



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

TRABAJO DE FIN DE GRADO

CURSO 2021-2022

**ESTUDIO SOBRE EL
DESARROLLO DE LA APLICACIÓN
DE LA LEY ORGÁNICA DE
REGULACIÓN DE LA EUTANASIA
EN CASTILLA Y LEÓN**

Autora: Lara Sanz Martín

Tutora: Mercedes Martínez León

**Departamento de Anatomía Patológica, Microbiología,
Medicina Preventiva y Salud Pública y Medicina Legal y
Forense**

*“Aunque no nos muriéramos al morirnos,
le va bien a ese trance la palabra: Muerte.*

*Muerte es que no nos miren los que amamos,
muerte es quedarse solo, mudo y quieto
y no poder gritar que sigues vivo.”*

Gloria Fuertes

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	2
3. OBJETIVOS.....	2
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	2
5. LIMITACIONES	3
6. DESARROLLO DEL TEMA.....	3
I. ESTADO PREVIO Y APROBACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.....	3
II. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.....	5
III. APLICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.....	7
IV. EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS Y LA INCAPACIDAD DE HECHO.....	10
V. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	15
VI. CASOS PRACTICADOS DE EUTANASIA EN ESPAÑA	18
7. CONCLUSIONES	19
8. BIBLIOGRAFÍA.....	20
ANEXOS.....	1

RESUMEN / ABSTRACT

Introducción: España ha sido el último país en regular como prestación de ayuda para morir la eutanasia y el suicidio asistido para el padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad grave e incurable.

Introduction: Spain has been the last country in legalize euthanasia and assisted suicide to serious, chronic and disabling suffering or a serious and incurable disease.

Objetivos: este trabajo busca analizar la aplicación y desarrollo de la LORE una vez aprobada así como su influencia en la objeción de conciencia sanitaria y en el Documento de Instrucciones Previas.

Aims: this work wants to analyze the application and development of Spanish euthanasia law and its influence in sanitarian conscientious objection and previous instructions that patients do.

Materiales y método: se realiza una revisión bibliográfica de revisiones y trabajos universitarios así como publicaciones científicas en bases de datos como Pubmed y Cochrane y de la legislación y protocolos estatal y autonómico.

Method: we have done a bibliographic review of university studies, scientific publications of databases as Pubmed and Cochrane and state and regional legislation and protocols.

Resultados: Para poder aplicar la eutanasia o el suicidio asistido se necesita ser evaluado por un médico responsable, un médico consultor y la Comisión de Garantías y Evaluación. También se regula el derecho a la objeción de conciencia para los sanitarios y, como novedad, se crea un registro de objetores para planificar la organización del servicio.

Results: In order to apply euthanasia or assisted suicide, it is necessary to be evaluated by a responsible doctor, a consulting doctor and the Guarantees and Evaluation Commission. The right to sanitarian conscientious objection is also regulated and, as news, a register of objectors is created to organize the service.

Palabras clave: eutanasia; suicidio asistido; objeción de conciencia; instrucciones previas.

Key words: euthanasia; assisted suicide; conscience objection; advance instructions.

1. INTRODUCCIÓN

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE en adelante) convirtió un delito tipificado en el Código Penal en un derecho para los ciudadanos mayores de edad residentes en el Estado español y en un deber para la Administración pública el incluir la prestación de ayuda para morir en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

La Ley define la eutanasia como “acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por la voluntad expresa de la propia persona y con el objetivo de evitar el sufrimiento” y prevé dos conductas eutanásicas: la eutanasia activa, administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario y el suicidio médicamente asistido, prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que se la puede auto administrar, para causar su propia muerte.

El contexto eutanásico se especifica a dos situaciones: el padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insostenible que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables.

Se reconoce el derecho de los profesionales sanitarios a la objeción de conciencia en caso de que la demanda resulte incompatible con sus convicciones. Será un derecho individual que se expresará anticipadamente y por escrito. Como novedad, se creará un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia que, con carácter confidencial y de protección de datos personales, tiene como objeto facilitar la organización de los servicios sanitarios y el ejercicio del derecho por parte de la ciudadanía.

La Ley regula la creación de las Comisiones de Garantías y Evaluación en todas las Comunidades Autónomas y en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Se trata de órganos administrativos multidisciplinares, integrados por miembros del sector sanitario y juristas, que tienen como función principal resolver las solicitudes de prestación de ayuda para morir, así como detectar problemas para el cumplimiento de la ley, resolver dudas y elaborar y hacer público un informe anual de evaluación en el ámbito territorial al que pertenecen.

Cabe insistir que no es eutanasia el homicidio, ya que no cuenta con la voluntad del paciente y es un delito penal; la sedación terminal, proceso activo y voluntario para evitar síntomas como el dolor o la disnea que no provoca la muerte de manera directa; la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), lo propone el profesional sanitario al paciente o representantes, que lo aceptan o deniegan, y no produce la muerte de

manera directa; el rechazo al tratamiento, la decisión parte del paciente y no produce la muerte de manera directa.

Por otra parte, la distanasia u obstinación terapéutica consiste en aplicar al paciente terapias invasivas o con efectos adversos sin beneficio en la curación de la enfermedad o alivio de los síntomas, provocando un tratamiento desproporcionado o prolongación innecesaria del sufrimiento. Cabe destacar que es una mala praxis.

2. JUSTIFICACIÓN

Me parece importante poder observar cómo a raíz de la aprobación de la LORE se continúa en el cambio de relación clínica desde un modelo paternalista, basado en los principios bioéticos de no maleficencia y beneficencia, hacia un modelo que prima el principio bioético de autonomía de los pacientes, el derecho a la información y decisión en el que cada vez cobran más importancia instrumentos como el Registro de Instrucciones Previas.

3. OBJETIVOS

El objetivo general es realizar un estudio sobre el desarrollo de la aplicación en Castilla y León de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE).

Como objetivos específicos, se plantean:

- 1) Estudiar el procedimiento de aplicación de la Ley en condiciones reales.
- 2) Observar la reacción de la comunidad sanitaria ante la aprobación de la Ley y el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia.
- 3) Resaltar la importancia de la realización del documento de instrucciones previas para la posible aplicación de la LORE sobre todo en personas que se encuentren en incapacidad de hecho.
- 4) Analizar los casos prácticos desde la entrada en vigor hace casi un año de la LORE.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una Revisión Bibliográfica del desarrollo de la aplicación de la LORE. Para ello se realizan las siguientes búsquedas:

- Búsqueda bibliográfica general en el buscador Google de guías, estudios, estadísticas, revisiones, tesis, trabajos de fin de grado... tomando como criterios principales la eutanasia.

- Búsqueda de publicaciones científicas en bases de datos como Pubmed y Biblioteca Cochrane, empleando términos en inglés y en español.
- Buscamos todas las fuentes legislativas oficiales existentes en relación con el tema de la aplicación de la eutanasia: LORE, Portal de Salud de la Consejería de Sanidad de Castilla y León y otros de interés relacionados con el tema.

5. LIMITACIONES

Como puntos débiles y dificultades en la realización de este trabajo se han identificado:

- La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia entró en vigor el 25 de junio de 2021 y, por lo tanto, ha habido poco recorrido temporal para observar su aplicación. Asimismo, la limitación para la realización del Trabajo de Fin de Grado a un año condiciona para la realización de estudios longitudinales prospectivos.
- Los recursos de inconstitucionalidad interpuestos por partidos políticos al Tribunal Constitucional están admitidos a trámite, pero aún sin resolver y el resultado podría declarar la ley anticonstitucional o variar la ejecución de alguno de sus artículos.
- La falta de publicación de datos por parte de la Administración pública acerca de cuántas eutanasias se han realizado y cuántas solicitudes se han denegado complica el estudio del funcionamiento de la aplicación así como de las Comisiones de Garantía y Evaluación.

