



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“EUTANASIA Y TRABAJO SOCIAL”

Autora:

D^a. Teresa Gómez González

Tutor:

D. Pablo de la Rosa Gimeno

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2021-2022

FECHA DE ENTREGA: 27 de junio de 2022

“Si se nos da la opción entre una muerte dolorosa y otra sencilla y apacible ¿por qué no escoger esta última? Del mismo modo que elegiré la nave en que navegar y la casa en que habitar, así también la muerte con que salir de la vida.”

(Séneca, Cartas a Lucilio, ep. 70)

ÍNDICE

RESUMEN.	5
Palabras clave.	5
ABSTRACT.	5
Key words.	5
PRESENTACIÓN.	6
Objeto, objetivos y metodología.....	6
Justificación.	7
1. INTRODUCCIÓN.	8
1.1. Concepto de “muerte”.....	8
1.2. Concepto de “eutanasia”.	8
1.3. Acercamiento al Trabajo Social y al Trabajo Social Sanitario.	8
2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA EUTANASIA Y LA MUERTE DIGNA.	10
2.1. Surgimiento e hitos históricos.	10
2.2. La eutanasia en la Edad Antigua.	11
2.3. La eutanasia en la Edad Media.	12
2.4. La eutanasia en la Edad Moderna.....	12
2.5. La eutanasia en la Edad Contemporánea.	13
3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN ESPAÑA.	14
3.1. Marco jurídico y legal.	14
3.2. Tipos.	16
3.3. Documento de instrucciones previas/voluntades anticipadas.	18
3.4. Confrontación con la Constitución Española y el Código Penal.	19
3.5. Aplicaciones desde su aprobación.	21
4. DIFERENCIACIÓN ENTRE EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y SEDACIÓN TERMINAL.	22
4.1. ¿Qué es el suicidio asistido?	22
4.2. ¿Qué es la sedación terminal?	22
4.3. Diferencias respecto al concepto de eutanasia.	22
5. APROXIMACIÓN INTERNACIONAL A LA EUTANASIA: ESTUDIO COMPARATIVO.	24
5.1. La eutanasia en varios países de Europa.	24
5.1.1. Holanda.	24
5.1.2. Polonia.	24
5.1.3. Suiza, Alemania y Austria.	25
5.2. La eutanasia fuera de Europa.	25

5.2.1. Estados Unidos.....	25
5.2.2. Argentina.....	26
5.2.3. Australia.	26
6. POSICIÓN Y ACTUACIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA.	28
6.1. Papel del Trabajo Social al final de la vida.	28
6.2. Dimensión social de la eutanasia.	29
6.3. Modos de intervención desde el Trabajo Social Sanitario.	30
6.4. Relación respecto al Código Deontológico de Trabajo Social.	31
7. IMPLICACIONES Y POSTURAS ÉTICAS.....	33
7.1. Influencias religiosas, políticas y morales.....	33
7.2. El derecho a morir dignamente.	34
7.3. Objeción de conciencia.	35
8. CONCLUSIONES.	37
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	40
10. REFERENCIAS LEGALES.	46
11. ANEXOS.....	48
Anexo I. Modelo 1ª solicitud: eutanasia.	48
Anexo II. Modelo documento consentimiento informado: eutanasia.	51
Anexo III. Modelo documento: instrucciones previas.....	56
Anexo IV. Modelo solicitud: registro de instrucciones previas.....	60

RESUMEN.

El Trabajo Social es una profesión que asume un papel importante en el proceso del final de la vida y, por tanto, también en relación con la eutanasia. En el presente trabajo, mediante una revisión de la bibliografía especializada, se trata de facilitar una visión global de un nuevo derecho reconocido en el año 2021 en España: la prestación de ayuda para morir.

El presente trabajo aborda la eutanasia desde su definición conceptual hasta su evolución histórica, así como su reconocimiento en la actualidad a nivel legal, normativo, ético, internacional y desde el posicionamiento y las actuaciones de la profesión de Trabajo Social, especialmente en el ámbito sanitario. Asimismo, con el objetivo de precisar la noción de "eutanasia" y su relación con la muerte digna, se hace una diferenciación entre varios términos similares.

Palabras clave.

Eutanasia, suicidio asistido, Trabajo Social, muerte digna, Trabajo Social Sanitario.

ABSTRACT.

Social Work is a profession that plays a significant role in the end-of-life process and, therefore, in the debate on euthanasia. The goal of this work is to provide a global vision of the provision of assistance in dying, a new right recognized in Spain in 2021, through a review carried out from specialized bibliography.

This work approaches the euthanasia from its conceptual definition to its historical evolution; and is explained as well as its current recognition at a legal, regulatory, ethical, and international level. More than that, an in-depth perspective from the position and actions of the Social Work profession, particularly in the health field, is given. Likewise, in order to have a straightforward notion of "euthanasia" and its relationship with a dignified death, a differentiation is made between several similar terms.

Key words.

Euthanasia, assisted suicide, Social Work, dignified death, Medical Social Work.

PRESENTACIÓN.

A continuación, se detallan el objeto, los objetivos y la metodología que se va a seguir en la redacción del presente Trabajo de Fin de Grado; así como su justificación.

Objeto, objetivos y metodología.

Objeto.

El objeto del presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) es: La eutanasia en España y el papel del Trabajo Social en su aplicación.

Objetivos.

Del anterior objeto se derivan una serie de objetivos:

Objetivo general.

- Conocer la situación actual de la eutanasia en España y la implicación del Trabajo Social en el proceso de su aplicación.

Objetivos específicos.

- Informar y contextualizar en la actualidad de la eutanasia y el suicidio asistido en España.
- Analizar la evolución de la eutanasia y la muerte digna a lo largo de la historia.
- Mostrar las diferencias entre la eutanasia, el suicidio asistido y la sedación terminal.
- Estudiar y conocer la posición y las actuaciones del profesional del Trabajo Social en el proceso de intervención al final de la vida.
- Examinar las diferentes implicaciones y posturas éticas en relación con la eutanasia.
- Comparar la situación en diferentes países acerca de su legalización y aplicación.

Metodología.

La metodología que se va a seguir para la elaboración de este trabajo está basada en la revisión de fuentes documentales. Posteriormente se realizará un análisis de esa información. Mediante dicho diseño se llevará a cabo una representación del contenido anteriormente marcado, facilitando su posterior consulta si esta fuese necesaria.

Justificación.

El tema de la eutanasia es algo que siempre ha estado presente en las sociedades y culturas de los distintos países, con posicionamientos a favor y en contra de ella. En España, actualmente, es una cuestión muy novedosa debido a su reciente regulación mediante la Ley Orgánica 3/2021. Esta fue aprobada hace poco más de un año, haciéndose efectiva hace tan sólo diez meses, como respuesta a las diferentes demandas y casos, que se convirtieron, no solo en conocidos, sino incluso virales.

Por esa razón, desde mi punto de vista, ha pasado a considerarse hoy en día un tema de gran interés y relevancia entre la población, entre los que se incluye a los trabajadores sociales. Este nuevo derecho implica que gran parte de los profesionales que intervienen en la vida de las personas, ya sea a nivel social o sanitario, vayan a hacer frente a una nueva responsabilidad tanto laboral (especialmente los que intervienen en el ámbito sanitario) como personal.

Además, a nivel particular, me parece que se trata de un tema muy atractivo que tiene gran repercusión en los derechos de las personas. Por esto, considero que es un tema al que hay que prestar gran atención para que pueda ser llevado a cabo con todas las seguridades, y amparando dichos derechos, que son inherentes y fundamentales. A todo ello hay que añadir el escaso conocimiento que se tiene sobre la implicación del profesional del Trabajo Social en estas circunstancias o procesos de intervención.

Debido a todo ello, el presente trabajo tratará de plasmar una serie de contenidos directamente relacionados entre los que se encontrarán: una breve evolución histórica de la concepción de eutanasia, la contextualización en nuestro país en vista de que, presumiblemente, será algo bastante solicitado y requerido en nuestra sociedad actual; la intervención y responsabilidades de la profesión que nos ocupa en la intervención al final de la vida; la diferenciación entre varios conceptos similares al de eutanasia; y la ética en este proceso o las diferentes posturas de diversos países en el tratamiento de este tema.

De esta forma, mediante una revisión de la literatura o bibliografía especializada, se pretende conseguir reflejar todos los asuntos y cuestiones que rodean al concepto de eutanasia y así poder tener una visión global de la temática en su conjunto y sobre todo de su relación con la profesión de Trabajo Social.

1. INTRODUCCIÓN.

Como introducción al tema que se va a tratar, se definirán brevemente los conceptos clave: la muerte, la eutanasia y el Trabajo Social, haciendo hincapié en el ámbito sanitario.

1.1. Concepto de “muerte”.

“Muerte” según la Real Academia Española (2022) es la “Cesación o término de la vida”. Proviene del latín “mors, mortis”.

En los humanos la muerte es algo que forma parte de la vida y, de hecho, normalmente se lleva a cabo un culto a los fallecidos, de quienes se tiene la convicción de que, a pesar de ya no estar en este mundo, viven o se mantienen en otra dimensión. Es decir, para los seres humanos morir no implica solo algo biológico, sino también ideológico o emocional (Villamizar Rodríguez, 2002).

1.2. Concepto de “eutanasia”.

La palabra eutanasia, proveniente del griego, significa según su etimología, “buena muerte” o “buen morir” (eu- hace referencia a “bien” y -thanatos a “muerte”).

Es definida por la Ley española de regulación de la eutanasia como la actuación deliberada y directa de poner fin a la vida de una persona con el fin de impedir su sufrimiento. Ella misma es la que, voluntariamente decide y expresa su intención y decisión de morir. Esto se lleva a cabo en un contexto en el que el propio paciente considera que su sufrimiento, físico o psíquico, es intolerable, y además no puede atenuarse por ningún otro medio (Ley de regulación de la eutanasia, 2021).

1.3. Acercamiento al Trabajo Social y al Trabajo Social Sanitario.

Son muchos los autores que han llevado a cabo aproximaciones del concepto de Trabajo Social. Entre ellos María José Aguilar, Manuel Moix, Natividad de la Red, o Jorge Torres Díaz. Sin embargo, se adoptará la definición propuesta por la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social y la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, consensuada en Melbourne.

Definen al Trabajo Social como aquella disciplina académica y profesión basada en la práctica que promueve el desarrollo, la cohesión y el cambio social, la liberación de las personas y su fortalecimiento. Es respaldada por las teorías de la propia disciplina; por las ciencias sociales; por los conocimientos indígenas y por las humanidades. Involucra tanto a las personas como a las estructuras para enfrentar los desafíos vitales y así aumentar su bienestar. Además, se fundamenta en los Derechos Humanos, el

respeto a la diversidad, los principios de justicia social y la responsabilidad colectiva (Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social y Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2014, citado por Gómez en 2019).

Por otro lado, el Trabajo Social Sanitario es definido como aquella actividad que trata los aspectos psicosociales de las personas mediante un estudio, diagnóstico y tratamiento de los elementos sociales que intervienen en la aparición de posibles enfermedades, así como en el mantenimiento de la salud (tanto en individuos como en grupos y comunidades). De igual forma colabora en prevenir y fomentar la salud mediante la estrategia de detección de riesgo o a través de programas preventivos, en los que se identifica a las personas que podrían tener dicho riesgo (Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario, 2012, pp. 12).

2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA EUTANASIA Y LA MUERTE DIGNA.

En el presente capítulo se hará un abordaje de la aparición de las primeras conductas eutanásicas y el progreso y consideración que estas han ido teniendo a lo largo de la historia, así como su relación con la "muerte digna".

Se empezará hablando del surgimiento y los hitos históricos y se continuará con los posicionamientos y las condiciones de esta desde la Edad Antigua hasta la Edad Contemporánea.

2.1. Surgimiento e hitos históricos.

En cuanto al surgimiento de la eutanasia, se tiene conocimiento de que, desde las sociedades más primitivas se llevaban a cabo conductas eutanásicas (Pinto Rodríguez et al., 2017).

Además, a lo largo del tiempo, fueron muchos los pensadores y filósofos que hablaron y trataron en sus obras tanto el tema de la muerte y del buen morir como la defensa de la vida. Entre ellos cabe nombrar a Platón, Hipócrates, Pitágoras, Aristóteles o Séneca, entre muchos otros. Una frase que este último afirmaba en las Epístolas Morales a Lucilio era: "*No se debe ni querer demasiado a la vida ni odiarla demasiado, sino buscar un término medio y ponerle fin cuando la razón lo aconseje*".

Hipócrates, por su parte, mediante el Juramento Hipocrático decía:

Y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré permiso abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente (Hernández Mingorance, 2016).

