda para morir.

***El proceso de donación y trasplante se inicia tras el fallecimiento del donante, en este caso por eutanasia. ¿Cómo es el proceso para mantener los órganos en las mejores condiciones para el trasplante?***

El proceso de donación de órganos es el mismo que en cualquier otro procedimiento de donación en asistolia, ya que la causa del fallecimiento no lo condiciona. Es importante que la persona fallezca en el hospital para que no se comprometa la viabilidad de los órganos. El diagnóstico de muerte está descrito en el RD1723/2012 de 28 de

diciembre donde se indica cómo ha de diagnosticarse el fallecimiento cuando una persona muere tras una parada cardio-respiratoria, y lo realiza un médico ajeno al proceso de donación.

***Recientemente ha habido un caso de trasplante de rostro que ha resultado todo un hito con gran repercusión mediática...***

Sí, la verdad es que casos como el desarrollado en el Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona no dejan de demostrarnos la inmensa generosidad de la sociedad española. Fue un proceso complejo como ya han relatado los profesionales de este centro, pero que fue posible gracias a la labor del equipo de coordinación de trasplantes y a la determinación de la paciente que solicitó la prestación de ayuda para morir, que quiso donar todo lo posible, incluso su rostro. Este tipo de casos refuerza nuestra determinación de acompañar y apoyar a todos los pacientes que quieren ser donantes tras fallecer por eutanasia. Los coordinadores se involucran mucho en estos procesos y tras finalizarlos nos relatan lo gratificante que es poder cumplir la última voluntad que tienen estos pacientes de ser donantes.

***¿Afecta la posible objeción de conciencia de algunos profesionales sanitarios con respecto a la eutanasia a la hora de planificar y realizar estos trasplantes?***

No, al ser procesos completamente diferenciados. ■

# ¿NECESITAS ASESORAMIENTO?

Tenemos puntos de atención presencial en diferentes ciudades.

También asesoramos por teléfono a nivel nacional

**INFÓRMATE: 91 369 17 46**

ARAGÓN

ANDALUCÍA

ASTURIAS

CASTILLA Y LEÓN

CASTILLA-LA MANCHA



CATALUNYA

*Yo ahora estoy bien, pero no quiero pasar por lo que mi padre...*

COM. VALENCIANA

EUSKADI

GALICIA

MADRID

NAVARRA

*Si en un futuro dejo de ser autónoma o pierdo la cabeza, no me gustaría seguir...*

## 601 DÍAS DE SUFRIMIENTO: LA BATALLA DE NOELIA POR SU DERECHO A LA EUTANASIA

Noelia Castillo murió el pasado 26 de marzo por eutanasia. Tenía 25 años y un sufrimiento intolerable que se enmarca en lo que la Ley de la eutanasia denomina «contexto eutanásico». Padecía una lesión medular irreversible que además de limitar su autonomía le producía dolores neuropáticos persistentes, así como una dependencia física severa sin posible recuperación.

Había solicitado ayuda médica para morir en 2024, había recibido la aprobación de las distintas instancias tal y como marca el protocolo vigente (médico responsable, médico consultor y Comisión de Evaluación y Garantía), donde también se valoró su capacidad para decidir.

La joven podría haber sido una más de las aproximadamente 400 personas que mueren cada año por eutanasia en España. Sin embargo, el empe-

ño de su padre por impedir que ejerciera su derecho la condenó a un auténtico calvario judicial y la convirtió en objeto de debate público. Durante casi dos años se vio obligada a soportar un sufrimiento evitable, y a la vez, eran cuestionados ese mismo sufrimiento y su capacidad para decidir libremente como persona adulta.