6. DESARROLLO DEL TEMA

El desarrollo del tema se divide en los siguientes apartados:

I. ESTADO PREVIO Y APROBACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.

En el Libro II del Código Penal, en su Título I “Del homicidio y sus formas” se reconocen los distintos tipos de homicidio y desarrolla sus castigos correspondientes. El artículo 143 del Código Penal recoge las penas para quien induzca al suicidio (art. 143.1), coopere al suicidio (art. 143.2), el homicidio consentido (art. 143.3) y, en su cuarto apartado, prevé la aplicación inferior de la pena para quien causare o cooperare en la muerte de una persona en contexto eutanásico. Estos delitos eran castigados con penas atenuadas respecto a otros tipos de homicidio. Con la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia se añade un quinto apartado en el que se exime de responsabilidad penal a quien cause o coopere en la muerte de otra persona cumpliendo con lo establecido en la Ley. ¹

Los debates sobre la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido han sucedido en torno a casos mediáticos de pacientes como el de Ramón Sampederro en 1998 o María José Carrasco en 2018 o por procesos judiciales hacia médicos como los doctores Luis Montes y Miguel Ángel López, denunciados por realizar sedaciones paliativas y cuyo proceso fue sobreesido y el doctor Marcos Ariel Hourmann, que fue condenado por realizar una eutanasia a una paciente terminal en 2005 a un año de prisión y otro de inhabilitación profesional.

Paralelamente, la relación clínica ha ido cambiando de un modelo paternalista a un modelo que los pacientes tienen cada vez mayor poder de decisión y autonomía. Esto se reconocía en leyes como la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, así como legislación autonómica que regulaban los derechos y garantías al final de la vida, aunque sin incluir la eutanasia o el suicidio asistido. Asimismo, se presentaban iniciativas en el Congreso de los Diputados para legalizar la eutanasia.

El 24 de marzo de 2021 el Congreso de los Diputados aprueba la Ley Orgánica 3/2021 a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista. Una Ley Orgánica se reserva para regular, entre otras materias, el desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas y necesita ser aprobada por mayoría absoluta en el Congreso de los Diputados (Art. 83 CE).

El procedimiento para la aprobación de la ley consiste en que un Grupo Parlamentario propone una ley al Congreso de los Diputados, donde se debate la ley y las enmiendas que quieran proponer otros grupos parlamentarios y si consigue mayoría absoluta se remite al Senado. En el Senado se vuelve a debatir y se pueden proponer y aprobar enmiendas que debe ratificar el Congreso de los Diputados de nuevo, donde debe ser aprobado el texto completo con mayoría absoluta y se publica en el Boletín Oficial del Estado al día siguiente.²

No obstante, el modo más común de aprobación de una Ley Orgánica es a propuesta del Gobierno y se pronuncian el Consejo de Estado y el Consejo General del Poder Judicial antes de ser llevada al Congreso de los Diputados por segunda vez.

El 25 de junio de 2021 la Ley entró en vigor. Fue rechazado el recurso de Vox al Tribunal Constitucional para la suspensión cautelar y están admitidos a trámite y pendientes de resolución los recursos de Partido Popular³ y Vox⁴ por vulneración de artículos de la Constitución Española.

Queda pendiente de modificar el artículo 36.3 del Código de Deontología Médica que impide provocar intencionadamente la muerte de un paciente aunque sea a petición expresa.⁵

II. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR⁶

Para poder solicitar la prestación de ayuda a morir es necesario tener nacionalidad española, residencia legal o certificado de empadronamiento de más de doce meses y ser mayor de edad; así como padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

En caso de que la persona esté incapacitada de hecho o no tenga la capacidad para prestar el libre consentimiento, la solicitud también puede ser presentada por un representante legal acompañado del documento de Instrucciones Previas hecho con anterioridad. Esto se desarrolla más adelante en el apartado IV.

La petición se realizaría al médico responsable, definido por la LORE como “facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participen en actividades asistenciales”. La definición es amplia y, a su vez, inconcreta. Se puede deducir que esta responsabilidad recaería en los médicos de atención primaria o en especialistas que traten a pacientes cuyas circunstancias coincidan en el contexto eutanásico. Pero no se define o exige específicamente que se encargue un especialista en concreto.

Cuando el médico responsable reciba por escrito la solicitud de prestación de ayuda para morir por parte del paciente deberá comprobar en dos días naturales que la solicitud cumple los requisitos y en cinco días naturales deberá emitir un informe por escrito informando sobre el diagnóstico, posibilidades terapéuticas, evolución esperable y cuidados paliativos.

Si la respuesta a la primera solicitud es favorable y el paciente dispone de esta información, debe realizar una segunda solicitud en un plazo mínimo de quince días desde la primera solicitud, reafirmando su constancia en continuar con el proceso al médico responsable. El médico responsable tiene dos días naturales para deliberar y resolver las dudas o información que solicite el paciente después de haber recibido la primera información.

En veinticuatro horas el paciente debe decidir si quiere continuar o no con la solicitud, en caso de querer continuar debe firmar el debido consentimiento informado y el médico responsable deberá preguntar a un médico consultor.

El médico consultor es definido por la LORE como un “facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo que el médico responsable”. Su función es comprobar las condiciones del paciente así como examinarlo y emitir un informe en diez días desde la fecha de la segunda solicitud y comunicar las conclusiones del informe al paciente en veinticuatro horas.

Si dicho informe es favorable, el médico responsable trasladará la solicitud a la Comisión de Garantía y Evaluación. La Comisión de Garantía y Evaluación es un órgano de naturaleza administrativa presente en todas las Comunidades Autónomas y en las Ciudades de Ceuta y Melilla. Está formado por cinco profesionales médicos, cinco expertos en derecho, tres profesionales de enfermería, una profesional de la psicología clínica y otra del trabajo social. Deberán tener cinco años de experiencia y se valorarán los conocimientos en bioética y ética asistencial.

Sus funciones son verificar si la prestación se ha hecho de acuerdo a la ley en dos días, emitir el informe de las solicitudes que se le eleven en el plazo de siete días y comunicarlo al médico responsable en dos días. También tienen la obligación de detectar problemas en la aplicación, elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la LORE en su ámbito territorial de actuación y reunirse de manera coordinada entre ellas y el Ministerio de Sanidad para homogeneizar los criterios entre las diferentes Comunidades Autónomas e intercambiar buenas prácticas.

Si el informe es favorable a la prestación el paciente debe firmar el consentimiento informado y decidir si elige que sea un profesional quien le suministre la medicación o que un profesional se lo prescriba y él mismo se lo administre, así como elegir si desea ser asistido en un centro sanitario público, privado o concertado o en su domicilio o centro sociosanitario. Se reconoce el derecho del paciente a revocar su solicitud en cualquier momento o demorar el momento de administración.

Si en cualquier punto del proceso el paciente recibiera un informe desfavorable, el médico responsable debe informarle de que puede interponer un recurso a la Comisión de Garantías y Evaluación. Si la resolución de la Comisión es desfavorable a la petición el paciente puede recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Una vez consumada la prestación de ayuda a morir el médico responsable debe comunicar a la Comisión la realización de la misma y la muerte como consecuencia de

la eutanasia o suicidio asistido tiene consideración legal de muerte natural y se debe firmar el certificado médico de defunción ordinario.

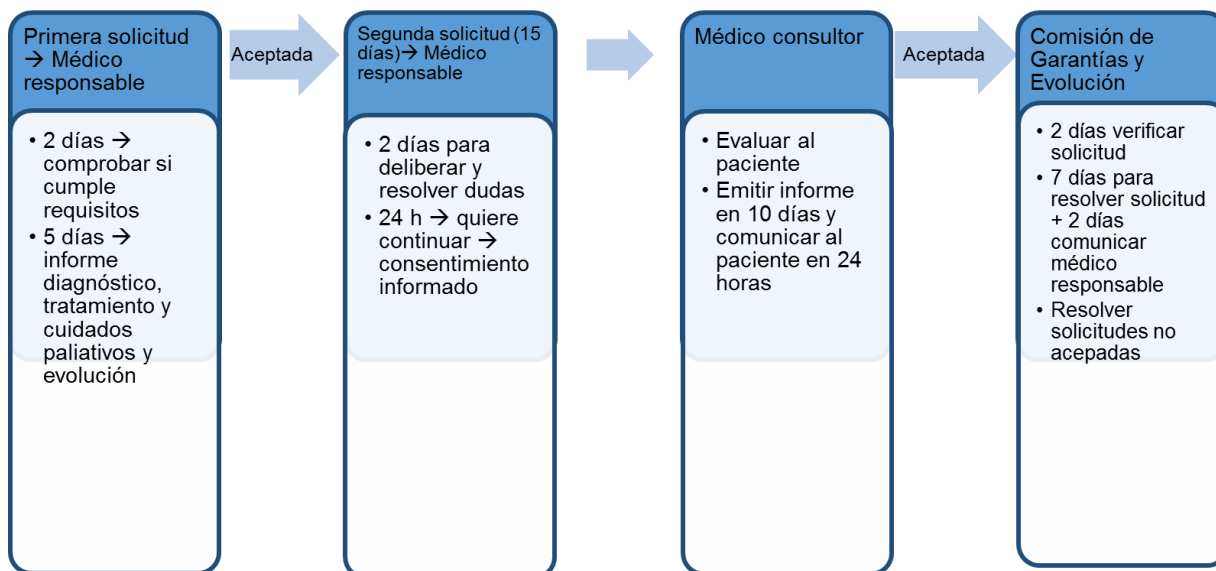


Imagen 1. Resumen con los pasos y plazos que hay que realizar para solicitar la prestación de ayuda para morir. Elaboración propia.

III. APLICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR⁷

La aplicación de la prestación de ayuda para morir implica directamente al médico responsable, a personal de farmacia hospitalaria que dispensa la medicación y al personal de enfermería que la administra al paciente.

Se reconocen dos opciones para la aplicación de la prestación de ayuda a morir: que sea un profesional sanitario quien dispense la medicación, la eutanasia o que sea el propio paciente quien se administre la medicación prescrita por un profesional sanitario, el suicidio médicamente asistido.

El servicio de Farmacia Hospitalaria preparará la combinación de fármacos necesarios en connivencia con el médico consultor y el paciente. Se proporcionarán dos kits por paciente para poder solucionar los imprevistos que surjan o por si hiciera falta aumentar la dosis. Los kits estarán adecuadamente identificados para garantizar su trazabilidad en todo momento y se devolverá a farmacia la parte del material que no haya sido utilizada.

La causa inmediata del fallecimiento se puede dar por una parada respiratoria al inducir el coma o cuando se suministre el relajante neuromuscular, que producirá una parada respiratoria y, secundariamente, una parada cardíaca. Si hubiera acompañantes se les debe informar de cómo será la secuencia mortal. Una vez administrada la mediación se debe acompañar hasta que fallezca el paciente y realizar el certificado médico de defunción.

1. ADMINISTRACIÓN DIRECTA

Para la administración de la medicación es necesario tener canalizada una vía venosa de tamaño grueso y se recomienda tener canalizada una segunda vía periférica y asegurarse de que son permeables antes de iniciar el proceso. Si no fuera posible canalizar adecuadamente vías periféricas se recomienda la canalización de una vía venosa central. En caso de que el paciente disponga de una vía central no está indicado buscar otro acceso venoso.

Se recomienda administrar los fármacos mediante inyección intravenosa directa o en bolo en lugar de utilizar un sistema de infusión para provocar el fallecimiento lo más rápido posible evitando sufrimiento innecesario. Las dosis de fármacos utilizados son 5-10 veces la dosis efectiva en el 95% de la población (ED95).

La secuencia recomendada es realizar premedicación para disminuir el nivel de conciencia antes de inducir el coma, se recomienda midazolam 5-20 mg; a continuación, 40 mg de lidocaína como adyuvante para evitar el dolor de la administración de los fármacos inductores del coma. También se puede usar 1g de sulfato de magnesio en caso de que el paciente tenga alergia a la lidocaína. Para inducir el coma se recomienda la administración lenta de propofol 1000 mg o de tiopental 2000 mg y se debe asegurar que el paciente está en coma antes de proceder a la relajación neuromuscular con atracurio 100 mg, cisatracurio 30 mg o rocuronio 150 mg. Finalmente, se recomienda lavar la vía con suero salino fisiológico para asegurarse de que se ha administrado toda la medicación. En caso de que no se produjera la defunción con estas dosis se debe aumentar la dosis hasta que suceda.

TABLA DE MEDICACIÓN	
Premedicación	Midazolam 5-20 mg/ 30 segundos
Adyuvante	Lidocaína 40 mg / 30 segundos
Inductores del coma	Propofol 1000mg en administración lenta Tiopental 2000mg en administración lenta (alternativa)
Bloqueante neuromuscular	Atracuronio (de elección) 100 mg administración rápida Cisatracurio (de elección) 30 mg administración rápida Rocuronio (de elección) 150 mg administración rápida

Tabla 1. Tabla resumen con los medicamentos recomendados para la eutanasia. Fuente: Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia del Ministerio de Sanidad.

2. AUTOADMINISTRACIÓN

En este caso la vía de administración es oral para que el paciente se pueda autoadministrar los medicamentos prescritos con el fin de acabar con su vida. Se debe cuidar que el paciente sea capaz de deglutir los medicamentos, que no vomite y que no haya problemas para la absorción de los medicamentos por la patología que presente el paciente y por interacción con otros fármacos que estuviera tomando.

Se recomienda tomar una comida ligera, mantener una adecuada hidratación y evitar comidas copiosas con el fin de evitar el vómito o el retraso de la absorción del fármaco. Asimismo, se sugiere que el paciente esté en posición de Flower, es decir, posición semisentada de 45-60° para evitar la regurgitación y que lo mantenga después de la ingestión. También se puede hacer uso de la sonda nasogástrica o de dispositivos de gastrostomía percutánea (PEG) en caso de que el paciente sea portador de las mismas.

Se aconseja tener canalizada una vía venosa periférica por si el paciente vomitase o no se consiguiese el efecto deseado en el tiempo previsto y fuera necesario utilizarla.

Se propone empezar la premedicación con antieméticos una hora antes de tomar el medicamento inductor del coma. Se recomienda usar metoclopramida 30 mg u ondasetrón 8-24 mg o la combinación metoclopramida 20 mg y ondasetrón 8-24 mg. También se puede empezar a tomar los antieméticos 36 horas antes a sus dosis habituales de 10 mg para metoclopramida u 8 mg para ondasetrón. Para decidir uno u otro fármaco el médico responsable se puede guiar por las reacciones adversas más comunes para cada uno, siendo las reacciones extrapiramidales más frecuentes en la metoclopramida y el síndrome serotoninérgico más frecuente con el ondasetrón.

Se puede ofrecer medicación ansiolítica 30-45 minutos antes de la ingesta del inductor del coma y también los días previos, ajustándose al paciente si ya tomaba esta

medicación de manera crónica. Se recomienda usar 1 ó 2 mg de loracepam, 10 ó 25 mg de diacepam o 7,5 ó 15 mg de midazolam.

Para inducir el coma se recomienda una solución oral de 15 g de pentobarbital en 100 mL. Dado que en España no se comercializa este medicamento se puede solicitar al servicio de Farmacia Hospitalaria para que lo elaboren y, en caso de falta de disponibilidad se aconseja usar la vía intravenosa, pudiendo ofrecer al paciente abrir la llave de infusión.

TABLA DE MEDICACIÓN	
Premedicación antiemética	Metoclopramida 30 mg Ondasetrón 8-24 mg Metoclopramida 20 mg y ondasetrón 8-24 mg
Premedicación ansiolítica	Loracepam 1-2 mg Diacepam 10-25 mg Midazolam 7,5-15 mg
Inductores del coma	Pentobarbital 15g en 100mL

Tabla 2. Tabla resumen con los medicamentos recomendados para el suicidio asistido.

Fuente: Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia del Ministerio de Sanidad.

IV. EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS Y LA INCAPACIDAD DE HECHO

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

La decisión para solicitar la prestación de ayuda a morir debe ser autónoma e informada y le compete al médico responsable valorar que el paciente está en condiciones de tomar la decisión independientemente de que el paciente no esté incapacitado legalmente. El médico consultor y la Comisión de Garantías y Evaluación también deben valorar esta circunstancia.⁸

La sospecha se iniciaría por parte del médico consultor cuando se aprecie dificultad para la comprensión o apreciación de las explicaciones dadas así como dificultad para tener un razonamiento coherente o expresar la elección que desee. Como herramientas de apoyo para valorar el deterioro están el cuestionario Minimental State Examination, Aid to Capacity Evaluation (ACE) o MacArthur de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T). Si con la entrevista clínica y las herramientas de apoyo

expuestas no fuera suficiente se debe solicitar interconsulta a personal sanitario experto en valorar estas situaciones. Cuando el deterioro cognitivo o la demencia es leve suelen preservar capacidad para tomar decisiones sobre su estado de salud aunque hay que individualizar todas las situaciones y pacientes.