Por lo tanto, ya en la Antigüedad Clásica existían tanto defensores como detractores de las prácticas eutanásicas aunque realmente su concepto todavía no estuviera establecido.

El nacimiento del propio término se divide entre autores que afirman que fue Tomás Moro en 1516 el que, en su obra Utopía, introduce el concepto de eutanasia (la cual acepta) y el de suicidio (que lo critica al igual que un crimen). Y, del otro lado, los que afirman que fue el filósofo inglés Francis Bacon, un siglo más tarde, en Instauratio Magna (1623), el que introdujo por primera vez la actual concepción de eutanasia:

Añadiré que el oficio del médico no es solamente restablecer la salud, también suavizar el dolor y los sufrimientos ligados a la enfermedad; y esto no sólo en

tanto esa disminución del dolor conduce a la convalecencia, más aún, a fin de procurar al enfermo, cuando no tiene esperanza, una muerte dulce, apacible; pues la eutanasia no es parte menor en su bienestar (Bacon, 1623, citado por Pinto Rodríguez et al. en 2017).

Luego se puede afirmar que, a pesar de que su contemplación en la legislación sea algo reciente en general en todas las sociedades y culturas, la eutanasia ha existido desde prácticamente la existencia humana.

Los ciudadanos prehistóricos ya tenían determinado su percepción y noción de “muerte”, con ideales como la convivencia de los vivos con el espíritu de los muertos, donde la propia muerte no significaba que se acabara la vida, sino que se transformaba en otra distinta. Ya existían las formas de eutanasia y el suicidio, muy ligadas a la divinidad y al animismo mágico (Díaz, 2020).

Además, a modo de ejemplo, Jiménez de Asúa afirma que, en algunos pueblos remotos y antiguos (como es el caso de los celtas), se llevaba a cabo un designio eugenésico, es decir, un “estudio y aplicación de las leyes biológicas de la herencia orientados al perfeccionamiento de la especie humana” (Real Academia Española, 2022), con un propósito eutanásico sobre todo para personas de edad avanzada con salud deteriorada.

2.2. La eutanasia en la Edad Antigua.

La Edad Antigua es el periodo histórico que abarca, aproximadamente, desde la invención de la escritura en el año 4000 a.C. hasta el 476 d.C., con la caída del Imperio Romano en Occidente.

En esta etapa, la consideración de eutanasia se resumía a la costumbre del sacrificio o de la privación de la vida de las personas con enfermedades incurables, así como de las personas mayores y las “incapacitadas”. Es decir, en general, no se llevaba a cabo por motivos de altruismo, sino por interés, a fin de reducir costes de carácter económico. Algunas de estas situaciones, se daban, por ejemplo, entre los celtas con el designio eugenésico; los godos, que creían que los que morían naturalmente estaban destinados a pudrirse eternamente en antros; u otros en los que las personas que habían alcanzado determinada edad se reunían en un festín para tomar cicuta.

En el Imperio Romano, el estoicismo fue muy influyente. Sus preceptos eran: el bien no se encuentra en objetos externos, se encuentra en la condición del alma, en el dominio y la sabiduría, mediante los cuales una persona se libera de lo que perturba su vida. Algunos filósofos estoicos fueron Epícteto o Séneca (Pinto Rodríguez et al., 2017).

De igual forma, puesto que las fuentes de información disponibles son inexactas, no existe una consideración colectiva o universal de la conceptualización y aplicación que se llevaba a cabo en esta fase histórica.

2.3. La eutanasia en la Edad Media.

Por su parte, en la etapa medieval, con la llegada del cristianismo, se da un cambio de pensamiento y, por lo tanto, un rechazo a la eutanasia. Destacan dos figuras intelectuales: Santo Tomás de Aquino y San Agustín, ambos filósofos cristianos. El primero, a pesar de no nombrar directamente en sus obras a la eutanasia, sí que hacía referencia al suicidio, reprobándolo por ir en contra de Dios, de la sociedad y de uno mismo.

Existía una ética a favor de la vida, en la que los estándares de Hipócrates, que en la cultura precristiana griega no se habían extendido a la población, pasaron a convertirse en el modelo ético de la Cristiandad. Se hizo tan común la opinión anti eutanásica entre los cristianos que no existen mayores evidencias de ello; sin embargo, se conoce que gran parte de los ciudadanos no estaban de acuerdo con dicha opinión (Bont et al., 2007).

La acción de “matar por misericordia” sí era contemplada para personas heridas en guerras, o que hubieran salido perjudicadas por epidemias o pestes; a pesar de la opinión contraria de los cristianos, a quienes matar por compasión les resultaba inadmisibles (había que respetar siempre la voluntad de Dios: “No matarás”).

Más tarde, en el Renacimiento, Tomás Moro en Utopía, afirmará que, si una persona padecía un mal sin posible cura y con continuo sufrimiento que le impediría ser útil para vivir, y, además, supusiera una carga, debía procurarse su muerte (Moro, 1516). En consecuencia, muchos de los que eran persuadidos morían de hambre o recibían la muerte mientras dormían.

2.4. La eutanasia en la Edad Moderna.

La caída de Constantinopla inicia una nueva etapa de la historia: la Edad Moderna, la cual abarca del 1453 al 1789, finalizando con la Revolución Francesa.

Se trata de una etapa en la que el Humanismo promulga una serie de valores (como la dignidad) y donde la muerte pasa a considerarse una parte de la vida. Además, la Revolución introduce una serie de conceptos nunca vistos, como son la libertad, la fraternidad y la igualdad.

Aquí aparece Francis Bacon, uno de los autores a quién se le atribuye la introducción del término eutanasia como se entiende actualmente. Con él pretendía postular la ayuda a morir e investigar la reducción del sufrimiento: “La acción del médico sobre el enfermo incluyendo la posibilidad de apresurar la muerte” (Bacon, 1605, citado por Pinto Rodríguez et al. en 2017).

Y otros como David Hume, quien criticaba la moralidad del suicidio y de la eutanasia; sin embargo, justificaba que a causa de la edad o de la enfermedad, era preferible acabar con la vida, evitando un problema en la sociedad.

2.5. La eutanasia en la Edad Contemporánea.

Y, por último, la Edad Contemporánea, etapa que comprende desde el siglo XVIII (Revolución Francesa en 1789) hasta “nuestros días”.

A finales del siglo XIX, Friedrich Nietzsche (filósofo alemán) señalaba la necesidad de liberar a la sociedad de todas las personas inválidas e incapaces; de hecho, fue uno de los postulados filosóficos que fundamentaron el nazismo.

Además, a partir del año 1900, aparecieron una serie de corrientes cuyo interés era perfeccionar la raza humana: los eugenistas. Veinte años más tarde, Karl Binding y Alfred Hoche utilizaban el término “eutanasia” para dar muerte tanto a las personas inadaptadas socioeconómicamente, como a los enfermos. Hitler fue uno de los eugenistas más conocidos que utilizó el término “eutanasia” para llevar a cabo sus asesinatos (Gutiérrez-González, 2013, pp. 370).

Por lo tanto, es en el siglo XX cuando la eutanasia se hace presente en los Estados: en 1973 se legaliza en los Países Bajos; en 1984 la Sociedad Real de Medicina emitió “las reglas de conducta cuidadosa” para su aplicación y en 1985 aparece el requisito de “enfermedad terminal”.

3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN ESPAÑA.

En este capítulo se tratará de explicar la situación en el momento actual, desde la aprobación y entrada en vigor de la Ley de la eutanasia, con el fin de tener una visión global de lo que esta ha supuesto en nuestro país y de los aspectos que comprende.

Se abordarán: el marco jurídico y legislativo, las tipologías, el documento llamado “Instrucciones previas” o “Voluntades anticipadas”, la confrontación con la Constitución y el Código Penal, y, en el último punto, las aplicaciones o administraciones desde su regulación.

3.1. Marco jurídico y legal.

La eutanasia en España se regula y, por tanto, se legaliza en determinados supuestos y condiciones de aplicación mediante la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia; contemplándose como una forma de respuesta por parte del Estado español a una demanda cada vez mayor de la sociedad actual. Se aprobó el 18 de marzo de 2021 y su entrada en vigor se preveía pasados tres meses desde su publicación en el Boletín Oficial del Estado, por lo que se hizo efectiva el 25 de junio de ese mismo año.

Esta norma está destinada a proporcionar a la población española las máximas garantías, así como seguridad jurídica, en la solicitud y aplicación de la ayuda para morir. Supone, de esta manera, la despenalización de la prestación de dicha ayuda en una serie de supuestos (“contexto eutanásico”), y la introducción de un nuevo derecho que se aplicará a todas las personas que se encuentren o actúen en territorio español.

Los requisitos para solicitarla y poder optar a ella son: ser mayor de edad y poseer nacionalidad española, empadronamiento o residencia legal superior a un año; además de tener conciencia y capacidad en el instante en el que esta sea solicitada (Ley de regulación de la eutanasia, 2021).

Es imprescindible que la solicitud (Anexo I) se lleve a cabo con motivo del padecimiento de una “enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante certificada por el médico responsable” (Ley de regulación de la eutanasia, 2021). También será exigible, según indica la Ley, contar con toda la información relacionada con el asunto médico en cuestión (incluyendo las opciones y alternativas) y haber elaborado dos solicitudes escritas (o por otro medio que deje constancia similar, pudiendo incluso firmarla otra persona mayor de edad y con plena capacidad) de forma voluntaria, sin ningún tipo de influencia externa, una quince días después de la anterior (excepto en el caso de pérdida inminente de la capacidad); además de facilitar el consentimiento informado. Ambos documentos deberán ser

incorporados a la historia clínica del paciente. La solicitud puede ser anulada o postpuesta por este en cualquier momento.

Existe la posibilidad de que el médico responsable (“Facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal”) (Ley de regulación de la eutanasia, 2021) deniegue la prestación, la cual podrá ser reclamada ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. Esta será notificada al paciente, junto al motivo de su denegación.

Por lo tanto, después de comprobar el cumplimiento de los requisitos, de la realización y aprobación de las solicitudes, y de un proceso de reflexión de la persona, se procede a consultarla si sigue en pie su decisión. Si es así, el médico responsable lo comunicará al Equipo Asistencial y a familiares y personas próximas si ella lo desea, y consultará al médico consultor (“Facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable”) (Ley de regulación de la eutanasia, 2021), quién confirmará el cumplimiento de condiciones y elaborará un informe acerca de la situación del paciente.

La Comisión de Garantía y Evaluación deberá recibir del médico responsable la comunicación de la situación; y esta, designará, en un plazo de dos días, a dos miembros (un facultativo y un jurista) para que verifiquen la posibilidad de prestar la ayuda para morir y elaboren un informe si esta es favorable (si no lo es se le informa de la opción de recurrir; y, si no existe paridad de criterios, la Comisión será quien tome la decisión); comunicándoselo al presidente para que el médico proceda.

De esta forma, cuando se tenga la aprobación necesaria de todas las partes, se seguirá con el procedimiento, y por consiguiente con la prestación de la ayuda. Será imprescindible que exista profesionalidad por parte de todos los sanitarios, aplicando y cumpliendo con los protocolos y criterios de actuación. Además, el paciente podrá en todo momento comunicar la forma en la que desea morir y sus preferencias.

Hasta cinco días después, el médico responsable comunicará su realización a la Comisión, aportando dos documentos en los que figurarán tanto los datos personales del paciente, como los de los médicos implicados y el motivo de la aplicación de la ayuda, así como la fecha y lugar de la muerte y el procedimiento seguido, entre otros.

Todo el proceso reflejado en la Ley 3/2021 y resumido anteriormente se podrá llevar a cabo tanto en centros públicos, como privados o concertados, o incluso en el domicilio de la persona, conforme al manual de buenas prácticas y los respectivos protocolos.

3.2. Tipos.

La Ley 3/2021 hace referencia al concepto de “eutanasia” como la actuación que se realiza de forma activa y directa. En relación con ello, se ha determinado que, las acciones por omisión, es decir, la llamada “eutanasia pasiva”, basada en no suministrar el tratamiento que pudiera mantener con vida a la persona e interrumpir el que ya se le estuviera administrando, no tendrá la consideración de “eutanasia” según la doctrina bioética, jurídica y penalista de nuestro país. De igual forma, tampoco podrá ser considerada como tal la “eutanasia activa indirecta”, nombrada comúnmente como “cuidados paliativos”, donde el paciente recibe un tipo de tratamiento destinado a la disminución o alivio del sufrimiento tanto físico como psicológico a pesar de que pudiera contribuir a reducir su esperanza de vida (por ejemplo, cuando se administran elevadas cantidades de morfina).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se distinguen dos tipos de prestación de ayuda para morir para las personas mayores de edad que cumplan los requisitos previstos en la Ley:

- La eutanasia activa, siendo esta la actuación de un profesional sanitario que termine con la vida de un/a paciente con un padecimiento crónico, potencialmente incapacitante y de carácter grave (como las enfermedades neurodegenerativas) o una enfermedad grave e incurable (por ejemplo el cáncer), administrándole un medicamento mortal.