### ***Un debate público sobre un derecho personal***

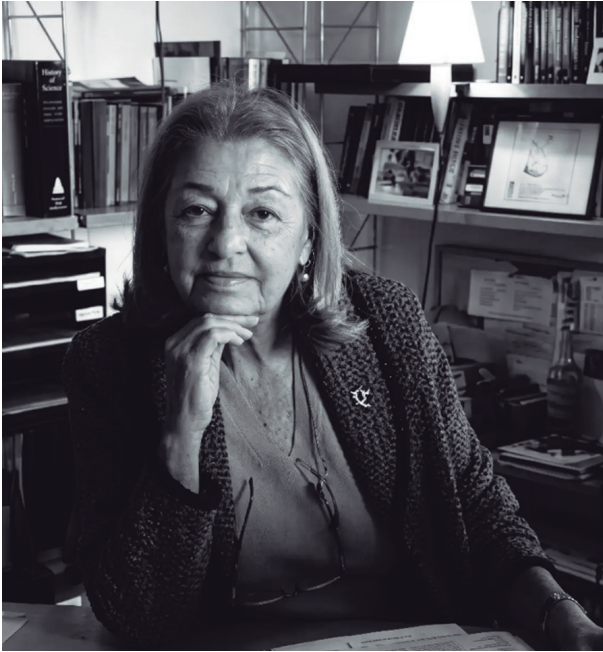
El padre de Noelia, ayudado por Abogados Cristianos, inició una ofensiva judicial que, tras agotar esta vía en España, le llevó al Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Sin embargo, en todas las instancias judiciales la respuesta fue la misma: avalar el derecho de Noelia a poner fin a su vida como persona adulta y encontrándose en un contexto de grave sufrimiento como marca la ley.

Su testimonio abrió un debate público en medios y redes sociales donde, en medio de la desinformación y los bulos, diferentes portavoces de Derecho a Morir Dignamente hablaban desde la sensatez y el rigor, sobre nuestra actual ley de ayuda a médica a morir, una ley especialmente garantista, y cómo ha sido el protocolo en un caso tan mediático como este.

Al cierre de esta edición quedamos pendientes de un debate al que tendrá que dar respuesta el Tribunal Supremo con motivo de otra eutanasia también concedida y pendiente por estar paralizada en los tribunales, como es la de Francesc, y es si familiares o terceras personas pueden impedir un derecho que afecta exclusivamente a la persona. De momento la Fiscalía se ha mostrado a favor de ello, siempre que ese vínculo familiar cumpla unas condiciones. ■



## EN MEMORIA DE BEATRIZ DE MOURA (1939-2026): LA LIBERTAD DE ELEGIR HASTA EL FINAL



Beatriz de Moura falleció el pasado 17 de abril. Y aunque su nombre como fundadora de la editorial Tusquets, quedará siempre ligado al ámbito cultural, queremos rendir un homenaje a su faceta como mujer comprometida con el derecho a la muerte digna.

Moura, que se acercó a esta causa como tantos activistas a raíz de duras experiencias personales, formó parte con el carnet número 5 del reducido grupo que a finales de los 70 y comienzos de los 80 se reunía para romper el tabú de la muerte. Desde su labor editorial también trabajó en favor de la eutanasia, editando obras que ayudaban a normalizarla como *El derecho a morir*, de Derek Humphry. Además, nos dejó testimonio de sus vivencias en nuestra asociación en el libro «Una mirada a la historia de la asociación», obra que recoge el recorrido y la esencia de la Asociación Derecho a Morir Dignament Catalunya. ■

## DMD ARAGÓN CELEBRA SU IX CINEFÓRUM 'LIBRES HASTA EL FINAL'

DMD Aragón celebró la IX edición de su cinefórum 'Libres hasta el final', con la proyección de cuatro películas en febrero en el Centro de Historias, de Zaragoza. En este ciclo, se quiso subrayar de nuevo la libre determinación de la propia muerte como un principio ético y legal fundamental.