Por otro lado, se debe garantizar la accesibilidad a las personas que tengan discapacidad para que puedan tanto informarse como prestar el consentimiento informado y no confundirlo con diferencias culturales o dificultades en la comunicación secundarias a la discapacidad o falta de información por parte de los sanitarios.

En el artículo 5.2 de la LORE se prevé el caso en que el paciente no pueda expresar el consentimiento informado y haya previsto en el documento de Instrucciones Previas su voluntad de morir llegadas las circunstancias que considere oportunas y de acuerdo a los preceptos de la ley. En estos casos sería la solicitud la debe promover el representante en caso de que lo haya o el médico responsable en caso de que ninguna persona que pueda presentar la solicitud de prestación de ayuda para morir. No obstante, la ley prohíbe expresamente “la participación de quien incurra en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia”.

El origen de los testamentos vitales “Living Will”, documentos de instrucciones previas y/o voluntades anticipadas, está en EE. UU, el primer Estado que lo legalizó fue California en 1976 con una ley denominada “Natural Death Act” (acta sobre la muerte natural) que entró en vigor en 1977.⁹

En nuestro país el Registro de Instrucciones Previas surgió a raíz de la Ley 42/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica,¹⁰ que reconoce en su artículo 11 este derecho para todas las personas mayores de edad, en ejercicio de su capacidad y libertad. La Junta de Castilla y León promulgó el Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario¹¹ y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, donde se puntualiza la aplicación.

Se trata un registro administrativo regional, dependiente de las comunidades autónomas, y coordinado a través del Ministerio de Sanidad en forma de Registro Nacional de Instrucciones Previas para que dicho documento tenga validez nacional. Debe quedar constancia en la historia clínica de que ha presentado este documento para que se pueda consultar fácilmente. Se puede formalizar el documento ante notario, ante personal al servicio de la Administración o ante tres testigos.

En él se expresan por escrito y con antelación las decisiones sobre cuidados sanitarios en perspectiva a una situación futura en la que resulte imposible expresar la voluntad. También se recoge la información sobre los deseos en el final de la vida respecto a los cuidados paliativos, la aplicación de medidas extraordinarias que prolonguen la vida artificialmente, deseo de solicitud de eutanasia y sobre donación de órganos o destino del cuerpo una vez fenecido. Asimismo, se puede nombrar un representante que haga de interlocutor con el equipo sanitario para ayudar a interpretar tus intereses. Estas decisiones pueden revocarse o modificarse en todo momento y tiene validez el último documento presentado. No se podrán aplicar aquellas peticiones que sean contrarias a la *lex artis* médica, que sean contrarias al ordenamiento jurídico o que no se correspondan con la situación prevista.

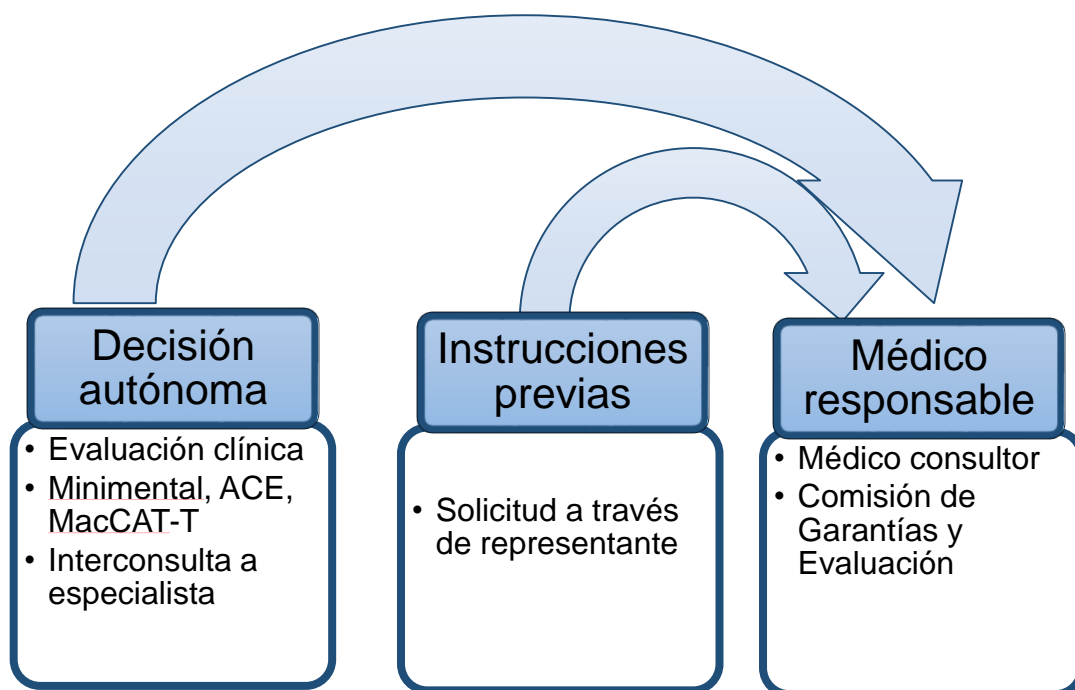


Imagen 2. Esquema con los recursos y responsables de evaluar la incapacidad de hecho de un paciente que solicite la prestación de ayuda para morir y de la posibilidad de que un representante presente la solicitud con el documento de Instrucciones Previas.

En los gráficos 1, 2 y 3 se puede ver el número total de Documentos de Instrucciones Previas inscritas en el Registro Nacional de Instrucciones Previas del Ministerio de Sanidad, que son un total 374.400 hasta abril del año 2022. Se observa que por Comunidades Autónomas es Cataluña la que tiene un mayor número de documentos

inscritos con un total de 104.924, también hay que tener en cuenta que Cataluña ya en el año 2000 se podían realizar estos documentos, por lo que fue en la que primero se pudieron realizar estos documentos antes que en el resto de España. Le sigue Andalucía y Madrid con 46.674 y 37.299 documentos respectivamente. Por tramos de edad son las personas mayores de 65 años las que en más de la mitad de los casos (57 %) han inscrito el Documento de Instrucciones Previas.¹²

