



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Programa de educación para usuarios  
sobre la solicitud de muerte asistida.

Assisted dying application user  
education program.

Autor

Diego Jeria Ordóñez

Director/es

Sofía Pilar Pérez Calahorra

**Facultad de Ciencias de la Salud**

2021-2022

## **INDICE**

---

1. RESUMEN .....	1
2. ABSTRACT .....	2
3. INTRODUCCIÓN .....	3
4. OBJETIVOS .....	7
5. METODOLOGÍA.....	7
6. DESARROLLO .....	9
6.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN .....	9
6.2 PLANIFICACIÓN.....	11
6.3. EVALUACIÓN .....	18
7. CONCLUSIONES .....	19
8. BIBLIOGRAFÍA .....	20
9. ANEXOS .....	24

## 1. RESUMEN

---

### **Introducción:**

La consolidación de las primeras leyes sobre muerte asistida en el mundo hace que sean más habituales los debates éticos, legales y médicos sobre estas prácticas.

La reciente aprobación de la ley 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia en el estado español proporciona un nuevo derecho a sus ciudadanos y a la vez de una necesidad de formación e información de usuarios y profesionales de la salud.

### **Objetivo principal:**

Elaborar un programa de educación para la salud (EpS) para pacientes sobre la nueva ley de eutanasia y el proceso de solicitud de la prestación.

### **Metodología:**

Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando documentos de menos de 5 años de antigüedad en diferentes bases de datos y páginas web oficiales y de asociaciones vinculadas a la temática. Se ha dado gran importancia a la lectura y análisis de documentos oficiales. Con esta información se ha elaborado una actualización bibliográfica sobre la muerte asistida a nivel global y estatal.

Posteriormente y usando la bibliografía consultada, se elaboró un programa de EpS dirigido a la población demandante de información sobre esta ley y el proceso de solicitud de la prestación, con el objetivo es cubrir las demandas solicitadas.

### **Conclusión principal:**

El procedimiento de solicitud de la prestación de muerte asistida es largo y complejo y se asemeja más a un proceso de cuidados que a un acto médico. Por sus características podría ser liderado por Enfermería, sin embargo, en la recientemente aprobada ley las funciones reconocidas a Enfermería son mínimas y no están bien definidas.

**Palabras clave:** eutanasia, muerte asistida, suicidio medicamente asistido, enfermería, atención primaria, promoción de salud.

## 2. ABSTRACT

---

### **Introduction:**

The consolidation of the first laws on assisted death in the world makes ethical, legal and medical debates about these practices more common.

The recent approval of Law 3/2021, of March 24, regulating euthanasia in the Spanish state provides a new right to its citizens and at the same time a need for training and information for users and health professionals.

### **Main objective:**

Develop a health education program for patients on the new euthanasia law and the service on its application process.

### **Methodology:**

A bibliographic review has been carried out looking for documents less than 5 years old in different databases and official web pages and those of associations related to the subject. Great importance has been attached to the reading and analysis of official documents. With this information, a bibliographic update on assisted death at the global and national levels has been prepared.

Subsequently, and using the bibliography consulted, a health education program was developed aimed at the population requesting information about this law and the process of requesting the benefit, with the objective of covering the requested demands.

### **Main conclusion:**

The application procedure for the assisted dying benefit is long and complex and being more like a care process than a medical act. Due to its characteristics, it could be led by Nursing, however, in the recently approved law, nursing recognized functions are minimal and not well defined.

**Keywords:** euthanasia, assisted death, physician-assisted suicide, nursing, primary care, health promotion.

### 3. INTRODUCCIÓN

---

El desarrollo de las sociedades humanas y de las ciencias de la salud han llevado a un aumento de la esperanza de vida y del padecimiento de las enfermedades crónicas. La muerte es un proceso cada vez más predecible y controlable, lo que ha generado cambios en la percepción general sobre lo que se considera un final de vida ideal. Esto ha llevado un debate ético-legal sobre los distintos métodos para alcanzarla (1).