Este año se han elegido dos películas de ficción y dos documentales. Son relatos testimoniales centrados en el acompañamiento, en los cuidados paliativos y en el proceso de toma de decisión sobre adelantar -o no- el final de la vida, sea mediante sedación terminal o suicidio con -o incluso sin- asistencia médica: «El último suspiro», de Costa Gavras; «La memoria infi-



nita», de Maite Alberdi; «Polvo Serán», de Carlos Marques-Marcet, y «Jackie the Wolf», de Tuki Jencquel. ■

## DMD CASTILLA-LA MANCHA RECLAMA MEJOR INFORMACIÓN SOBRE LA PLANIFICACIÓN AL FINAL DE LA VIDA

Castilla-La Mancha figura entre las comunidades con un menor número de testamentos vitales registrados en España, ya que solo un 0,59 % de su población ha formalizado la declaración de voluntades anticipadas. Esta cifra contrasta con la de Navarra, donde el 3,25 % de población ha planificado el final de su vida a través de este documento, o la del País Vasco, donde esta cifra se sitúa en 2,77 %. Estas cifras se dieron a conocer en la presentación de la asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD) Castilla-La Mancha, un acto que contó con la presencia de Blanca Calvo y María Castillo, presidenta y vicepresidenta respectivamente de la entidad autonómica.

Uno de los fines de la asociación, que se constituyó el pasado noviembre es «promover una cultura de la muerte digna, para que la buena muerte sea un valor esencial». A este respecto María Castillo destacó que «vivimos en una sociedad que tiene miedo a la muerte; sin embargo, es muy importante pensar en la muerte, porque es el acto final de nuestra vida».



Las responsables de la asociación regional, que han estado acompañadas por Loren Arseguet y Fernando Marín, presidenta y vicepresidente de la asociación federal DMD, reclaman a la Administración un mayor esfuerzo para que la ciudadanía conozca mejor este derecho con el desarrollo de una campaña informativa. ■

---

## CAMPAÑA DE DIVULGACIÓN DE DMD CATALUNYA

DMD Catalunya desarrolla una campaña de divulgación de los derechos al final de la vida a nivel municipal desde hace algunos años con resultados positivos. La campaña consiste en proponer a las instituciones la firma de una moción de apoyo a la muerte digna, un documento por el que se comprometen a difundir entre su población los derechos al final de la vida, como la posibilidad de rechazar tratamientos médicos, de soporte vital, sedación para acortar la agonía o solicitar la eutanasia en determi-

nadas circunstancias, aspectos que se pueden dejar reflejados en el testamento vital. Sin embargo, la mayoría de la ciudadanía desconoce estos derechos.

Posteriormente la campaña se desarrolla a través de charlas, exposiciones, talleres, cine-fóruns, etc. trabajando con diferentes niveles de la Administración (ayuntamientos, consejos comarcales y diputaciones) y con asociaciones municipalistas (Associació Catalana de Municipis, Federació de Municipis de Catalunya y Associació de Micropobles de Catalunya). Estas acciones nos han permitido llegar a 138 municipios de toda Cataluña, que suman más de 5 millones de habitantes.

## DMD GALICIA RECLAMA ACABAR CON TRABAS A LA EUTANASIA

DMD Galicia se concentró el pasado 12 de enero en Santiago de Compostela para pedir el fin de los obstáculos para acceder a la eutanasia y la creación de un observatorio de muerte digna en Galicia como ya existe en otras comunidades.

Cerca de una veintena de personas -entre ellas la alcaldesa de Santiago, Goretti Sanmartín- se han concentrado en la Plaza del Obradoiro bajo la lluvia con carteles para defender que «vivir es un derecho, no una obligación» y que las personas deben ser «libres hasta el final».

Además, los participantes reivindicaron el 12 de enero como Día de la Muerte Digna en Galicia, en recuerdo a la fecha en la que murió Ramón Sampederro, primer español que pidió la eutanasia.

Isabel Blanco, presidenta de DMD Galicia, ase-



guró que, pese a los avances logrados y a que hay varias leyes que garantizan el derecho a morir dignamente, entre ellas la de 2021 que regula la eutanasia, esos derechos están «en el papel pero luego en la práctica hay muchos obstáculos». ■

---

## LA EUTANASIA: UN DERECHO PARA LA CIUDADANÍA Y UN DEBER PARA EL PROFESIONAL DE LA SANIDAD

DMD Navarra celebró su VIII Jornada «Diálogos para una muerte digna» el pasado 25 de marzo en la Universidad Pública de Pamplona-Iruña con una gran afluencia de público interesados por profundizar en este tema.