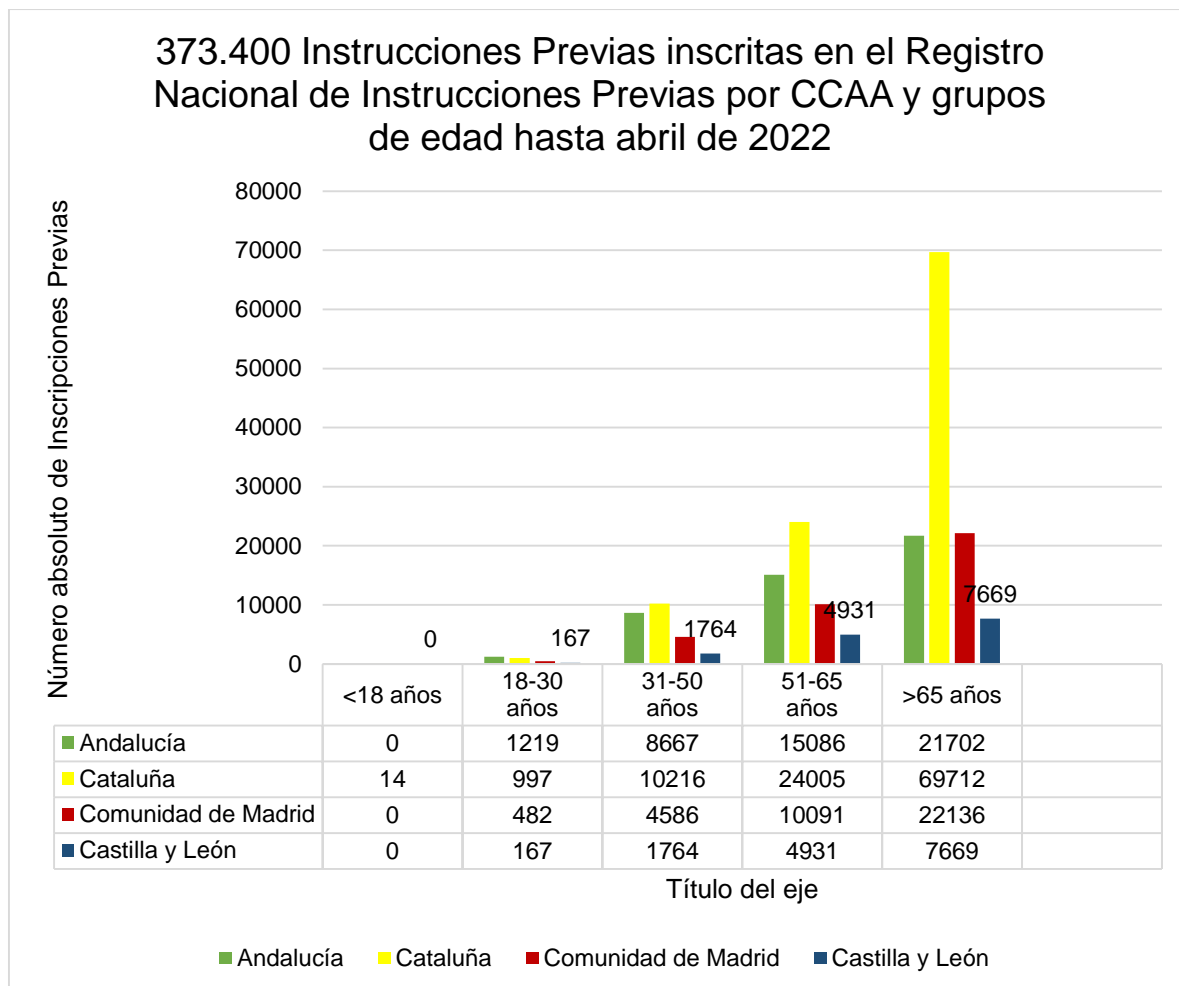


Gráfico 1. Fuente: datos del Registro Nacional de Inscripciones Previas Ministerio de Sanidad. Elaboración: Dra. Martínez León.

Si analizamos los datos en tasas por 1.000 habitantes, la media española en abril de 2022 son 7,88 por 1.000 habitantes. Castilla y León tiene una tasa de 6,10 por 1.000 habitantes mientras que Andalucía tiene 5,51; Cataluña 13,52 y la Comunidad de Madrid 5,52. La comunidad con mayor tasa de Instrucciones Previas es Navarra con 19,19, seguida de País Vasco con 16,62. Las comunidades con menor tasa de Instrucciones Previas, exceptuando las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla con una tasa de 1,12; son Extremadura con una tasa de 2,33 y la Región de Murcia con 3,84.¹³

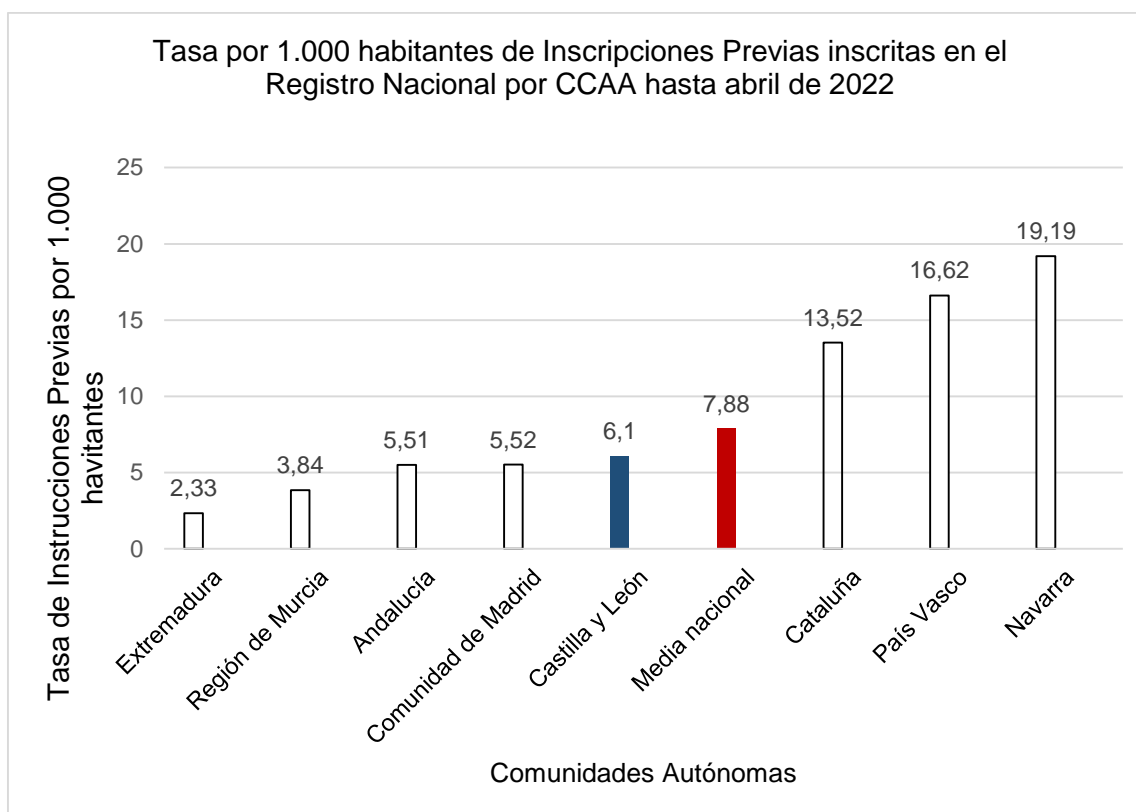


Gráfico 2. Fuente: datos del Registro Nacional de Inscripciones Previas Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

En cuanto al sexo de las personas, las mujeres han presentado 225.804 inscripciones que representan un 63 % del total de los Documentos de Instrucciones Previas en comparación con 135.049 inscripciones presentadas por hombres, que representan un total del 37%.¹⁴

Por nacionalidad, son las personas con nacionalidad española han presentado un total de 339.006 inscripciones que representan un 91 % del total, mientras que las personas con otras nacionalidades han presentado 34.394 inscripciones, que representan un 9% del total.¹⁵

En Castilla y León observamos como a lo largo de estos últimos años han ido creciendo el número de documentos inscritos de Instrucciones Previas. Habrá que ver lo que ocurre a lo largo de estos meses desde la entrada en vigor de la LORE y observar si aumentan las personas que realicen este tipo de documentos.

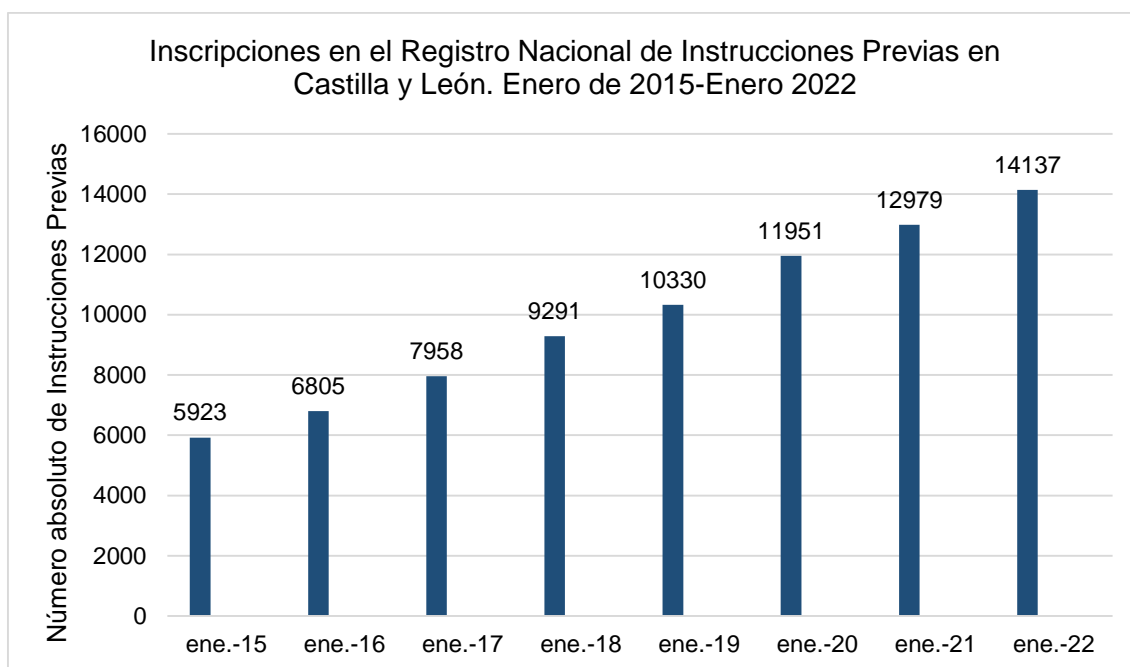


Gráfico 3. Fuente: datos del Registro Nacional de Inscripciones Previas Ministerio de Sanidad. Elaboración: Dra. Martínez León.

V. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia es una decisión individual que busca eximir al individuo de la realización de un deber. A diferencia de la desobediencia civil o de la insumisión, no busca cambiar la ley ni niega su legitimidad. La decisión tiene un carácter individual motivado en razones de conciencia, por tanto, no puede tener carácter institucional o de servicio.

La Constitución Española no reconoce con carácter general el derecho a la objeción de conciencia pero la jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha reconocido especialmente este derecho hacia los profesionales sanitarios para prácticas como la interrupción voluntaria del embarazo o técnicas de reproducción asistida.

La LORE reconoce en su artículo 16 el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Se aplica a todos los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda a morir, no únicamente a los médicos responsable y consultor.

Si un médico de referencia objetor de conciencia recibe la solicitud tiene el deber de informar al paciente de su condición de objetor de conciencia, recibir y firmar la solicitud e informar al Coordinador del Equipo de Atención Primaria o al Jefe de Servicio de que ha recibido la solicitud así como la información clínica del paciente. Asimismo, informará

al Trabajador Social para que informe al paciente de las prestaciones sociales y atención a la dependencia.

Por su parte, los Coordinadores de Equipo de Atención Primaria o Jefes de Servicio deben colaborar en la búsqueda de un médico responsable al que asignar la solicitud de ayuda para morir. Para ello pedirán permiso para consultar el registro de objetores y contactarán a aquellos profesionales que no estén inscritos como objetores dentro del Equipo de Atención Primaria o del Servicio hospitalario. Dependiendo a quién haya consultado el paciente se buscará primero entre el Equipo de Atención Primaria si consultó a su Médico de Atención Primaria o entre el Servicio hospitalario si consultó a otro especialista.

Si nadie quiere hacerse cargo de la solicitud, se continuaría buscando de manera opuesta, es decir, se consultaría a un médico del hospital que haya seguido el proceso del paciente si el paciente consultó en Atención Primaria; se consultaría con el médico de familia del paciente si consultó en el hospital. Si sigue sin encontrarse un médico responsable se seguiría buscando en Centros de Salud adyacentes a la Zona Básica de Salud del paciente y en los Servicios hospitalarios con formación en las patologías del paciente. Finalmente, si nadie se hace responsable de la solicitud se notificaría la incidencia en la Dirección General de Asistencia Sanitaria.¹⁶

La decisión de acogerse a la objeción de conciencia para la prestación de ayuda a morir debe expresarse de manera anticipada y por escrito y se demanda a las administraciones sanitarias a generar un registro de objetores de conciencia con el fin de garantizar la gestión de la demanda.

La inscripción en el registro se limita a los profesionales directamente implicados con la práctica con el fin de minimizar la cantidad de datos personales con los que se trata y proteger a las personas físicas que se acojan a esta condición. Los datos requeridos son personales (nombre y apellidos, DNI o pasaporte y correo electrónico) y profesionales (titulación, centro y servicio en el que presta servicios). Se puede denegar la inscripción en el Registro si no se cumplen los requisitos o no se está implicado de manera directa en dicha práctica. Los profesionales que cambien de postura y así lo deseen pueden revocar su decisión en cualquier momento.

El Registro es único para toda la Comunidad de Castilla y León y está adscrito a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad. El acceso a los datos queda limitado al propio profesional inscrito y a los Gerentes de Atención Primaria, Gerentes de Atención Especializada, Gerentes de la Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud y a quien lleve la gestión asistencial en centros privados. El acceso

a estos datos queda motivado en el ejercicio de sus funciones y justificando la necesidad.

La protección de los datos está amparada por el Reglamento del Parlamento Europeo y por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Por tanto, deben custodiarse con la debida confidencialidad y sólo se permite su utilización con fines exclusivamente organizativos, de archivo, estadísticos o científicos.¹⁷

Un total de 415 profesionales sanitarios de Castilla y León ha solicitado el formulario para su adhesión al registro de objetores de conciencia ante la eutanasia, según ha informado desde la Junta de Castilla y León. En la Comunidad de Madrid habría 2.600 profesionales se habían inscrito como objetores.

Como podemos en la tabla, de las 415 solicitudes de objeción de conciencia, 13 han sido presentadas por profesionales de Ávila; 39 de Burgos; 29 de León; 23 de Palencia, 150 de Salamanca, 15 de Segovia, dos de Soria, 110 de Valladolid y 6 de Zamora, a los que hay que sumar otras 28 solicitudes procedentes de personal sanitario que trabaja en centros privados o en centros que no pertenecen a la Gerencia regional.¹⁸

Provincia	Número de profesionales objetores
Salamanca	150
Valladolid	110
Burgos	39
León	29
Palencia	23
Segovia	15
Ávila	13
Zamora	6
Soria	2
Centros privados	28
Total	415

Tabla 3. Fuente: Datos de la Junta de Castilla y León. Elaboración: Dra. Martínez-León.

Por su parte, la Asociación Derecho a Morir Dignamente lanzó la iniciativa “Médicos por la eutanasia” donde se pueden inscribir los profesionales que voluntariamente quieran ofrecerse a realizar esta práctica. A día 15 de mayo de 2022 hay 811 firmas a nivel nacional.¹⁹

VI. CASOS PRACTICADOS DE EUTANASIA EN ESPAÑA

La falta de publicación del Informe Anual de los datos oficiales por parte de las Comisiones de Garantías y Evaluación de las Comunidades Autónomas acerca de cuántas eutanasias se ha realizado y cuántas solicitudes se han denegado complica hoy, el estudio y análisis de los casos reales de eutanasia practicados en España. Solamente contamos con reseñas y artículos periodísticos de divulgación para poder comentar los casos practicados en España, como se desarrolla a continuación.

El Primer caso de la eutanasia en España fue una mujer de Durango de 86 años, la primera en valerse de la eutanasia en España el día 23 de julio de 2021. De esta forma, ha podido cumplir la voluntad que escribió hace diez años en su testamento, al ver que su salud estaba decayendo progresivamente y no podría valerse por sí misma.

El segundo caso eutanasia en España, se realizó en Alicante, la solicitante, viuda y sin familia, se encontraba en condiciones de alta dependencia, lo que la obligó a vivir los últimos meses en una residencia. Ingresó en el hospital el 9 de agosto de 2021, llevaba mucho tiempo expresando su deseo de morir, dado el proceso degenerativo que sufría desde hacía dos décadas. A pesar de que su capacidad mental se mantuvo intacta hasta el final, no contaba con apoyo familiar.

El primer caso de eutanasia en Castilla y León se realizó el 25 de octubre de 2021, fue una mujer vallisoletana, que sufría un estado muy avanzado de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), asistida por un equipo médico de la Sanidad Pública (Sacyl) compuesto por un facultativo y un enfermero se presentaron en su domicilio para cumplir con la prestación médica. La enferma había solicitado y cumplía todos los trámites que exige la Ley de Eutanasia, incluidos los informes que debe aprobar por partida doble la Comisión de Garantías que regula desde su creación el cumplimiento del derecho a la eutanasia.

Para recoger datos sobre los 6 primeros meses de eutanasia, el diario ABC ha necesitado recurrir a varios periodistas y consultar a cada consejería de Sanidad del país. Algunas han respondido dando datos: Cataluña, País Vasco, Valencia, Madrid, Galicia, Murcia, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Navarra. Las otras 7 no dan información, alegando que la ley sólo les exige pasar un informe anual al Ministerio de Salud. Según estos datos parciales, 130 personas han pedido la eutanasia en 2021 en España y unas 50 la recibieron antes de acabar el año.