El/la paciente, en un contexto de sufrimiento inaguantable, será quién tome la decisión, y presente, de manera libre e intencionada la petición de acabar con su vida (Ley de regulación de la eutanasia, 2021).

- Y, por otro lado, el llamado “suicidio asistido”, es decir, la conducta eutanásica en la que es el propio paciente el que, mediante la decisión de acabar con su vida debido a una enfermedad como la descrita anteriormente, será quién se autoadministre la sustancia que supondrá su muerte. En este caso, se contempla la posibilidad de que un profesional sanitario, también de forma deliberada y con el conocimiento necesario para llevar a cabo la actuación, sea quien le prescriba y suministre el medicamento necesario, asesorándole acerca de la dosis precisa (Ley de regulación de la eutanasia, 2021).

Esta práctica recibe el nombre de “suicidio asistido” (a pesar de que este concepto no se contempla en la Ley) debido a que es la propia persona quien se autoadministra, y, de esa forma, la colaboración del personal sanitario no sería determinante en su muerte.

Por lo tanto, antes del desarrollo y aprobación de la Ley 3/2021, se distinguían varios tipos de eutanasia, a pesar de la disparidad de criterios para hacer una clasificación consensuada:

Según los medios empleados:

- La eutanasia directa, que comprende las acciones encaminadas a provocar la muerte de un paciente, pudiendo ser “eutanasia activa” y “eutanasia pasiva”. La primera hace referencia a la administración por parte de un profesional sanitario de una sustancia letal; y la segunda, al acto de interrumpir o no iniciar el tratamiento que pudiera mantener con vida a la persona (Ley de regulación de la eutanasia, 2021).
- La eutanasia indirecta, es decir, aquella en la que se trata de aliviar el sufrimiento, y como consecuencia supone un acortamiento de los años de vida (Ley de regulación de la eutanasia, 2021).

Y según la voluntariedad de la persona, Gascón (2003):

- La eutanasia voluntaria, que se da en los casos en que un paciente con plenas capacidades mentales exigiría poner fin a su vida de manera intencionada y deliberada.
- Y la eutanasia no voluntaria, en la que este, a raíz de la enfermedad, pierde dichas capacidades y por tanto esa decisión es tomada por una tercera persona, pudiendo ser su representante legal.

En la posición opuesta a la de la eutanasia, encontramos la “distanasia”. Gutiérrez-Samperio (2001) la define como la aplicación de un conjunto de actuaciones terapéuticas que mantienen con vida al enfermo agonizante, a pesar de la ausencia de esperanza de vivir más años y prolongando su propio sufrimiento, es decir, cuyo beneficio real es poco probable.

Y, por último, la “ortotanasia”, que, según Gutiérrez-Samperio (2001), hace referencia a dejar a la persona morir, aplicando tratamientos y cuidados de alivio del sufrimiento pero sin acortar la enfermedad y, por tanto, sin alargar el proceso de muerte.

3.3. Documento de instrucciones previas/voluntades anticipadas.

El documento de instrucciones previas se recoge y define en el 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, que a su vez toma en cuenta el Convenio del Consejo de Europa, la Constitución Española, la 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, y la Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

“Instrucciones previas” (también llamadas “voluntades anticipadas” o “testamento vital”) se define como la expresión (por escrito) de una persona mayor de edad, con plena capacidad y libertad y por tiempo adelantado, de su voluntad de recibir o no determinado tipo de tratamiento y/o cuidados, o, una vez fallezca, del destino de su cuerpo u órganos. Todo esto con el fin de garantizar sus pretensiones cuando, por distintas circunstancias, no pueda expresarlo (Decreto 30/2007, de 22 de marzo).

En el documento (ver Anexo III) se plasmarán, según el Decreto 30/2007, los datos personales del solicitante, así como las instrucciones si se dieran tales supuestos; y será formalizado en la presencia de otras tres personas mayores de edad y con plena capacidad, o ante notario o personal administrativo. Este podrá ser revocado o sustituido por otro en cualquier momento.

Cabrá la posibilidad de registrarlo en el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad (ver Anexo IV), con el fin de preservar el escrito, facilitar el acceso de los profesionales a él y coordinarlo con el Registro Nacional; pudiendo acceder a él todo el tiempo y asegurando la seguridad y confidencialidad de todos los datos.

Además, en el documento se pueden exponer (y es bastante recomendable) tanto los valores y objetivos vitales del solicitante, como el nombramiento de uno o varios representantes que apoyen en la interpretación de dicho documento (Decreto 30/2007, de 22 de marzo).

En relación a la eutanasia, la Ley 3/2021, en su artículo 9, habla del modo de actuación en los casos en que exista una incapacidad de hecho. Para ello, contempla la obligación de aplicar lo advertido o marcado en el documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas; por lo que cabe la posibilidad de dejar patente la voluntad de recibir la prestación de ayuda para morir en el caso de que la persona se encuentre en una situación de padecimiento imposibilitante y grave o enfermedad incurable. Y, en el caso de que nadie pudiera presentar la solicitud de eutanasia en nombre de la persona, el médico podrá hacerlo, por lo que estará legitimado para solicitar y tener acceso a ellas.

3.4. Confrontación con la Constitución Española y el Código Penal.

La Ley española de regulación de la eutanasia hace referencia a la necesidad de compatibilizar dicha ley con una serie de principios, derechos y libertades fundamentales que son plasmados en la Constitución de nuestro país. Algunos de ellos, siendo todos bienes jurídicos protegidos, son: el derecho a la vida, a la integridad tanto física como moral, la dignidad, o la autonomía de la voluntad.

Además, también hay que proteger y defender otra serie de valores igualmente reflejados en la Constitución Española (1978) como son: los valores superiores de justicia, igualdad, libertad, los derechos inviolables inherentes a la persona, el derecho al honor y a la intimidad familiar y personal, el libre desarrollo de la personalidad, y la libertad ideológica, de culto y religiosa.

Por ello, se hace necesario y latente ese deber de concurrencia, con el fin de que todos los principios, derechos y valores esenciales de los ciudadanos puedan ser salvaguardados; ofreciendo, además, todas las garantías posibles de que así será (puesto que la legislación sobre la eutanasia en España defiende la libre autonomía de las personas, de voluntad y de decisión de querer poner fin a su vida en un momento determinado).

Debido a que la vida es un bien jurídico protegido, la legislación hace hincapié en, no únicamente despenalizar las actuaciones o comportamientos externos que supongan la muerte de una persona que, deliberadamente toma la decisión, sino también en respetar y proteger dicho derecho. Cuando un paciente se encuentra en un contexto eutanásico (según la Ley con una enfermedad grave e incurable, o un padecimiento crónico e imposibilitante), y tiene plena capacidad de tomar la decisión de poner fin a su vida, se deberá tener en consideración y valorar especialmente su autonomía de la voluntad.

Así pues, se hace patente la situación de contraposición entre la eutanasia y la Constitución que alberga todos los derechos, deberes y libertades fundamentales de la población. Se puede ver cómo, cuando una persona se encuentra en un contexto eutanásico, algunos valores que le son inherentes como por ejemplo la dignidad, son quebrantados. En consecuencia, la Ley, hace referencia al derecho a la vida (a pesar de ser un bien jurídico protegido), como una atribución personal que puede ser menoscabada en favor de las demás. Es decir, ninguna persona puede imponer a otra vivir, y en menor medida incluso cuando esa imposición es totalmente opuesta a la voluntad y decisión del titular del derecho.

De esta forma, se garantiza la protección a todas las personas involucradas, tanto a los pacientes, como a los médicos o profesionales que presten la ayuda, a la hora de recibir y facilitar la prestación. Todo ello bajo un marco legislativo de seguridad jurídica, en el que nadie podrá ser juzgado por ayudar a una persona a morir en las circunstancias

definidas en puntos anteriores, y, en el que, la propia persona en un contexto de sufrimiento decida, de forma absolutamente libre, renunciar a su derecho a vivir.

Por otro lado, nos encontramos con el Código Penal. Su artículo 143, antes de la modificación necesaria por la introducción de la regulación de la eutanasia, exponía:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

(Art. 143 Texto original Código Penal, 1995).

Todas las conductas que supusieran la muerte de una persona (inducción y cooperación al suicidio, acciones directas para provocar la muerte, etc.) eran castigadas y sancionadas con penas de prisión en mayor o menor grado. Con la aprobación y entrada en vigor de la Ley de la eutanasia, se lleva a cabo una modificación de la Ley Orgánica del Código Penal.

Por ello, en la disposición final primera, se hace referencia al anterior artículo 143 con su respectiva transformación, quedando sus tres primeros puntos con la misma redacción:

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.
5. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia.

(Art. 143 Última actualización Código Penal, 1995).

La modificación de este artículo supone la despenalización de la cooperación que suponga la muerte de una persona en los términos descritos en la Ley reguladora de la

eutanasia, es decir, en los supuestos en los que se considere que esta se encuentra en un contexto eutanásico.

3.5. Aplicaciones desde su aprobación.

En España, a día de hoy, no existen datos oficiales acerca del número de casos que han dispuesto de ayuda para morir llevadas a cabo.

La Ley, en su disposición adicional tercera, contempla la obligatoriedad de las Comunidades y de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla de remitir un informe anual al Ministerio de Sanidad, quién presentará y hará públicos esos datos. Debido a que su entrada en vigor se produjo el 25 de junio de 2021, todavía no están disponibles dichos informes.

Sin embargo, algunos medios de comunicación informaban sobre la aplicación, a fecha de 18 de diciembre de 2021, de aproximadamente cien eutanasias en España. Hasta ese momento cerca de doscientas personas la habrían solicitado, según la Asociación Derecho a Morir Dignamente. Cataluña y el País Vasco fueron las únicas Comunidades que facilitaron datos: en la primera con un total de veinticuatro prestaciones de ayuda para morir realizadas y la segunda con trece.

Por lo tanto, debido a la ausencia de datos oficiales, la Asociación Derecho a Morir Dignamente estimó que se habrían podido llevar a cabo alrededor de cien, sumando las de todas las Comunidades.

Anteriormente a la aprobación de la Ley de la eutanasia, hubo algunos casos muy conocidos y sonados a nivel nacional de ayuda para morir por parte de familiares de personas con graves enfermedades, afectaciones o limitaciones tanto físicas como psíquicas. Entre ellas, cabe nombrar a María José Carrasco y a su marido Ángel Hernández, quién en 2019, debido a la pérdida de autonomía y, en consecuencia, a la gran dependencia de su mujer con esclerosis múltiple desde hacía treinta años, decidió ayudarla a morir suministrándole una sustancia letal. Fue acusado de cooperación al suicidio, por lo que pedían seis meses de prisión para él. Finalmente, con la aprobación de la Ley 3/2021, Ángel fue absuelto.

4. DIFERENCIACIÓN ENTRE EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y SEDACIÓN TERMINAL.

A continuación, se van a definir brevemente dos términos relacionados y que tienen aspectos en común con la eutanasia, como son el suicidio asistido y la sedación terminal, plasmando las diferencias respecto a ella.

4.1. ¿Qué es el suicidio asistido?

El suicidio asistido (o “suicidio médicamente asistido”) según de Miguel y López (2006) es la actuación que pone fin a la vida de una persona con una enfermedad terminal, llevándolo a cabo cuando ella misma lo desee, con ayuda de otra que le provee tanto de la información como de los medios (materiales e intelectuales). Se considera “médicamente asistido” cuando la persona ayudante es un médico.

Por tanto, como afirma Júdez, J. (2007), el suicidio asistido es aquel en el que una tercera persona, forme parte del personal sanitario o no, le proporciona a un paciente con plena capacidad y con un padecimiento irreversible (con su petición y voluntad), una serie de medios para que termine él mismo con su vida.

4.2. ¿Qué es la sedación terminal?

López y de Miguel (2006) definen la sedación terminal como aquella acción en la que se administra al paciente una serie de fármacos con el fin de aliviar el sufrimiento que la enfermedad física o psíquica le produce. Se lleva a cabo cuando se conoce que la muerte es muy próxima mediante la disminución de la conciencia (profundamente y de forma previsiblemente irreversible), con consentimiento ya sea implícito, delegado o explícito.

La Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitaria de Andalucía en 2008 definió la sedación paliativa como la administración de fármacos a un paciente terminal, en las dosis y combinaciones precisas con el fin de disminuir su conciencia y así poder aliviar de forma adecuada los síntomas que le ocasionan el sufrimiento. Todo ello con su consentimiento expreso e informado o el de su representante o familiar. Esta, en un determinado contexto, podría llegar a ser terminal (Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitaria, Andalucía, 2008).