El Dr. Albert Tuca, presidente de la Comisión de Garantías y Evaluación de Catalunya, recordó que la eutanasia es un derecho para la ciudadanía pero es también un deber para el personal sanitario. Aunque en ocasiones suponga un desafío al sistema de valores de cada persona, es también una oportunidad de crecimiento.

Este encuentro, que contó con la participación de destacados expertos tanto de DMD como de la universidad o del ámbito sanitario o legal, contó también con una mesa técnica donde se habló de las garantías y dilemas ante la eutanasia, y con una mesa de testimonios donde participaron tanto una médica como una enfermera, así como familiares de personas fallecidas. ■

## DESMONTANDO BULOS

*La historia de Noelia y su manipulación por organizaciones en contra de la eutanasia como Abogados Cristianos, que llegaron a insinuar que se había autorizado su acceso a la prestación por un interés espurio relacionado con el negocio de la donación de órganos cuando Noelia no donó sus órganos, nos obliga a promover estudios y buscar verdad científica para contrarrestar este vendaval de desinformación interesada.*

Texto: **CAROLINA MAYEUR**

Fotos: **PALOMA PÉREZ DE ANDRÉS**

Una de las seudo verdades que se está utilizando en el debate actual en Francia en contra de la iniciativa parlamentaria para la regulación de la prestación de ayuda a morir es que en los países donde la eutanasia es legal, son los más pobres y vulnerables los que recurren más frecuentemente a ella porque el Estado no les proporciona un nivel de protección que les permita seguir viviendo. Es una afirmación muy grave, que merece un análisis en profundidad. En muchos países, incluido España, los colectivos de personas con discapacidad son extremadamente reacios a la legalización de la prestación de ayuda a morir AMM, como si el hecho de que fuera legal les convierta en víctimas preferentes, confundiendo eutanasia con eugenesia.

En Francia, a raíz de una declaración de un diputado del partido de extrema derecha Reagrupamiento Nacional (RN), que vinculaba eutanasia y pobreza llegando a preguntarse enfáticamente



cómo podía ser uno de izquierdas y renunciar a defender a los más débiles, se ha llevado a cabo un estudio promovido por la Agencia France Presse, intentando desentrañar lo que hay de verdad y de manipulación en esta afirmación. Para ello interrogaron a varios estudiosos sobre el tema y analizaron los datos de países en los que existe estadísticas sobre esta prestación (Oregón desde 1997, Bélgica desde 2009 y Canadá desde 2016). No es fácil analizar esta relación porque la información acerca de las eutanasias practicadas no suele reflejar el nivel socio-económico de las personas que la solicitan.

La supuesta base científica en la que se apoyaba el diputado de RN procedía de un estudio americano sobre eutanasia en el Estado de Oregón entre 1998 y 2022. El estudio utilizaba como indicador de «pobreza» pertenecer al seguro público, mostrando que, en este periodo, la proporción de



personas con un seguro público que había recurrido a la eutanasia había aumentado de una forma más que proporcional. Sin embargo, el estudio no decía que la tendencia a pasar de una cobertura privada a un seguro público estuvo íntimamente ligada a los cambios legislativos de la época de Obama en 2010, que ensancharon la elegibilidad al seguro público, de modo que en 2022, el 95 % de los mayores de 65 años estaban cubiertos por el seguro público. Por lo tanto, no es correcto deducir que el 65 % de los beneficiarios de la ayuda médica a morir que estaban suscritos a un seguro público eran pobres. Este indicador no sirve para medir el nivel de ingresos de la población. Además, los autores del estudio americano incurrieron en un conflicto de intereses no declarado, ya que estaban vinculados a organizaciones en contra de la prestación de AMM, por lo que parece sensato refutar la validez de sus conclusiones por falta de base científica.

### ***Solicitantes: educación superior con cáncer***

Por su parte, la investigadora norteamericana Elissa Kozlov, a partir de información estadística procedente de nueve estados americanos en los que la AMM es legal en el período 1998-2020, señaló que el perfil prevalente entre los pacientes que recurren a la eutanasia es población mayor, blanca, con educación superior y padeciendo un cáncer, siendo su motivación principal la pérdida de autonomía (91 %) y sólo en una proporción pequeña las preocupaciones económicas (8 %).