El País Vasco, con apenas 2,1 millones de habitantes, presenta unas cifras de eutanasia asombrosamente altas y atendidas con rapidez, con 130 empezaron trámites, 50 eutanasias practicadas.

En ninguno de ellos se autoadministró el veneno. Todo es eutanasia, no hay suicidio asistido.

En Cataluña a finales de 2021 se contabilizaban 53 peticiones recibidas en Cataluña: sólo 3 se denegaron por no cumplir los requisitos, otros 6 murieron de causas naturales. En la Comunidad de Madrid, había habido 10 solicitudes, con 3 enfermos ya eutanasiados en sus domicilios y otros 2 con la ejecución ya aprobada. En Galicia habría habido 9 peticiones, con al menos un enfermo de cáncer eutanasiado ya. La administración andaluza es quizá la menos entusiasta de la eutanasia y también de las que menos datos da. Con una Ley de Muerte Digna desde 2010, su estructura de cuidados paliativos y alternativas terapéuticas es muy amplia. Las asociaciones eutanásistas hablan de 12 personas interesadas en pedirla, pero no hay constancia de que ningún caso haya superado los primeros trámites.

El sistema sanitario parece haber ejecutado al menos 50 eutanasias en seis meses, Cataluña y el País Vasco son las regiones con más muertes solicitadas y practicadas, según datos facilitados de las Consejerías de las diferentes Comunidades Autónomas, publicadas por el Diario ABC (Ver gráfico en el anexo), datos que pueden no ser del todo reales habida cuenta de que todavía no se han publicado datos oficiales del Informe Anual que tendrán que publicar todas las Comisiones de Garantías y Evaluación de las Comunidades Autónomas. Hasta entonces estos son los datos con los que podemos contar de los casos de eutanasia practicados y solicitados.²¹

7. CONCLUSIONES

De la revisión bibliográfica realizada en este Trabajo Fin de Grado se derivan las siguientes conclusiones:

1. La Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, entró en vigor el pasado 25 de junio de 2021 convirtiendo lo que antes era un delito en un derecho y generó diferentes posturas entre quienes celebraban la aprobación de un derecho civil vinculado a la libertad individual y al principio de autonomía y quienes temían que, ante la carencia de Unidades de Cuidados Paliativos suficientemente dotadas, se generara una “pendiente resbaladiza” para aplicar la eutanasia a pacientes que podrían beneficiarse de otras oportunidades no ofertadas.
2. Por los requisitos, solicitudes y evaluaciones por diferentes médicos y la Comisión de Garantías y Evaluación que deben hacerse para que se pueda llegar a aplicar la eutanasia o el suicidio asistido, la LORE ha sido catalogada como una ley garantista. Por otra parte, debería cuidarse y facilitar el acceso a

- los trámites burocráticos es accesible a personas con un estado de salud sumamente frágil.
3. Desde la petición de la primera solicitud hasta que se podría aplicar la eutanasia, contando con que todos los informes son favorables, transcurrirían un mínimo de 35 a 45 días. Habría que analizar qué se les podría ofrecer a pacientes con una esperanza de vida menor y un sufrimiento insoportable que no pueda ser aliviado adecuadamente.
 4. En Castilla y León observamos como a lo largo de estos últimos años han ido creciendo el número de documentos inscritos de Instrucciones Previas. Habrá que ver lo que ocurre a lo largo de estos meses desde la entrada en vigor de la LORE y observar si aumentan las personas que realicen este tipo de documentos.
 5. Un total de 415 profesionales sanitarios de Castilla y León ha solicitado el formulario para su adhesión al registro de objetores de conciencia ante la eutanasia, según ha informado desde la Junta de Castilla y León. En la Comunidad de Madrid habría 2.600 profesionales se habían inscrito como objetores.
 6. Uniendo el poco tiempo que lleva en vigor la LORE, que hay recursos en el Tribunal Constitucional pendientes de resolución y que las Comisiones de Garantías y Evaluación Autonómicas no han publicado los datos acerca de las eutanasias realizadas, solamente podemos decir que, el sistema sanitario parece haber ejecutado al menos 50 eutanasias en seis meses, Cataluña y el País Vasco son las regiones con más muertes solicitadas y practicadas.
 7. Una línea de investigación futura podría ser el realizar una comparación entre las diferentes Comunidades Autonómicas cuando contemos con los datos oficiales de los Informes Anual que la LORE obliga a publicar a todas las Comisiones de Garantías y Evaluación Autonómicas y, a su vez, compararlos con otros países del entorno, así como la evolución longitudinal de las eutanasias realizadas y cómo se garantiza la igualdad entre ciudadanos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín oficial del estado, 24 de noviembre de 1995, núm 281. Consultado el 15 de mayo de 2022.
2. Reglamento del Congreso de los Diputados de 10 de febrero de 1982. TÍTULO V del procedimiento legislativo. Artículos 130-132. Consultado el 15 de mayo de 2022.

3. Nota Informativa Nº 81/2021. El Pleno del TC admite a trámite el recurso de inconstitucionalidad presentado por el PP contra la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia.
4. Nota Informativa Nº 68/2021. El Pleno del TC admite a trámite el recurso de inconstitucionalidad presentado por Vox contra la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia.
5. Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. Julio, 2011. Consultado el 15 de mayo de 2022.
6. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín oficial del estado, 25 de marzo de 2021, núm 72. Consultado el 15 de mayo de 2022.
7. Ministerio de Sanidad. Manual de buenas prácticas en eutanasia. Parte 5. Procedimiento para la realización de la prestación. Consultado el 15 de mayo de 2022. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
8. Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho. Consultado el 15 de mayo de 2022. Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/1913431-Protocolo%20de%20valoracion%20de%20la%20situacion%20de%20la%20incapacidad%20de%20hecho%20.pdf>
9. Martínez Baza P. ANTROPOLOGIA DE LA EUTANASIA. Discurso Inaugural para la Solemne Sesión Inaugural del Curso Académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, celebrado el día 30 de enero de 1992: 103-110.
10. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín oficial del estado, de 15 de noviembre de 2002, núm. 274, Consultado el 15 de mayo de 2022.
11. Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. BOCyL, de 28 de marzo de 2007, 62/2007. Consultado el 15 de mayo de 2022.
12. Nº INSCRIPCIONES EN EL RNIP DESDE SINCRONIZACION COMPLETA DE LOS REGISTROS AUTONOMICOS. Ministerio de Sanidad. Consultado el 15 de mayo de 2022. Disponible en:
http://www.msrebs.es/ca/ciudadanos/rnip/doc/Documentos_2021/2021_Numero_de_Inscripciones_en_el_Registro_Nacional_de_Instrucciones_Previas_desde_la_sincronizacion_completa_de_los_Registros_Autonomicos-Enero_2021.pdf

13. DECLARANTES CON IP ACTIVA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y GRUPOS DE EDAD. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Abril 2022. Ministerio de Sanidad. Consultado el 15 de mayo de 2022. Disponible en: http://www.msbs.es/ca/ciudadanos/rnip/doc/Documentos_2022/ABRIL-2022/Declarantes_con_Instruccion_Previa_Activa_por_Comunidad_Autonomay_grupos_de_edad_Abril_2022.pdf
14. DECLARANTES CON IP ACTIVA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y SEXO. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Abril 2022. Ministerio de Sanidad. Consultado el 15 de mayo de 2022. Disponible en: http://www.msbs.es/ca/ciudadanos/rnip/doc/Documentos_2022/ABRIL-2022/Declarantes_con_Instruccion_Previa_Activa_por_Comunidad_Autonomaysexo_Abril-2022.pdf
15. NACIONALIDAD DE LOS DECLARANTES DE LAS INSTRUCCIONES PREVIAS ACTIVAS. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Abril 2022. Ministerio de Sanidad. Consultado el 15 de mayo de 2022. Disponible en: http://www.msbs.es/ca/ciudadanos/rnip/doc/Documentos_2022/ABRIL-2022/Nacionalidad_de_los_declarantes_de_las_Instrucciones_Previas_Activas_Abril-2022.pdf
16. Incidencias habituales en la tramitación de la prestación de la ayuda para morir. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud. 22 de octubre de 2021.
17. Decreto 5/2022, de 11 de marzo, por el que se crea el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia para la prestación de ayuda para morir. BOCyL Núm. 51 Martes, 15 de marzo de 2022 Pág. 11410. Consultado el 15 de mayo de 2022.
18. 415 sanitarios se inscriben en el registro de objeción de conciencia ante la eutanasia. Europapress/Castilla y León. [Internet]. Publicado: 11 de marzo de 2022. Consultado el 15 de mayo de 2022. Disponible en: <https://www.europapress.es/castilla-y-leon/noticia-video-415-sanitarios-inscriben-registro-objecion-conciencia-eutanasia-20220311143736.html>
19. Médicos por la eutanasia. [Internet]. Consultado el 15 de mayo de 2022. Disponible en: <https://www.medicosporlaeutanasia.com/firmantes>
20. Martínez-León M, Feijoo Velaz J, Queipo Burón D, Martínez-León C. Estudio médico legal de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España en comparación con el resto de los países que regulan la eutanasia y/o el suicidio asistido. Revista española de Medicina Legal. 24 de enero de 2022. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2022.01.003>