4.3. Diferencias respecto al concepto de eutanasia.

En cuanto a la diferencia fundamental respecto a la eutanasia, se puede ver que en el suicidio asistido la colaboración de un tercero para que se dé la muerte no es necesaria. Y en la sedación paliativa (y en ocasiones terminal), la muerte no es la motivación de la actuación del profesional. La intención es disminuir los dolores y el

sufrimiento del paciente; sin embargo, puede llegar a producir la muerte en determinados supuestos en los que esta ya era considerada inminente.

En el suicidio asistido, la propia persona debe y tiene la necesidad de ser capaz tanto física como psicológicamente de autoadministrarse el medicamento o la sustancia que causará su muerte; por el contrario, en la eutanasia no es necesario que la persona tenga plenas capacidades en el momento de la administración (puede haber dejado constancia de sus voluntades en el documento “Instrucciones previas”).

Debido a que las tres actuaciones tratan de proporcionar alivio del sufrimiento al paciente, hasta hace prácticamente un año no era comprensible cómo la sedación paliativa o la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), donde no se inician o se retiran las medidas de soporte vital, eran considerados moralmente mejores que la eutanasia o el suicidio asistido, que ponen fin a la vida de la persona cuando esta se encuentra en un determinado estado de salud (en el que se conoce que su muerte es próxima) (Aguilar et al., 2009).

Está claro que tanto el suicidio asistido como la eutanasia forman de parte de la cultura del buen morir en la que el propio paciente enfermo es quien toma la decisión de no seguir con su vida, eligiendo la forma en la que desea hacerlo. A pesar de las diferencias entre ellos, ambos ligan con un nuevo derecho: la muerte digna (todos los profesionales que estén relacionados de alguna forma con el paciente deben respetar y salvaguardar en todo momento su dignidad, su autonomía y su libertad de decisión).

5. APROXIMACIÓN INTERNACIONAL A LA EUTANASIA: ESTUDIO COMPARATIVO.

A continuación, se hará una breve descripción y comparación de la situación de la eutanasia tanto en algunos países europeos como fuera de Europa.

Cabe destacar que España, con la Ley 3/2021, se convirtió en el séptimo país del mundo en regular el derecho a recibir una muerte digna y el cuarto de Europa (Nivela Herrero et al., 2021).

5.1. La eutanasia en varios países de Europa.

En este apartado se llevará a cabo un análisis de los posicionamientos de varios países europeos: Holanda, Polonia, Suiza, Alemania y Austria. Se ha optado por ellos con el fin de mostrar los diferentes posicionamientos existentes incluso dentro de Europa.

5.1.1. Holanda.

Países Bajos se constituye como el país pionero en la legislación sobre la eutanasia; de hecho, contempla tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Ya en 1980 el Sistema Judicial y la Asociación Médica debatieron acerca de la necesidad de regular y desarrollar procedimientos clínicos para su control. En 1984 se procedió a despenalizarla si se cumplían una serie de requisitos, entre ellos la petición libre, voluntaria, estable, persistente y bien considerada por parte de la persona enferma con una dolencia intolerable. Además, debía ser la última consideración, es decir, no tenían que existir perspectivas de mejora (Vega Gutiérrez y Ortega, 2007).

El año 2001 es un momento clave en este país puesto que se empieza a avanzar la legislación sobre la vida y el suicidio asistido. Algunas de las consideraciones en relación a ella son: debe ser realizada por un médico (con relación terapéutica extendida en el tiempo y habiendo dejado por escrito que la persona rechazó las posibles alternativas), quien debe consultar a otro el cumplimiento de los requisitos exigidos (padecer un sufrimiento inaguantable sin posibilidad de recuperación; haber formulado una solicitud previa; la existencia de voluntariedad...); y puede aplicarse a menores de edad entre los 12 y 17 años con el consentimiento de sus padres, y a recién nacidos en determinados supuestos (Carrasco y Crispi, 2015).

5.1.2. Polonia.

Polonia es uno de los países dentro de Europa que se muestra contrario a la eutanasia. Entiende esta práctica de ayuda para morir como un asesinato, siendo castigada con penas que oscilan entre los tres meses y los cinco años de prisión.

Por lo tanto, tanto cualquier forma de asistencia a la muerte como al suicidio de una persona es considerado ilegal y condenable, no teniendo en cuenta de esta manera el concepto y el proceso de muerte digna (Jiménez García et al., 2015).

5.1.3. Suiza, Alemania y Austria.

La situación de estos tres países es bastante similar, por lo que se hará de forma conjunta un breve resumen de cada uno de ellos.

En Suiza, la práctica de la eutanasia está penalizada, pero el suicidio asistido por un médico no. Esta última actuación debe estar exenta de motivaciones económicas o de tipo personal; y si se conociera su existencia sería sancionada, según el Código Penal Suizo. A pesar de no estar penalizado, el suicidio asistido no tiene una regulación clara y concreta que determine en qué supuestos un paciente puede solicitarlo (Parreiras Reis et al., 2016).

Por otro lado, en Alemania y en Austria la única eutanasia permitida es la eutanasia pasiva, siendo ilegales el resto de las prestaciones de ayuda para morir de forma activa y directa. En consecuencia, contempla la posibilidad de que una persona le facilite los medios (los medicamentos o las sustancias letales) al paciente para que sea él mismo quien se los autoadministre, teniendo entonces la consideración de suicidio puesto que es él el que provoca su propia muerte. De igual forma debe formalizarse el rechazo a recibir tratamiento y ser reflejado con antelación en un testamento vital (los menores de 18 años tienen la posibilidad de realizarlo con el consentimiento de sus progenitores o tutores legales) (Jiménez García et al., 2015).

Por lo tanto, estaría penalizada en los tres países la conducta que provoca directamente la muerte de una persona a pesar de que sea ella misma quien haya hecho la petición de morir, pero no el suicidio asistido. Esto conlleva que sí sea tenida en cuenta, en cierta medida, la muerte digna.

5.2. La eutanasia fuera de Europa.

También se hará un análisis de la eutanasia y/o el suicidio asistido en tres países de fuera de Europa: Estados Unidos, Argentina y Australia.

5.2.1. Estados Unidos.

En Estados Unidos la eutanasia está prohibida; sin embargo, el suicidio asistido está legalizado, aunque en tan sólo cinco estados (de cincuenta). Entre ellos se encuentran Washington (2009), Montana (2009), Vermont (2013), California (2015) y Oregón, siendo este último el primero en hacerlo en el año 1997 en situaciones en las que una persona mayor de 18 años tuviera una enfermedad terminal con menos de seis

meses de esperanza de vida. Este tipo de muerte no tendría la consideración de suicidio, sino de muerte con dignidad (Parreiras Reis et al., 2016).

En Oregón, el médico facilita las sustancias a la persona enferma. Para que se las autoadministre debe contar con la opinión de otro profesional que actúa en calidad de consultor. Ambos deben informar de las condiciones de la persona con el fin de descartar que su decisión esté condicionada por un estado de depresión y, con ello, facilitarle una muerte digna y humana (Ponte Silva, 2018).

5.2.2. Argentina.

En cuanto a la situación de Argentina, se trata de un país en el que existe una normativa acerca de la muerte digna cuyo fin es el de regular las actuaciones médicas relacionadas dentro de los sistemas de salud tanto públicos como privados. Esta ley, aprobada en el año 2012, actualiza las anteriores que trataban temas similares pero que recibieron gran cantidad de críticas. Además, hace hincapié en la autonomía de la voluntad del paciente, quien puede realizar un testamento vital mediante el cual se exprese su negativa a recibir tratamiento o soporte vital en un futuro (con posibilidad de ser revocado con posterioridad) (Ponte Silva, 2018).

Medina (2006), haciendo referencia al Código de Ética de la Asociación Médica Argentina (2001), señala que en ningún caso el médico tendrá la potestad de abreviar o acabar con la vida de un paciente mediante acciones o actuaciones que se orienten a ello directamente.

Por lo tanto, en Argentina están expresamente prohibidas las prácticas eutanásicas (incluido el suicidio asistido) que conlleven la muerte directa de un paciente; sin embargo, existe la posibilidad de que este se niegue a recibir tratamiento médico, alimentación o hidratación (Ponte Silva, 2018).

5.2.3. Australia.

Por último, se tratará la situación de Australia. Este país ha despenalizado las prácticas eutanásicas progresivamente entre sus estados, siendo el primero Victoria, cuya ley entró en vigor en el año 2019, y el último Nueva Gales del Sur en 2022. Estas actuaciones de ayuda para morir están destinadas a personas adultas que padecen una enfermedad con un sufrimiento intolerable (Velasco y Trejo-Gabriel-Galán, 2021).

Además, el acceso es voluntario y la persona (cuya muerte es previsible, con pronóstico de no más de un año) debe tener capacidad de decisión en el momento en que se lleve a cabo la administración, realizando una petición tanto verbal como escrita que será valorada por dos médicos competentes (Asociación Derecho a Morir Dignamente, 2019).

Por otro lado, a diferencia de la Ley 3/2021 de regulación de la eutanasia en España, la del estado de Victoria distingue entre suicidio asistido y eutanasia. Generalmente la sustancia debe autoadministrársela el propio paciente; sin embargo, cabe la posibilidad de que sea el médico quien lo haga si existe una incapacidad física (en ese caso se requerirá una certificación adicional y la presencia de testigos) (Asociación Derecho a Morir Dignamente, 2019).

6. POSICIÓN Y ACTUACIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA.

En el presente capítulo se llevará a cabo una descripción general de las actuaciones del Trabajo Social al final de la vida, señalando los modos de intervención en el ámbito clínico. También se hablará de la dimensión social de la eutanasia y de la relación de esta respecto al Código Deontológico de la profesión.

6.1. Papel del Trabajo Social al final de la vida.

El Trabajo Social es una profesión multidisciplinar (puesto que adopta conocimientos de otras disciplinas como la psicología o la sociología) y, por ese motivo generalmente se desconoce su relación con la muerte y con todo lo que implica a pesar de tener un papel fundamental en ella (Pérez Bandera, 2019). Luego el final de la vida es una situación en la que mayoritariamente destacan la visión jurídica y médica; sin embargo, la esfera social también debe cobrar importancia en el sentido de la asunción del duelo, las tramitaciones convenientes, la aceptación de la muerte, etc. (Ordieres, 2021).

Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad presumiblemente terminal, tanto ella misma como sus familiares deberán enfrentarse a un escenario de incertidumbre y, por ende, de gran agotamiento tanto físico como mental. En ese contexto es en el que los profesionales del Trabajo Social podrán intervenir y actuar con el fin de que el paciente y su familia puedan alcanzar el máximo bienestar posible a lo largo de todo el proceso (Pérez Bandera, 2019). Además, Vanzini (2010) insiste en la importancia de dar una atención integral, que a su vez dé respuesta a todas las necesidades tanto del paciente como de los familiares que le acompañan en el proceso de muerte.

En el área de cuidados paliativos, el papel del Trabajo Social se centra en brindar apoyo a la persona enferma y a su entorno, asesorarles, darles información y solventar sus dudas, realizar acompañamiento en el proceso de duelo, fomentar su autonomía, y hacer de vínculo entre el personal médico y ellos; en definitiva, tratar de potenciar su bienestar al máximo (Pérez Bandera, 2019). Es decir, los trabajadores sociales tratarán de comprender totalmente el entorno en el que se desenvuelve el paciente y con ello detectar las necesidades que son fundamentales tener satisfechas (Vanzini, 2010).

Asimismo, Vanzini (2010) destaca la importancia de tener en cuenta tanto las necesidades físicas como las emocionales y sociales al final de la vida (es decir, tener conocimiento de la realidad donde se va a intervenir). Estas últimas son las relacionadas con la gestión de recursos que deben estar enfocados a satisfacer las necesidades tanto de la familia como del paciente a fin de mejorar su calidad de vida (evitando ser únicamente proveedores de recursos). Estas se originan por factores de carácter interno (de la propia familia) y/o externo (económicos, laborales, sociales...) que habrán de

valorarse puesto que se configurarán como factores protectores o por el contrario, de riesgo.

Por otra parte, Borrás (2004) afirma que para realizar una intervención social correctamente la herramienta principal es la entrevista, con la que se puede tener una visión global de la persona y de la familia, asumiendo que todas ellas son diferentes. Y Vanzini (2010) subraya la necesidad de elaborar un informe social a fin de llevar a cabo un diagnóstico y una valoración social adecuados (posible claudicación emocional, técnicas psicosociales adquiridas, problemas de comunicación...). Y, por su lado, Aparicio et al. (2015) proponen el modelo de atención al final de la vida como el adecuado en la intervención de Trabajo Social en ese momento; estando compuesto por la acogida, la escucha, la interpretación y devolución de la información, y la continuidad y el compromiso.