En Canadá, la profesora Isabelle Marcoux (Universidad de Ottawa) ha contribuido a desmentir la relación de causalidad entre pobreza y suicidio asistido, señalando que son las personas más favorecidas las que recurren a ello, porque su acceso exige un capital social y cultural elevado. En Bélgica una investigación desarrollada entre 2003 y 2014 lleva a conclusiones similares: el factor determinante es el nivel de estudios. En cuanto a la famosa «pendiente resbaladiza», argumento recurrente en los debates promovidos por los militantes anti-eutanasia, el profesor Joachim Cohen (Universidad de Bruselas) ha reiterado que hasta ahora no existen datos empíricos que confirmen esta tendencia.

El estudio de la AFP nos lleva a dos conclusiones: a) hace falta más estudios sociológicos para tener un conocimiento más preciso de los perfiles de los solicitantes de AMM y sus motivaciones, y b) hay que tener mucho cuidado en la interpretación de algunos datos que llevan a conclusiones erróneas y permiten la difusión de bulos que se utilizan para demonizar el derecho de las personas a decidir libremente sobre su vida. ■



## PRIMER PAÍS DE SUDAMÉRICA CON UNA LEY DE EUTANASIA VIGENTE

La Ley 20.431, aprobada por el parlamento el 15 de octubre de 2025 y conocida como de Muerte Digna, regula en Uruguay el derecho a solicitar la eutanasia. Su reglamentación, vigente desde el pasado 21 de abril, establece un procedimiento garantista con el objetivo de asegurar que la decisión sea libre, consciente e informada.

Pueden solicitar la eutanasia los ciudadanos uru-

guayos o residentes en el país, mayores de edad, con capacidad de decisión, que padezcan una enfermedad incurable e irreversible, y sufrimientos insoportables o se hallen en etapa terminal. Dos médicos evalúan el caso, con posibilidad de una junta médica ante discrepancias. La persona puede revocar su decisión en cualquier momento. La ley permite la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. ■



## EL CAMBIO TODAVÍA NO HA LLEGADO

Los proyectos de ley de muerte asistida presentados en los diferentes territorios del Reino Unido se encuentran actualmente en un callejón sin salida:

En Escocia, en marzo 2026, el parlamento rechazó por 69 votos en contra y 57 a favor, el proyecto de Ley de Muerte Asistida para Adultos Enfermos Terminales, y no se prevé su reintroducción inmediata tras las elecciones escocesas de mayo.

El proyecto de ley para legalizar la muerte asistida en Inglaterra y Gales, titulado Ley de Adultos con Enfermedades Terminales (Final de la Vida) aprobado en la Cámara de los Comunes en junio 2025, ha fracasado tras agotarse el tiempo parlamentario y no superar el bloqueo en la Cámara de los Lores donde se presentaron más de 1.200 enmiendas, en una demostración de fili-

busterismo parlamentario de libro. Los defensores del proyecto de ley han asegurado que lo volverán a presentar en la próxima sesión parlamentaria que empieza a mediados de mayo.

Los parlamentos de las Islas de Man y de Jersey aprobaron sus propias leyes de muerte asistida en marzo de 2025 y febrero de este año respectivamente, pero necesitan la sanción real para su aplicación. En el caso de la Isla de Man, después de más de un año de silencio, el Ministerio de Justicia frena la entrada en vigor de la ley al exigir una revisión del texto para incluir más salvaguardias, lo que deja augurar retrasos también para la ley de Jersey.

Todas las encuestas publicadas muestran un apoyo de la ciudadanía a estas leyes superior al 70%. ■

## ¿Qué es «La grazia»?

Texto: **CAROLINA MAYEUR**  
(DMD Madrid)



«La grazia» es el perdón que un Papa ficticio otorga a su amigo, un (ficticio) presidente de la República de Italia, en la bellísima película que nos propone el director Paolo Sorrentino. La película es una comedia fina que recoge muchos de los temas favoritos del director, como el amor y el desamor, la política, la paternidad o la responsabilidad, contándonos la historia de un político en final de mandato que tiene que decidir sobre temas que le plantean problemas de conciencia: la firma de una ley sobre eutanasia y dos indultos a personas que, por razones diversas, cometieron un asesinato.