21. El sistema sanitario ha ejecutado al menos 50 eutanasias en seis meses. [Internet]. Consultado el 15 de mayo de 2022. Disponible en: https://www.abc.es/sociedad/abci-sistema-sanitario-ejecutado-menos-50-eutanasias-seis-meses-202201021950_noticia.html

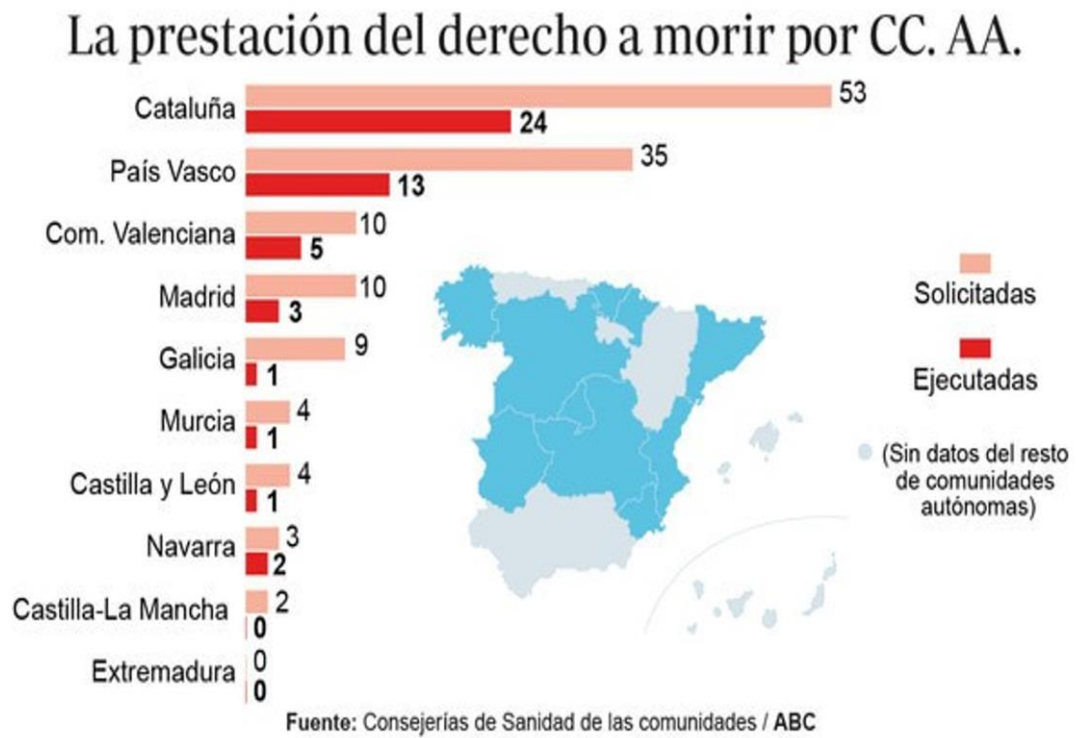
AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi tutora, la Dra. Martínez León por el apoyo, los recursos y el cariño que siempre me ha dedicado a lo largo de todo este proceso, por solucionar todas las dudas con paciencia y por hacer del trabajo una labor sencilla y apasionante y no un peso imposible.

Gracias también a todas las personas que me han sostenido, acompañado y cuidado para que este trabajo haya podido llegar a suceder y para ser quien soy.

Gracias a todas las personas que dediquen tiempo en leer este trabajo.

ANEXOS





ESTUDIO SOBRE EL DESARROLLO DE LA APLICACIÓN DE LA LEY DE EUTANASIA EN CASTILLA Y LEÓN.

TRABAJO DE FIN DE GRADO. CURSO 2021-22.

Lara Sanz Martín. Tutora: Mercedes Martínez León.

INTRODUCCIÓN

- La entrada en vigor de la Ley de eutanasia convirtió un delito en un derecho para los ciudadanos y en un deber para Sistema Nacional de Salud en lo relativo a la aplicación, registro de objetores de conciencia y creación de Comisiones de Garantías.

OBJETIVOS

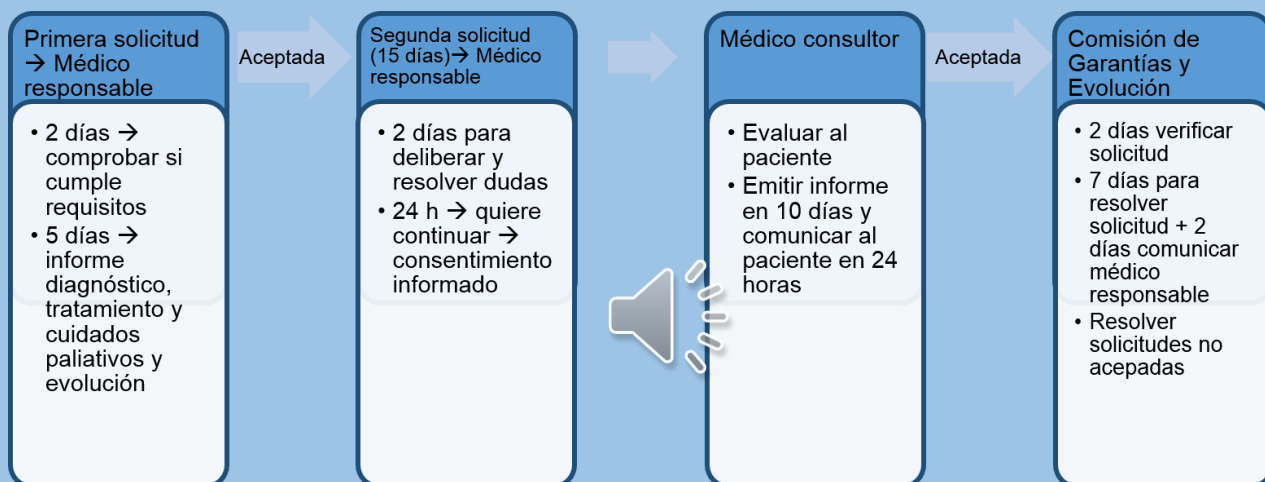
- Analizar la aplicación de la Ley en condiciones reales, la objeción de conciencia sanitaria y la importancia de la realización del documento de Instrucciones Previas y los casos prácticos realizados.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Revisión bibliográfica de trabajos universitarios e investigaciones, así como publicaciones científicas en bases de datos como Pubmed y Cochrane y de la legislación y protocolos estatal y autonómico.

DESARROLLO DEL TEMA

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR



EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS Y LA INCAPACIDAD DE HECHO



OBJECIÓN DE CONCIENCIA

- Objeción de conciencia**
- Anticipada
 - Por escrito
 - Registro de objetores

CONCLUSIONES

- La LORE ha sido calificada como una ley garantista por los requisitos y solicitudes que hay que realizar para que pueda llegarse a producir la eutanasia.
- Se observa un crecimiento en el Registro de Instrucciones Previas por parte de la ciudadanía, habrá que observar si aumenta su número.
- Un total de 415 profesionales sanitarios se han inscrito como objetores en Castilla y León.
- Una línea de investigación futura podría ser el realizar una comparación entre las diferentes Comunidades Autónomas y, a su vez, compararlos con países del entorno.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho.
- Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.

373.400 Instrucciones Previas inscritas en el Registro Nacional de Instrucciones Previas por CCAA y grupos de edad hasta abril de 2022