Por lo tanto, algunas de las acciones que definen el papel del Trabajo Social al final de la vida son las siguientes: diagnóstico de la situación (realidad paciente -familia); análisis de esa situación; determinar prioridades de intervención; definir un plan de intervención; asesorar acerca de recursos, documentación, etc.; derivar a otros profesionales si fuese necesario (Psicología, Psiquiatría..); facilitar apoyo emocional; abordar los conflictos que surjan en la propia dinámica familiar; atender el duelo, etc. (Vanzini, 2010).

Además, en relación con la eutanasia, el Trabajo Social según Ordieres (2021) es una profesión con gran conocimiento sobre acompañamientos en el proyecto vital de las personas, el respeto a sus decisiones y sobre el final de la vida. En ese sentido, los principios y preceptos de la Ley de la eutanasia están muy vinculados a los de la profesión.

Por lo tanto, la figura del Trabajador Social es determinante para la consecución del bienestar de la persona que se encuentra en proceso de morir y el de su entorno más cercano. Mediante la escucha activa, las habilidades comunicativas, una formación teórico-práctica; capacidad de enfrentarse al sufrimiento de las personas; capacidad de adaptar la transmisión de la información a su situación emocional; aceptación incondicional de las personas con las que interviene, y mucha empatía se hace necesaria e imprescindible su labor al final de la vida (Pérez Bandera, 2019).

6.2. Dimensión social de la eutanasia.

La eutanasia no solo se limita al ámbito individual, sino que tiene también mucho que ver con el resto de la sociedad. Esta se ve comprometida por la decisión de la persona a terminar con su propia vida. En otras palabras, la vida humana es un bien común a nivel social (Zurriarán, 2019).

Según Zurriarán (2019), la eutanasia, concebida como un reto social y sobre todo ético, connota una obligación, y es que se proclamen esas responsabilidades

interpersonales de unos hacia otros. En ese contexto entra en juego la responsabilidad colectiva y por ello, es esencial asumir que la vida no es únicamente autorreferencial, sino que tiene un valor también para el resto. Se debe concebir al ser humano como un ser social que alberga responsabilidades en ese contexto, por lo que la eutanasia o el suicidio asistido podrían entrar en conflicto con la consideración de ese bien común: la vida.

Durkheim, en su obra *El Suicidio (Le Suicide)*, afirmaba que este, aunque fuera un hecho individual o independiente, era a la vez social: *“Los actos que el paciente lleva a cabo y que, a primera vista parecen expresar tan solo su temperamento personal, son en realidad la consecuencia y prolongación de un estado social que ellos manifiestan exteriormente”* (Durkheim, 1982, pp. 326). Se entiende que lo que el autor quería expresar era que las personas, a pesar de actuar individualmente buscando su propio bienestar o, mejor dicho en estos casos, la eliminación del sufrimiento producido por una enfermedad, actuaban supeditadas por las consecuencias de la vida en sociedad, y por consiguiente, de un Estado.

Por su parte, Delgado Antolín (2007) reflexiona acerca de cómo ha sido siempre considerada la eutanasia como algo perteneciente únicamente al ámbito sanitario. Él hace hincapié en que la vida y la muerte afectan a todas las personas que forman parte de la sociedad y, por tanto, no sólo es importante la opinión de médicos, enfermeros o el resto del personal sanitario, aunque sean ellos los “más implicados” en el asunto, sino también de los demás ciudadanos.

Además, tiene en consideración el apunte de que, cuando una persona libremente toma la decisión de morir y la lleva a cabo suicidándose, al Estado no le queda más remedio que tolerarlo, no puede hacer nada para prohibirlo puesto que es un acto intransitivo, personal e íntimo. De igual forma ocurre con la eutanasia y el suicidio asistido: la muerte individual se convierte en algo con repercusión a nivel social en el momento en el que un determinado Estado no permite o legaliza dichas actuaciones (Delgado Antolín, 2007).

6.3. Modos de intervención desde el Trabajo Social Sanitario.

El Trabajo Social Sanitario es aquel que se centra en la persona enferma y su familia, detectando sus necesidades con el fin de mejorar su bienestar y sus condiciones vitales. Todo ello atendiendo a la parte social y de su entorno y no únicamente a la clínica (Agrafojo et al. 2015).

Se trata de una especialidad de la profesión que interviene en los factores de carácter psicosocial que puedan causar o hayan causado una patología a nivel individual, grupal y/o comunitario. Además, utiliza métodos como la mediación o la defensa, aplicables en Salud Mental; con personas mayores; con personas con diversidad funcional, etc. (Comisión Colegial de Trabajo Social Clínico, 2019).

Por lo tanto, algunas de las funciones en el ámbito sanitario serían: la valoración y el tratamiento de la problemática social relacionada con la enfermedad; la orientación sobre los recursos a nivel micro y macro; la atención al entorno (cuidadores, familiares...); y la participación y coordinación con el resto de los profesionales que tengan relación con el paciente (Agrafojo et al. 2015).

En relación con el tema de la eutanasia, la Ley 3/2021 prevé que la Comisión de Garantía y Evaluación esté formada por un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeros y juristas. En ese sentido, y viendo la gran relación y el papel que el Trabajo Social podría tener en dicho órgano de decisión, se considera como imprescindible que pueda realmente formar parte de él (Ordieres, 2021).

Cabe destacar que, en la Comunidad de Castilla y León, el Decreto 15/2021, de 24 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación que se prevé en la Ley 3/2021, hace referencia en su artículo 3 "Composición de la Comisión de Garantía y Evaluación" a que esta estará formada por quince miembros: cinco médicos; cinco expertos en Derecho; tres profesionales de Enfermería; un especialista en Psicología Clínica; y un profesional del Trabajo Social. Por tanto, en esta Comunidad Autónoma sí que es tenido en cuenta a la hora de la toma de decisiones y la realización de las funciones dentro de la Comisión previstas en la Ley de regulación de la eutanasia.

Además, el papel de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario (en los contextos eutanásicos) también podrá desarrollarse mediante el documento de voluntades anticipadas o testamento vital. Este escrito del que se ha hablado con anterioridad y que se recoge en el artículo 11 de la 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, constituye una de las acciones en las que el trabajador social tiene un papel sustancial. En la práctica profesional se informaría y asesoraría sobre ello a las personas interesadas y se llevarían a cabo las tareas relacionadas con su registro (Ordieres, 2021).

En resumen, las funciones de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario o clínico, que intervienen en toda la unidad de convivencia debido a una enfermedad, a una consulta médica o a un ingreso en el hospital (López Pozo, 2021) serían las siguientes: favorecer la perspectiva social en los centros sanitarios; identificar y detectar situaciones de vulnerabilidad social en relación a la salud; elaborar el plan de intervención; participar en los programas sanitarios y en el apoyo psicosocial; coordinarse con Servicios Sociales; promocionar la salud a todos los colectivos; realizar informes sociales cuando sean convenientes, etc. (Castrillo et al., 2013).

6.4. Relación respecto al Código Deontológico de Trabajo Social.

El primer Código Deontológico de Trabajo Social es el desarrollado en el año 1996 en Cataluña, donde se llevó a cabo la primera Comisión Deontológica. El de referencia

actual es del año 2012 y tiene como antecedente el de 1999; sin embargo, los principios entre ambos se mantienen, aunque aparece un nuevo capítulo de confidencialidad y de objeción de conciencia.

El artículo 17 de ese Código de Ética trata acerca del compromiso de los profesionales de Trabajo Social de, a la hora de intervenir, garantizar siempre el acceso a recursos y el apoyo en igualdad de oportunidades de esas personas que cuentan con una vulnerabilidad muy elevada, como las personas que se encuentran en el final de su vida.

Además, el Trabajo Social se fundamenta en los valores de dignidad, libertad e igualdad, y de ellos se desprenden una serie de principios generales como son el respeto activo, la aceptación, la ausencia de juicios de valor, la justicia social, la individualización, el reconocimiento de los derechos humanos y sociales, o la autodeterminación, entre otros (Código Deontológico de Trabajo Social, 2012). En relación con la eutanasia, el compromiso de los profesionales de respetar dichos principios y valores fundamentales (además de la confidencialidad de la documentación e información) es esencial para el buen ejercicio profesional. La prestación de ayuda para morir se fundamenta en dicha libertad de decisión y autonomía de las personas, por lo que los trabajadores y trabajadoras sociales intervendrán y actuarán de forma profesional respetando siempre a la persona (Código Deontológico de Trabajo Social, 2012).

Además, el artículo 47, trata la posibilidad de objeción de conciencia (de la que se hablará más adelante en relación con el Trabajo Social):

El/la profesional del trabajo social, de acuerdo con los principios básicos recogidos en este Código, según el marco de la intervención profesional y en los supuestos profesionales en los que la aplicación de la norma o mandato institucional suponga un conflicto con sus principios éticos, religiosos o morales, podrá invocar el derecho al acto individual de objeción de conciencia sin perjuicio de asumir posteriormente las responsabilidades derivadas de dicho acto.

(Art. 47 Código Deontológico de Trabajo Social, 2012).

7. IMPLICACIONES Y POSTURAS ÉTICAS.

Por último, se van a tratar los aspectos relacionados con la ética y los valores: las influencias políticas, morales y religiosas; el derecho a morir dignamente y la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario.

7.1. Influencias religiosas, políticas y morales.

La eutanasia ha generado en la mayoría de las sociedades un debate por cuestiones éticas. Algunos de los argumentos que aparecen en contra de ella son los siguientes: la vida es un derecho fundamental que genera otro como es la libertad y por tanto, ejerciéndola al mismo tiempo se acaba con ella; las dificultades que aparecen en el caso de personas con enfermedad mental; cómo saber si una persona que realizó su documento de voluntades anticipadas o testamento vital sigue queriendo recibir la prestación; la posible disminución de los recursos médicos enfocados a la cura de enfermedades, etc. (Iglesias y Chávez, 2018).

Creagh Peña (2012) argumenta que, determinar la muerte de una persona siempre encontrará personas a favor y en contra en relación con el sistema social y con su religión y cultura.

Por otra parte, Miret Magdalena (2003) habla acerca de la consideración de la eutanasia por parte de la religión católica. Las ideas manifestadas por un teólogo de los siglos III y IV constituyeron la base para la oposición a la eutanasia que desde la Iglesia sigue vigente hoy en día. Entre ellas nos encontramos con: la muerte cuando es directamente deseada es opuesta al amor propio; Dios es el único que decide y administra la vida de las personas; y la búsqueda de la propia muerte va en contra de la responsabilidad social que todo individuo tiene.

Sin embargo, dentro de la Iglesia, el Papa Pío XII incitó a los médicos en el año 1957 a utilizar la eutanasia en los casos en que la persona tuviera dolores muy violentos o estados intolerables de angustia y depresión. En ese caso, él mismo dijo que era lícita al tratar de evitar al paciente su sufrimiento. De igual forma que la utilización de cuidados paliativos, aunque estos supusieran la abreviación de la vida (Miret Magdalena, 2003).

Más tarde, en 1986, fue publicado por parte de la Conferencia Episcopal Española, el documento del Comité para la Defensa de la Vida en el que se admite tan solo la eutanasia pasiva e indirecta. Según dice Miret Magdalena, la Congregación para la Doctrina de la Fe señalaba que la ley civil no es capaz de abarcar todo el ámbito de la moralidad, así como tampoco penalizar todos los errores que se cometan.

Por otro lado, Marín-Olalla (2018) considera que a pesar de que las creencias o ideologías religiosas y personales pueden suponer un impedimento para la justificación de la eutanasia y su aplicación, estas no deben instruir al resto de la sociedad. De igual forma que la regulación de “nuevos derechos” no supone que todos los ciudadanos deban ejercerlos o ponerlos en práctica, sino que lo llevará a cabo quien lo considere necesario en su vida (principios de autonomía y libertad de decisión).

Por lo tanto, es evidente que en el debate acerca de la licitud de la eutanasia entran en juego los códigos morales de las personas, puesto que es un aspecto con gran efecto emotivo en general. Esto es debido a que el concepto eutanasia como tal, para algunas personas tiene implicaciones positivas como la muerte digna, y negativas para otras como el posible sentido eugenésico de la eutanasia (Gascón Abellán, 2003).

7.2. El derecho a morir dignamente.

En cuanto al derecho a morir dignamente, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) expone que todas las personas nacen libres y en igualdad de derechos y de dignidad, por lo que se trata de algo que hay que garantizar. A esto, Cortés-Moya y Santamaría-Velasco (2022) señalan que la no regulación del derecho a morir con dignidad es una clara vulneración de los derechos fundamentales, tales como la libertad de decisión, la autonomía personal, la dignidad humana y en consecuencia, la vida digna.