En los tiempos que corren de polarización extrema y de desconfianza en la capacidad de nuestros políticos de escuchar al otro y tomar decisiones sobre la base del bien común y no de intereses partidistas de corto plazo, esta película es una bocanada de aire fresco.

Uno sale reconfortado con el género humano y, en particular, con los políticos. Porque Mariano de Santis, nuestro presidente ficticio, es alguien que se permite el lujo de dudar, de escuchar a unos y otros (en particular a su hija, jurista como él, con quien trabaja), de comprobar por sí mismo la realidad que hay detrás de los informes administrativos, y de posponer la decisión hasta que se sienta convencido de su bondad.

Católico conservador, validar con su firma una ley que regula la eutanasia no le resulta fácil (en el mundo real,

Italia todavía no ha llegado a aprobar una iniciativa legislativa de este tipo), pero en vez de encerrarse en su mundo de creencias personales, asume que su responsabilidad es gobernar para todos, y escucha otras voces. Cuando ya fuera del cargo, le preguntan si no se ha enfadado el Papa con él al respaldar la ley, tiene esta respuesta maravillosa: «pero ¿cómo se va a enfadar el Papa conmigo si es mi amigo?, sabe perfectamente que nos debemos a públicos distintos».

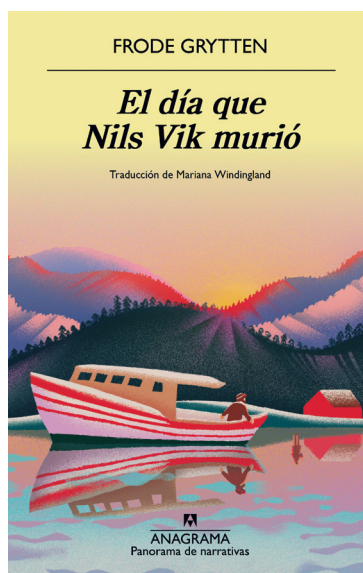
En cuanto a los indultos, su decisión no coincide con la propuesta que le ha trasladado su Gabinete. Después de recoger información acerca de ambos casos, hablando incluso personalmente con los condenados, indulta a la mujer que mató a su marido que la maltrataba, pero no al hombre mayor que mató a su mujer enferma de Alzheimer, lo que se podría considerar como «homicidio compasivo». Al preguntarle por qué no le concedió el indulto, su respuesta es límpida: «no lo hizo por amor».

El actor Toni Servillo encarna a este político fuera de lo común desde la sobriedad y la contención. Mariano de Santis es un presidente serio, experto en Derecho Penal, pero que deja traslucir una actitud ante la vida nada rígida (sabe que todos somos pecadores) y una manera profundamente humana de relacionarse con los que le rodean, desde su jefe de seguridad, maravilloso cómplice de sus secretos, hasta sus hijos, a los que escucha y respeta. Al final, sólo hay una palabra para resumir de qué va esta película: va de ética. ■

# El día que Nils Vik murió

Texto: **VICTORIA NAVARRO**  
(DMD Com. Valenciana)

Tal y como el título anticipa, vamos a seguir a Nils Vik en su último día de vida. En las primeras páginas nos encontramos a un Nils esforzándose por cumplir con su ritual matutino pues ese día no puede ser diferente al de ayer, o al del día anterior, o a todos los precedentes. Está asumiendo su muerte, sin dramatismos como un día más en su vida. Va a ser un día de



rutinas repetidas, de últimas veces (último sol, último cruce del fiordo...). Antes de dirigirse a su trasbordador deja su casa en orden y una escueta despedida para sus hijas: «He abandonado esta casa y no voy a regresar. Cuidaos mucho. Papá».

Se dirige a su trasbordador «Marta» acompañado de su perra Luna, fallecida ya hace tiempo, que acude para mantener con él diálogos a veces mordaces. Los acompañarán la banda sonora de siempre, los borbotos y crujidos de su embarcación.