Cortés-Moya y Santamaría-Velasco (2022) consideran la muerte digna como el fin que todo ser humano desea. Afirman que esta se consigue mediante la asistencia sanitaria y con los cuidados paliativos y el consuelo debido. Señalan que, a través de ella, se podría garantizar a su vez el derecho a una vida digna (cuando se da un estado de sufrimiento y deterioro imparable es fundamental actuar conforme al derecho a la libertad individual).

La Constitución Española protege la dignidad como un derecho fundamental de las personas, y, de igual forma, reporta aquellas acciones degradantes o despreciables. Por ello el derecho a morir dignamente se considera como un derecho humano básico, la persona debe poder pasar el proceso de muerte con los menores dolores posibles y, por tanto, con el menor sufrimiento (Betancourt y Betancourt Reyes, 2017).

Por otra parte, Fabre y Hernández (2020) consideran que la muerte digna es aquella en la que se llevan a cabo todas las metodologías posibles para tratar de mantener la dignidad del paciente, quien asume y se responsabiliza de que se le administren los tratamientos, de su propia decisión sobre su proyecto vital y, en consecuencia, también de su muerte.

Además, gracias a la aparición del documento de Instrucciones Previas expuesto anteriormente se garantiza, de alguna forma, ese “acceso” a la muerte digna que deberá ser siempre elección del paciente.

En definitiva, se podría afirmar que la eutanasia guarda estrecha relación con la muerte digna, al ser una forma de morir sin ningún tipo de dolor y sufrimiento, y que por tanto esta también se convierte en un derecho esencial (Pániker, 1998). Es decir, esa nueva potestad individual en la que se decide una muerte sin angustia se enmarca dentro de un contexto social en el que, mayoritariamente, se considera la prolongación del sufrimiento como ilógico, irracional y absurdo.

7.3. Objeción de conciencia.

La objeción de conciencia, según Távora (2017), es la oposición de los expertos médicos a llevar a cabo una intervención o proceso puesto que quebranta sus propias convicciones religiosas o filosóficas. Esta se sustenta en la libertad de conciencia, pero a su vez debe respetar la bioética y los derechos humanos.

La Ley 3/2021 de regulación de la eutanasia contempla la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario en la aplicación de la prestación de ayuda para morir. La define como aquel derecho de carácter individual a no atender las demandas sanitarias reflejadas en la Ley (aplicación de la eutanasia y/o colaboración para que el paciente se autoadministre la sustancia) de los profesionales del ámbito de la salud por ir en contra de sus propios valores, ideologías o convencimientos. Es importante destacar que los profesionales del Trabajo Social no formarían parte de ese equipo y, por tanto, no podrían optar a ella (Ordieres, 2021).

En el artículo 16 de esta Ley se refleja y regula esta posibilidad. Pone de manifiesto la posibilidad de los sanitarios implicados en la ayuda para morir a acogerse a dicho derecho, siendo una decisión individual que deberá ponerse en conocimiento de forma escrita y con antelación. Esta declaración se reflejará en un registro confidencial (regido por la Ley de protección de datos) de todos los objetores de conciencia, con el fin de facilitar a la Administración dicha información, y de esta forma se puedan dar todas las garantías para llevar a cabo las prestaciones (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).

Además, el artículo 14, que trata del lugar de realización de la ayuda, destaca que ni el acceso a la prestación ni la calidad con la que se lleve a cabo pueden verse afectados por la objeción de conciencia sanitaria.

Por lo tanto, este derecho garantiza tanto la seguridad jurídica como el respeto a la libertad de conciencia de los profesionales (tanto públicos como del ámbito privado)

que pudieran auxiliar o asistir a la hora de llevar a cabo dichas prestaciones (Ley de regulación de la eutanasia, 2021).

8. CONCLUSIONES.

El objetivo principal del presente trabajo consistía, fundamentalmente, en conocer la situación actual de la eutanasia en España y la implicación que la profesión de Trabajo Social debía tener a lo largo del proceso de aplicación. Además, también se marcaron otros objetivos relacionados, entre los que se encontraban: analizar su evolución a lo largo de la historia; entender y analizar los postulados éticos derivados de ella; o comparar los posicionamientos de diversos países; entre otros. Gracias a la revisión de bibliografía especializada en todos estos temas, se ha podido generar un aprendizaje y adquirir un conocimiento acerca de la reciente regulación de la ayuda a morir en nuestro país y todo lo que ello conlleva.

La eutanasia siempre ha suscitado gran debate en la historia y en cada uno de los países puesto que, a pesar de que la mayoría de las Constituciones consideren a los ciudadanos como seres con dignidad, libertad o igualdad (es decir, con una serie de derechos y deberes fundamentales), el ser humano, a su vez, se constituye como un ser social cuyas decisiones afectan, de una forma u otra, a todos los demás integrantes de la sociedad. Asimismo, la muerte forma parte de la vida y, por ello, entran en juego consideraciones éticas y morales en relación con ella (desde siempre ha habido partidarios y detractores de la eutanasia). Además, antes de la regulación en nuestro país, prácticas como la sedación paliativa o la LET eran consideradas moralmente mejores. Por esas razones, por la conmoción social y mediática que provocó, entre otros casos, el de María José Carrasco y su marido Ángel, y por la fuerte y desconocida relación con la profesión que nos ocupa, fue considerada una temática muy interesante para desarrollar el presente trabajo.

El suicidio asistido y la eutanasia guardan una estrecha relación con la muerte digna, en el sentido de impedir el sufrimiento de una persona afectada gravemente por una enfermedad previsiblemente irreversible y terminal, siendo ella misma quien toma la decisión de no seguir con su vida (enmarcándose dentro de la cultura del buen morir). Además, ambos conceptos ligan a su vez con el Trabajo Social que, como disciplina científica y profesión basada en la práctica, se orienta a la consecución del fortalecimiento, bienestar y calidad de vida de las personas, fundamentándose en los Derechos Humanos y en los principios fundamentales. Por tanto, todos los profesionales que pudieran estar vinculados de alguna forma con el paciente deben respetar y salvaguardar en todo momento su dignidad, su autonomía y su libertad de decisión.

La normativa que desarrolla la regulación de las prácticas eutanásicas es la Ley 3/2021 que, a pesar de tener la consideración de ley garantista y segura, se han encontrado en ella algunos aspectos que suponen ciertos vacíos legales, como por ejemplo: la no exigencia de testigos en el proceso de aplicación (lo que podría llevar a que se dieran situaciones desleales); la no obligatoriedad de que un profesional de la salud notifique el incumplimiento de la ley o de determinadas condiciones por parte de otro profesional; no hacer alusión detallada en los casos de enfermedad mental; o la no diferenciación entre suicidio asistido y eutanasia.

Además, hace referencia a la creación de una Comisión de Garantía y Evaluación para verificar que todo el procedimiento y las actuaciones se lleven a cabo con las máximas garantías y la máxima seguridad y, en principio, no menciona al trabajador social como miembro de ella; sin embargo, en la normativa autonómica (de Castilla y León) sí que se le tiene en consideración a la hora de la toma de decisiones. En relación con esto, es muy importante e incluso imprescindible que el Trabajo Social forme parte de esos equipos multidisciplinares nombrados en la Ley (no obstante, destacar que los trabajadores sociales no podrían optar a ser objeto de conciencia, aun interviniendo en el proceso de la muerte del paciente).

Por otra parte, las enfermedades, y más cuando son especialmente graves e incapacitantes, tienen una gran repercusión en todos los niveles de la vida del paciente: familiar, social, laboral... por ello, es esencial que el Trabajo Social pueda intervenir también cuando se toma la decisión de poner fin a la vida, con el propósito de que el procedimiento sea lo más apacible posible, tanto para la propia persona como para los familiares o personas que le rodean. De igual forma con el documento de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas, que contiene los deseos y voluntades de la persona y, por tanto, podrán llevarse a cabo las acciones que la persona anhela, aunque se dé una situación de incapacidad.

A modo de conclusión, desde mi punto de vista, lo más relevante del análisis realizado en este Trabajo de Fin de Grado, ha sido la exposición y clarificación de las funciones que los y las trabajadoras sociales asumen y realizan en el ámbito sanitario, al final de la vida, y en los contextos eutanásicos (siendo el acompañamiento y el apoyo emocional, en mi opinión, dos de las más destacables debido a la sensación de soledad e incertidumbre que envuelve al paciente y a las familias cuando se da una situación de esas características). El Trabajo Social es una profesión cuyo fin principal es conseguir el bienestar de las personas y, por tanto, se hace especialmente relevante su presencia en los procesos al final de la vida, cuando los pacientes y sus familias pasan a ser mucho más vulnerables. Sin embargo, al igual que con la profesión en general, su existencia y sus funciones en este ámbito son muy poco conocidas entre los ciudadanos.

Asimismo, es cierto que se han encontrado algunas dificultades a la hora de desarrollar ciertos aspectos del trabajo, entre ellas localizar artículos o fuentes que trataran el tema de la eutanasia desde el punto de vista histórico, la regulación y el tratamiento en otros países o las aplicaciones desde su aprobación en España (puesto que los informes que las Comunidades y Ciudades Autónomas deben realizar son de carácter anual y, por tanto, todavía no han sido publicados).

La línea de investigación que se podría seguir en relación con este tema una vez haya pasado varios años de su regulación, podría ser la de averiguar y conocer en qué medida la eutanasia ha generado un impacto en la sociedad, en la vida en general y en las profesiones (sobre todo sanitarias), especialmente en el Trabajo Social.

Por último, a nivel personal, considero que la aprobación de la regulación de la eutanasia y el desarrollo de la normativa correspondiente ha supuesto un gran avance a la hora de considerar a las personas como individuos con dignidad y libertad de decisión acerca de su propia vida. Creo que nadie debe tener la potestad de decidir si una persona gravemente enferma debe seguir viviendo en contra de su voluntad (considerando el derecho a la vida, pero también el derecho a morir dignamente, que no necesariamente son opuestos). Además, ha supuesto el descubrimiento de una nueva forma de intervenir desde la profesión que, para mí, no era conocida. Creo que abre camino a la posibilidad de, poco a poco, poder ir tomando parte en procesos sanitarios que mucho tienen que ver con el bienestar y calidad de vida de las personas que los trabajadores sociales tratan de promover.

Finalmente destacar que, desde mi punto de vista, lo que nos hace también personas es poder comprender la situación de los demás desde sus propias condiciones y la etapa de la vida en la que se encuentran, evitando el excesivo paternalismo que define en muchas ocasiones a nuestra sociedad y también a nuestra profesión.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aguilar, F., Serrano R., y Sesma, D. (2009). Eutanasia y suicidio asistido: un debate necesario. Fundación Centro de Estudios Andaluces. *Policy Papers*, 3. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/62854/1/Eutanasia%20y%20suicidio%20asistido.pdf>
- Agrafojo, E., Aparicio B., Martín, M. A., García, M., Gómez, M. del P., Merino, M. Tejedor, E. M., Huarte, P., Peñaranda, A., Vanzini, L.,... (2015). Protocolos de intervención. *Trabajo Social en Cuidados Paliativos* (7), 113-116. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. <https://aprenderly.com/doc/3435808/paliativos-trabajo-social>
- Asociación Derecho a Morir dignamente (2019). *Garantías de la ley de eutanasia de Victoria (Australia) y comparativa con la LORE*. <https://derechoamorir.org/2019/06/26/garantias-ley-eutanasia-victoria-australia-comparativa-lore/>
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (s.f.). *La Ley Orgánica de Ley de Eutanasia despenaliza la ayuda médica para morir en personas con una enfermedad en fase terminal o una dolencia irreversible con limitaciones en su autonomía física*. <https://derechoamorir.org/eutanasia-en-espana/>
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (s.f.). *Sesión: nombres propios. Rompiendo el tabú*. https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2021/02/FICHAS-NOMBRES-PROPIOS-8_13-ok.pdf
- Betancourt, G., y Betancourt-Reyes G. (2017). Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico. *Medimay*, 24 (1). http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1043/pdf_142
- Bont, M., Dorta, K., Ceballos, J., Randazzo, A., y Urdaneta-Carruyo, E. (2007). Eutanasia: una visión histórico – hermenéutica. *Comunidad y Salud*, 5 (2), 36-45. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200005#:~:text=Los%20primeros%20casos%20ocurrieron%20en,etapa%20terminal%20a%20cometer%20suicidio
- Borrás, J. M. (2004). Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Trabajo Social del Institut Català d'Oncologia. https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_modelo_trabajo_social_at_oncologica.pdf
- Campos, J., Federico, C., y Jaramillo, O. (2001). Consideraciones acerca de la eutanasia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 18 (1), 29-64. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000200007

- Carrasco, V. H. y Crispi, F. (2015). Eutanasia activa, una mirada a la situación internacional. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 26, 322-328. https://www.researchgate.net/profile/Francisca-Crispi/publication/320353359_Eutanasia_activa_una_mirada_a_la_situacion_internacional/links/59df80360f7e9b2dba834858/Eutanasia-activa-una-mirada-a-la-situacion-internacional.pdf
- Castillo, A., Molina, J.E. (2011). De la historia. Eutanasia, antecedentes históricos y tendencias actuales. *Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba*. <http://www.16deabril.sld.cu/rev/244/eutanasia.html>
- Castrillo, J.L; Diez, T.; Escaja, M.A., García, J.M.; González, E.; González, R.; Guzmán, M.A.; Mercado, T. Rodríguez, M.; Torres, T. y Velasco, M. (2013). El documento de consenso sobre las funciones del profesional de Trabajo Social Sanitario. <https://1library.co/article/trabajadoras-sociales-manual-funcionamiento-unidad-trabajo-social-sanitario.4zpr9d4q>
- Código Deontológico de Trabajo Social (2012). Consejo General del Trabajo Social. Asamblea General Extraordinaria. https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitaria (2008). Ética y muerte digna. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2018/12/etica_muerte_digna.pdf
- Cortés-Moya, M. I. y Santamaría-Velasco, J.P. (2022). El Derecho a la Muerte Digna como alcance a la Vida Digna. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 7 (1), 234-249. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8331438>
- Creagh, M. (2012). Dilema ético de la eutanasia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (1), 150-155. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000100014&script=sci_arttext&tlng=pt
- De Miguel, C. y López, A. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I). *Medicina Paliativa*, 13 (4), 207-215. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Asamblea General de las Naciones Unidas. https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Delgado, J. C. (2007). Reflexiones sobre la muerte y la dimensión social de la eutanasia. *Temperamentvm* 2007, (5). <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/04/reflexiones-sobre-la-muerte-y-la-eutanasia.pdf>

- Díaz, A. (2020). Brevísima historia de la eutanasia. *1º Congreso Virtual SMU. 100 años trabajando en las bases del futuro*. <https://www.smu.org.uy/wpsmu/wp-content/uploads/2021/04/AlvaroDiaz-Eutanasia-SMU.pdf>
- Durkheim, E. (1982). *El suicidio*. Ediciones Akal. <https://books.google.es/books?id=shxocciBuVEC&pg=PA326&dq=>
- Eutanasia y su evolución histórica. (s.f.). Universitat de Barcelona. <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucio/trabajos/0304/3/2.htm>
- Eutanasia: historia y actualidad. (2001). *Revista Ámbito Jurídico*. <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/eutanasia-historia-y-actualidad/>
- Fabre, A. y Hernández, M. L. (2020). Muerte digna. *Enfoques jurídicos*, 1, 35-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7391990>
- Foz, M., Boladeras, M., Tomás-Valiente, C., Gascón, M., Juanatey, C., Drane, J... Quintana, O. (2003). Eutanasia. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1 (1), 13-53. https://fundacionletamendi.com/revista-pdf/Revista_Humanitas_1.pdf
- Gascón, M. F. (2003). ¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia? *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1 (1), 15-22. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/04/hablamos-de-eutanasia.pdf>
- Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario (2012). Generalitat, Conselleria de Sanitat. Agencia Valenciana de Salud. <https://studylib.es/doc/6941813/gu%C3%ADa-de-intervenci%C3%B3n-de-trabajo-social-sanitario>
- Gutiérrez-González, L. H. (2013). Eugenesia y eutanasia: la vida indigna de ser vivida. *Gaceta Médica de México*, 149 (76), 366-376. https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_366-376.pdf
- Gutiérrez-Samperio, C. (2001). La bioética ante la muerte. *Gaceta Medicina México*, 137 (3), 269-276. <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013m.pdf>
- Hernández, L. (2016). *Hipócrates de Cos*. Gomeres: salud, historia, cultura y pensamiento. <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?m=201612>
- Iglesias, O. y Chávez, O. (2018). Repercusión social de la eutanasia desde el punto de vista ético. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 22 (1), 275-285. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2018/mul181w.pdf>
- Jiménez, A.; Granados, M.; Fernández, C. (2015). Revisión legislativa de la eutanasia, suicidio asistido y muerte digna en Europa. *Biblioteca Las Casas*, 11 (2). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0821.php>

- Júdez, J. (2007). Suicidio asistido y eutanasia: Un viejo y trágico debate, de pronóstico reservado. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (3), 137-161. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600011&script=sci_arttext&lng=en
- Junta de Castilla y León. (s.f.). *Formularios orientativos para la tramitación de la eutanasia*. Consejería de Sanidad. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia/formularios-orientativos-tramitacion-eutanasia>
- Junta de Castilla y León (2021). *Guía sobre Instrucciones Previas para los usuarios*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. <https://www.saludcastillayleon.es/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas.ficheros/1911559-Gu%C3%ADa%20sobre%20Instrucciones%20Previas%20para%20los%20usuarios%20Ca%C3%B1o%202021.pdf>
- La Eutanasia en la Edad Moderna. (s.f.). Library.co. <https://1library.co/article/eutanasia-edad-moderna-sistematizaci%C3%B3n-clasificaci%C3%B3n-eutanasia.q2npxerq>
- López, A. (2021). ¿Qué sabemos del Trabajo Social Sanitario?. *TSDifusión*. <https://www.tsdifusion.es/que-sabemos-del-trabajo-social-sanitario>
- Marco histórico, legal y contextual (2021). Foro de Reflexión Interdenominacional. <https://fororeflexion.ferede.es/foro-2021-marco-historico-legal-y-contextual>
- Marín-Olalla, F. (2018). La eutanasia: un derecho del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 32 (4), 381-382. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000400381
- Medina, G. (2006). ¿Prolongar la vida o prolongar la agonía? La eutanasia en el Derecho argentino. *Revista Latinoamericana de Derecho*, 6, 263-294. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2221887>
- Miret, E. (2003). Eutanasia, filosofía y religión. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1 (1), 97-104. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/06/eutanasia-filosofia-y-religion.pdf>
- Nivela, I.; Rogers, S. A.; Fernández, E. A.; Paterna, L. P.; Rodríguez, M. E.; González, F. J. (2021). La situación de la eutanasia en España 2021. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2 (11). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-situacion-de-la-eutanasia-en-espana-2021/>
- Ordieres, N. (2021). Ley de eutanasia en España: donde el trabajo social debe estar. *TSDifusión*. <https://www.tsdifusion.es/ley-de-eutanasia-en-espana-donde-el-trabajo-social-debe-estar>

- Pániker, S. (1998). El derecho a morir dignamente. *Anuario de Psicología*, 29 (4), 83-90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2948323>
- Parreiras, M.; Cafure, G.; Pacelli, L. M.; Silva, L.; Rückl, S.; Angelo, V. L. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Revista de Bioética*, 24 (2), 355-367. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DhvhJgpN9ykykc9L8cpFtxN/?lang=es>
- Pérez, M. (2019). Trabajar con la muerte desde el Trabajo Social. Implicaciones antropológicas, psicológicas, bioéticas y legales. *Trabajo Social Hoy* 92, 7-26. <https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/308/trabajar-con-la-muerte-desde-el-trabajo-social-implicaciones-antropologicas-psicologicas-bioeticas-y-legales>
- Pinto, B., Bielsa, M., Alloza, E. y Pérez, S. (2017). Valoración bioética eutanasia. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/valoracion-bioetica-eutanasia/>
- Ponte, A. (2018). La eutanasia y la muerte digna en Argentina. *Universidad Empresarial Siglo 21*, 21. <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/15422/PONTE%20OSILVA%20ALEJANDRO%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramírez, L. (2021, 18 de diciembre). España ha practicado un centenar de eutanasias desde la aprobación de la nueva ley. *The Objective*. <https://theobjective.com/sociedad/2021-12-18/eutanasia-muertes-espana/>
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <https://dle.rae.es/>
- Rodríguez, V. (2022, 17 de febrero). Historia de la eutanasia: antecedentes históricos y actualidad de esta polémica práctica médica. *Cinco Noticias*. <https://www.cinconoticias.com/historia-de-la-eutanasia/>
- Távora, L. (2017). Objeción de conciencia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63 (4), 581-590. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322017000400010&script=sci_arttext
- Tema 1 Concepto de Trabajo Social. (2019). En R. Gómez (Comp.), *Fundamentos de Trabajo Social*. Universidad de Valladolid.
- Tema 3 Los Códigos Deontológicos de ética profesional en Trabajo Social en España. (2021). En C. Rodríguez (Comp.), *Ética y deontología del Trabajo Social*. Universidad de Valladolid.
- Trabajo Social Clínico (2019). Guía breve sobre trabajo social clínico. *Comisión Colegial de Trabajo Social Clínico*. Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de

Tenerife.

<https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/castellon/files/GUIA%20BR EVE%20TRABAJO%20SOCIAL%20CL%C3%8DNICO.pdf>

Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, 47, 184-199. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655799>

Vega, J. y Ortega, I. (2007). La «pendiente resbaladiza» en la eutanasia en Holanda. *Cuadernos de Bioética*, 18 (1), 89-104. <https://www.redalyc.org/pdf/875/87506204.pdf>

Velasco, C. y Trejo-Gabriel-Galán, J. M. (2021). Leyes de eutanasia en España y en el mundo. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 54 (1), p. 8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8201616>

Velasco, M. (2021, 7 de julio). Ángel Hernández: “María José me decía: ‘Después de lo que me has ayudado, que no te empapelen’”. *HUFFPOST*. https://www.huffingtonpost.es/entry/entrevista-angel-hernandez-absuelto-eutanasia_es_60e4722fe4b094dd26906c6d

Villamizar, E. (2002). El morir y la muerte en la sociedad contemporánea. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1 (2). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2902>

Zurriarain, R. G. (2019). Aspectos sociales de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 30 (98), 23-34. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. <https://www.redalyc.org/journal/875/87558347003/movil/>

10. REFERENCIAS LEGALES.

Constitución Española (CE). Boletín Oficial del Estado, núm. 311 de 29 de diciembre de 1978, pp. 29313 a 29424. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

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. Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 51 de 15 de marzo de 2022, pp. 11410 a 11414. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/resumen-bocyl-legislacion-sanitaria/decreto-5-2022-11-marzo-crea-registro-profesionales-sanitar.ficheros/2112666-BOCYL-D-15032022-1.pdf>

Decreto 15/2021, de 24 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia, en la Comunidad de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 122 de 25 de junio de 2021, pp. 32723 a 32728. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/resumen-bocyl-legislacion-sanitaria/decreto-15-2021-24-junio-crea-comision-garantia-evaluacion.ficheros/1911149-BOCYL-D-25062021-1.pdf>

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. Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 62 de 28 de marzo de 2007, pp. 7040. <https://www.saludcastillayleon.es/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas>

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, núm. 274 de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 71, de 14 de abril de 2003. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/asistencia-sanitaria/prestaciones-derechos/ley-8-2003-8-abril-derechos-deberes-personas-relacion-salud>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm. 281. de 24 de noviembre de 1995, pp. 59 a 60. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado, núm. 72. de 25 de marzo de 2021, pp. 34037 a 34049. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>

Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado, núm. 40 de 15 de febrero de 2007.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-3160-consolidado.pdf>

11. ANEXOS.

Anexo I. Modelo 1ª solicitud: eutanasia.



Gerencia Regional de Salud

N.º Expte.:

MODELO 1

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 1ª solicitud

Yo, con DNI nº fecha de nacimiento, domicilio (localidad)

dirección Código postal
Teléfono/s.....Correo electrónico y teniendo en cuenta

que poseo: La Nacionalidad española.

La residencia legal en España.

Un certificado de empadronamiento en el que se acredita un tiempo de permanencia en el territorio español superior a doce meses.

DECLARO

- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud.
- Que **NO tengo** ninguna presión externa que motive esta solicitud.
- Que estimo que sufro:

Una enfermedad grave e incurable.

Padecimiento grave, crónico e incapacitante.

Y, por tanto,

SOLICITO

La prestación de ayuda para morir

Y AUTORIZO

La cesión de los datos que contenga mi historia clínica al personal sanitario responsable de mi proceso, al médico consultor y a los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León que deban valorar y decidir sobre la aplicación de la prestación de ayuda para morir.

En a de de 20.....