No será lo único sobrenatural que suceda. Hoy no llevará como pasajeros más que aquellos ya muertos que van emergiendo de sus cuadernos de bitácora. En los capítulos siguientes Nils irá reviviendo sus historias en un diálogo con ellos, son gente común con vidas aburridas y cotidianas, una amalgama de personas que han mostrado a Nils todas las facetas de la vida y han hecho de él un hombre con la sabiduría de un estoicismo sorprendente. No tiene ambición, su felicidad es no desear nada más que lo que se tiene. Esa postura no siempre ha sido comprendida por su esposa, Marta, con la que ha vivido un amor duradero no exento de dificultades y tormentas. Con ella ha construido un hogar. Un buen hogar en su opinión, «un refugio que envuelve la piel y la ropa» y está ahí para «preparar la comida, hacer bebés, dormir, despertar, comer, cagar, mear, amar». La voz de Marta lo acompañará en su último viaje al igual que él le proporcionó los cuidados y tuvo la lucidez y entereza de aligerar su final.

Frode Grytten, el autor, usa una prosa sobria con la que construye un bello retrato de un viaje hacia la muerte y también el de un tiempo que ya pasó, unos modos de vida en los fiordos que van desapareciendo conforme se convierten en espacio para visitantes de fin de semana. Describiendo vidas comunes y con un personaje austero, poco expresivo, emocionalmente logra conmovernos y hacernos reflexionar sobre el duelo y la propia muerte. ■

# MOVIMIENTO CIUDADANO POR LA BUENA MUERTE

Hemos avanzado con la aprobación ley de eutanasia, pero no da respuesta a muchas situaciones de sufrimiento y sigue habiendo obstáculos.

Morir bien depende del equipo médico que te atienda y no se puede garantizar una atención acorde con los deseos de cada persona.

## ¡ASÓCIATE!

*Nos financiamos  
con tu apoyo*

*Porque el final de la vida  
también debe ser vivido  
con libertad y dignidad*

## CONTÁCTANOS

### DMD FEDERAL

informacion@derechoamorrir.org  
91 369 17 46  
Puerta del Sol, 6, 3º Izda. | 28013 | Madrid  
Próximo traslado: C/ Laurel, 33 | 28005 | Madrid

### DMD ANDALUCÍA

dmdandalucia@derechoamorrir.org  
689 101 113

### DMD ARAGÓN

dmdaragon@derechoamorrir.org  
644 082 016 (información)  
660 236 242 (atención personalizada)  
Apdo. 14011 | 50080 | Zaragoza

### DMD ASTURIAS

dmdasturias@derechoamorrir.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  
Web: <https://dmd.cat/>

### DMD CASTILLA LA MANCHA

dmdcastillalamanca@derechoamorrir.org  
699 545 545

### DMD CASTILLA Y LEÓN

dmdcastillayleon@derechoamorrir.org  
613 110 909

### DMD COM. VALENCIANA

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

### DMD EUSKADI

dmdeusyadi@derechoamorrir.org  
635 738 131  
C/Araba, nº 6 semisótano | 48014 | Bilbao

### DMD GALICIA

dmdgalicia@derechoamorrir.org

### DMD MADRID

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

### DMD NAVARRA

dmdnavarra@derechoamorrir.org  
696 357 734

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




Más de 40 años trabajando por el derecho a  
**LA MUERTE DIGNA**


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


¡ÚNETE!




 INSTAGRAM  
[@derechoamorrir](https://www.instagram.com/derechoamorrir)

 BLUESKY  
[derechoamorrir.bsky.social](https://bsky.app/profile/derechoamorrir.bsky.social)

 X  
[@derechoamorrir](https://twitter.com/derechoamorrir)

 THREADS  
[@derechoamorrir](https://www.threads.net/@derechoamorrir)

 FACEBOOK  
[Derecho a Morir Dignamente - España](https://www.facebook.com/Derecho a Morir Dignamente - España)

 YOUTUBE  
[Derecho a Morir Dignamente](https://www.youtube.com/Derecho a Morir Dignamente)