FIRMA

(continua al dorso)

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
Finalidad	Gestión de la prestación de ayuda a morir en Castilla y León.
Legitimación	Necesidad para la gestión de la prestación de la ayuda para morir, en los términos de los artículos 6.1.e) y 9.2.h) del Reglamento General de Protección de Datos, en relación con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia
Destinatarios	Cesión de los datos contenidos en la Historia Clínica y resto de documentación acreditativa, al personal sanitario responsable del proceso asistencial del solicitante, del médico consultor y a los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León que deban valorar y decidir sobre la aplicación de la prestación de ayuda a morir
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.
Información Adicional	Los datos de esta autorización serán incorporados a la Historia Clínica del solicitante de la prestación de ayuda a morir. Puede consultar información adicional en https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/ambito-sanitario/prestación-de-ayuda-para-morir

Conforme al artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y el art. 7 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en el caso de que el médico responsable del proceso de niegue la prestación de ayuda a morir, el plazo para resolver negativamente este procedimiento de solicitud de prestación de ayuda a morir, es de máximo 10 días contados desde el día de recepción de esta solicitud. Esta resolución negativa se puede reclamar ante la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León en el plazo máximo de 15 días desde la recepción de la resolución negativa. Con la

presentación de esta solicitud el interesado declara recibir y conocer información sobre la prestación de ayuda a morir.

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, fecha de nacimiento..... y
plenamente capaz, con DNI nº

DECLARO

Que no se encuentra en condiciones de firmar
el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento.

En a de de 20.....

FIRMA**PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD**

Nombre y apellidos
.....

DNI Profesión
.....

Colegiado nº

Centro de trabajo
.....

En a de de 20.....

FIRMA

MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR:

Nombre y apellidos
.....

Nº de colegiado Fecha recepción 1ª
solicitud..... Centro de trabajo
.....

En a de de 20.....

FIRMA

Anexo II. Modelo documento consentimiento informado: eutanasia.**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad

Nº. Expte.



Gerencia Regional de Salud

MODELO 7

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. (FINALIZACIÓN DEL PROCESO DELIBERATIVO MÉDICO RESPONSABLE-PACIENTE)*(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)***1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE**

D. /Dña.: con

DNI nº Fecha de nacimiento:

Nacionalidad / residencia legal / certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:

Sexo: Domicilio:

Localidad: Provincia: y CP.:

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):

.....

Teléfono:

..... Correo electrónico:

2. MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

- He sido informado/a adecuadamente, de forma **verbal y por escrito**, por el equipo sanitario responsable sobre el procedimiento, garantías y realización de la prestación de ayuda para morir, al objeto de tomar la decisión de forma **voluntaria, libre y consciente**.

- He recibido una copia de la información, en la que se incluye la información que existe actualmente, sobre mi proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la Cartera Común de Servicios y a las prestaciones a las que tengo derecho, de conformidad con la normativa de atención a la dependencia.

Esta documentación se me ha facilitado en formatos adecuados y adaptados.

- He formulado dos solicitudes de manera voluntaria, libre y consciente y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia (*Indicar otros medios*):

- Que mi voluntad la ejerzo con absoluta libertad de decisión y sin presión externa de cualquier índole.

- El médico/a responsable ha certificado:
 - que sufro una enfermedad grave e incurable

 - que sufro un padecimiento grave, crónico e imposibilitante

 - que actúo de forma voluntaria, sin presiones externas de ninguna índole y con conocimiento de causa sobre la prestación que solicita.

- He sido informado de que un médico/a consultor/a me examinará y corroborará que se dan los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

- He sido informado del proceso técnico de la eutanasia de sus efectos, evolución y complicaciones.

- He sido informado que puedo elegir entre las dos modalidades posibles de prestación de ayuda a morir:
 - La administración directa de una sustancia por parte de un profesional sanitario competente. En este caso el médico/a responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios me asistirán hasta el momento de mi muerte.

 - La prescripción o suministro por parte un profesional sanitario de una sustancia, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte. En este caso, el médico/a responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, mantendrán la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de mi fallecimiento.

 - Informado del proceso técnico de la eutanasia de sus efectos, evolución y complicaciones.

- De las dos modalidades posibles, de las cuales he sido informado/a previamente, escojo la siguiente:

- La **administración directa de una sustancia** por parte de un profesional sanitario competente.

- La prescripción o suministro por parte un profesional sanitario de una sustancia, de manera que me la pueda **autoadministrar** para causar mi propia muerte.

- En el caso de elección de la autoadministración por vía oral:
 - Si existiera alguna complicación durante la autoadministración oral, autorizo al médico responsable a utilizar la modalidad intravenosa....

 - Si el tiempo transcurrido entre la ingesta del medicamento letal y mi fallecimiento se prolongara más allá de lo esperado, autorizo al médico responsable a utilizar la modalidad intravenosa

- He sido informado de mi derecho a desistir en cualquier momento de mi solicitud de la prestación de ayuda para morir, incluso una vez que mi derecho a la prestación de ayuda a morir haya sido reconocido por la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma.

- He sido informado que puedo desistir y rechazar el ejercicio de mi derecho en cualquier momento previo a la efectiva realización de la prestación de ayuda a morir. Esta voluntad de rechazo la puedo manifestar a cualquier profesional del equipo asistencial.

- He sido informado sobre el procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.

- He sido informado de mis derechos de reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación, y de mi derecho a acudir a los tribunales de acuerdo a lo determinado por la Ley. Soy conecedor que mi solicitud de la prestación de ayuda a morir puede ser denegada.

- He sido informado sobre el procedimiento de consulta al/la médico/a consultor/a y del procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.

- He sido informado/a de mi derecho a mantener un canal de comunicación inmediata y próxima con mi médico/a responsable para aclarar cualquier duda.

- He sido informado/a de mi derecho de acompañamiento de persona o personas, que determine, durante la realización de la prestación de ayuda para morir.

- He sido informado/a que la prestación de ayuda a morir se hará con el máximo cuidado y responsabilidad, de acuerdo con los protocolos y observando las recomendaciones establecidas en el Manual de Buenas Prácticas aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Con toda la previa información:

3.- EXPRESO MI VOLUNTAD DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO PARA LA EFECTIVA REALIZACIÓN DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico responsable Dr./Dra.:

EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE **CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO** DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.

Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

- Don/Doña:
- Don/Doña:

Firmado: El/la paciente.

Firmado: El/la Médico Responsable.

Fecha:

4.- EXPRESO MI VOLUNTAD DE DESISTIR/REVOCAR MI SOLICITUD DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico responsable Dr./Dra.:

EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE **REVOCAR MI SOLICITUD** DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.

Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

Don/Doña:

Don/Doña:

Firmado: El/la paciente.

Firmado: El/la Médico Responsable de la prestación.

Fecha:

Anexo III. Modelo documento: instrucciones previas.**DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS**

Yo....., nacido el ... dede, con DNI/pasaporte/otro documento válido nº, con domicilio en calle nº.....Piso.....Localidad..... Provincia..... CP, con plena capacidad de obrar, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, formulo de forma documental las INSTRUCCIONES PREVIAS que se describen más abajo, para que se tengan en cuenta en el momento en que, por mi estado físico o psíquico, esté imposibilitado para expresar mis decisiones de forma personal sobre mi atención médica, por encontrarme en alguna de las siguientes situaciones:

Daño cerebral severo e irreversible.

Tumor maligno diseminado en fase avanzada.

Enfermedad degenerativa del sistema nervioso o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.

Situación terminal en fase irreversible constatada por dos médicos.

La enfermedad que padezco actualmente

de cuya evolución y pronóstico he sido adecuadamente informado (*cumplimentar si procede*).

Otras situaciones

Es mi deseo que los responsables del cuidado de mi salud y, en su caso, mi representante tenga en consideración mi voluntad, si llegara el momento en que hubiese perdido la capacidad para decidir por mí mismo y al menos dos médicos lo determinasen así como que me encuentre en la situación definida más arriba, en el sentido que expreso a continuación:

Que no se dilate mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.

Que se me suministren fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi agonía.

Que se me apliquen las medidas médicamente apropiadas para prolongar mi vida, independientemente de mi estado físico o mental.

Otras indicaciones:

Si se produce el fallecimiento:

Que se donen mis órganos

Que se donen los órganos siguientes:

.....

Que no se donen mis órganos

En cuanto al destino de mi cuerpo

.....

Con el fin de que pueda ayudar a interpretar las instrucciones formuladas más arriba, manifiesto que

.....

.....

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

Designo como mi/s representante/s, en el caso de que me vea imposibilitado/a para expresar mi voluntad, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las instrucciones expresadas en mi documento de instrucciones previas y tome/n las decisiones necesarias para tal fin, con el siguiente orden de prelación a:

PRIMER REPRESENTANTE

D/Dª		DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento		Teléfonos de contacto	
Domicilio			
Localidad		Provincia	C.P.
<p>Aceptación de la representación</p> <p><u>Acepto la designación</u> como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a.</p>			<p>Fdo.:</p>

SEGUNDO REPRESENTANTE

D/Dª		DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento		Teléfonos de contacto	
Domicilio			

Localidad	Provincia	C.P.
Aceptación de la representación <u>Acepto la designación</u> como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a		Fdo.:

TERCER REPRESENTANTE

D/Dª	DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento	Teléfonos de contacto	
Domicilio		
Localidad	Provincia	C.P.
Aceptación de la representación <u>Acepto la designación</u> como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a		Fdo.:

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Los firmantes como testigos de la formalización de este documento de instrucciones previas DECLARAMOS ser mayores de edad y tener plena capacidad de obrar y que, a nuestro juicio, **la persona otorgante de este documento es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en nuestra presencia**

PRIMER TESTIGO

D/Dª	DNI/NIE		Fdo.:
Domicilio (Calle, nº portal, piso , letra)			
Código Postal	Localidad	Provincia	

SEGUNDO TESTIGO

D/Dª	DNI/NIE		Fdo.:
Domicilio (Calle, nº portal, piso , letra)			

Código Postal	Localidad	Provincia	
---------------	-----------	-----------	--

TERCER TESTIGO

D/Dª	DNI/NIE	Fdo.:
Domicilio (Calle, nº portal, piso, letra)		
Código Postal	Localidad	

DECLARACIÓN DEL OTORGANTE

Como otorgante de este documento, DECLARO que los firmantes como testigos en primer y segundo lugar **no tienen conmigo relación de parentesco en primer ni en segundo grado, ni ningún vínculo patrimonial u obligacional.**

Estando conforme con todo lo anterior y reservándome el derecho a revocar, en forma escrita, esta declaración en cualquier momento.

Enade.....de.....

(Lugar y fecha de formalización)

Firma del Otorgante

(Indicar de forma legible Nombre y apellidos)

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
Finalidad	Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos y cumplimiento de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia y el 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).
Destinatarios	Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.
Información Adicional	Los datos de esta autorización serán incorporados a la Base de datos del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. Puede consultar información adicional en https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas

Anexo IV. Modelo solicitud: registro de instrucciones previas.

**Junta de
Castilla y León**
Consejería de Sanidad



Gerencia Regional de Salud

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN DE
UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS**

DATOS DEL SOLICITANTE				
NOMBRE		1º Apellido		2º Apellido
Fecha de nacimiento	DNI/NIE/Pasaporte	Centro sanitario al que desea remitir el documento para su incorporación a la Historia Clínica		
Domicilio:			Número	Piso
Código Postal	Localidad		Provincia	
Correo electrónico		Tlfno. fijo		Tlfno. móvil

DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

Documento de instrucciones previas

DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN VOLUNTARIA EN EL CASO DE SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN DE UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS FORMALIZADO ANTE TRES TESTIGOS_(Documentación que deberá presentar el otorgante y los tres testigos si se oponen expresamente a que la Administración los obtenga o recabe)

Me opongo expresamente a que la Administración obtenga los siguientes documentos que presento:

- Otorgante: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad
- 1º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad
- 2º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad
- 3º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad

De conformidad con el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, cuando la Administración no pueda recabar los documentos señalados en el artículo 17 del 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, podrá solicitar al interesado su presentación.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

- *Solicito* la inscripción del documento de instrucciones previas, que se adjunta a esta solicitud, en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.

- *Autorizo* la cesión de los datos que se contengan en el documento citado al personal sanitario responsable de mi proceso, al Registro nacional de instrucciones previas y a quien precise su conocimiento para el cumplimiento de una obligación legal.

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
Finalidad	Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos y cumplimiento de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia y el 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).
Destinatarios	Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.
Información Adicional	Los datos de esta autorización serán incorporados a la Base de datos del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. Puede consultar información adicional en https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas

Conforme al artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y el art. 18.4 del 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 se informa que el plazo para resolver y notificar este procedimiento de solicitud de inscripción de un documento de instrucciones previas, es de 2 meses contados desde el día siguiente a la recepción de esta solicitud y la no resolución en plazo tiene efectos estimatorios. Con la presentación de esta solicitud el interesado declara recibir y conocer información sobre el mismo.

En a de de

Firma del Solicitante

REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN. GERENCIA REGIONAL DE SALUD