Eutanasia se define etimológicamente como “buena muerte” (2). Es una técnica médica que induce la muerte del paciente que se encuentra en una situación de sufrimiento a causa de una enfermedad incurable y es realizada de manera directa por el personal sanitario a petición del paciente (3). Es un término que suele ser confundido con otros conceptos, principalmente con el de suicidio medicamente asistido (SMA), en el que el personal sanitario se limita a proporcionar los medios para que sea el paciente el que induzca su propia muerte (1,2). En este sentido, una ley de regulación de muerte asistida (MA) es aquella que pretende reconocerla como un derecho, despenalizar su práctica, define las condiciones en las que se puede solicitar y realizar, y garantiza los medios para que se lleve a cabo (4).

La MA es una práctica que suscita dos posiciones contrarias en el seno de la sociedad. Por un lado, existe una línea de pensamiento que defiende el respeto por la autonomía de las personas sobre su vida y su muerte, abogando por la regulación de estas prácticas. Mientras, el paradigma de pensamiento opuesto concibe la vida como un valor absoluto y encuentra inaceptable legalizar la muerte asistida por considerarla inmoral. Sostiene que podría dar lugar a la rutinización de acciones contra la vida en lo que se define como “pendiente resbaladiza” (5, 6). No obstante, progresivamente existe un mayor apoyo a la despenalización de la MA en los países occidentales y en aquellos en los que ya se han aprobado diversas leyes para despenalizarla (5, 7).

En el caso de la población española existe una mayoría de personas que se muestran afines a la despenalización de estas prácticas, siendo la eutanasia la que mayor consenso aglomera. (1, 8). En un sentido comparativo, la muerte asistida encuentra más apoyos entre los hombres, jóvenes adultos,

personas con estudios superiores a secundaria, pertenecientes a nuevas clases medias, divorciados, no religiosos, con ideología de izquierda y residentes en localidades de más de 1.000.000 de habitantes (1).

Respecto a las enfermeras de los países occidentales, existe una mayoría que muestran una actitud positiva hacia la MA, pero demandan una mayor formación. En los países donde la MA ha sido despenalizada, la mayoría de creen estar en disposición de gestionar la solicitud de los pacientes y piden que esta sea una competencia enfermera, si bien también solicitan mayor formación en la materia y recursos en los que apoyarse (9, 10).

Es constatable que las creencias religiosas tienen gran importancia en la concepción acerca de la eutanasia y el SMA. Los preceptos de las religiones mayoritarias rechazan estas prácticas, aunque admiten la adecuación del esfuerzo terapéutico de cara a evitar el sufrimiento. En este sentido, cabe destacar que los países donde se han despenalizado estas prácticas tienen ascendencia cristiana (7, 11).

Actualmente la mayoría de las legislaciones del mundo tienen mecanismos para penalizar estas prácticas, equiparándolas al homicidio en muchos casos (12). En aquellos países en los que se ha despenalizado la MA existen realidades muy dispares, siendo legales unas prácticas y otras no, y variando los motivos por los que es posible solicitarla y la forma de proceder (13).

Los países del Benelux han sido los pioneros en la despenalización de la eutanasia en el mundo. En Países Bajos, la eutanasia es legal desde el 2002 tanto en adultos como en menores a partir de los 12 años con el consentimiento paterno, y en recién nacidos en circunstancias específicas de acuerdo con el Protocolo de Groningen (14). Una situación similar es la de Bélgica, teniendo como característica haber sido el primer país del mundo en permitir la eutanasia infantil (13). Luxemburgo, por su parte, comparte características comunes, pero solo aplicables a mayores de edad. Otros países con leyes de regulación de eutanasia son Colombia, Canadá, Nueva Zelanda y algunos estados australianos y, recientemente, España.

En lo referente al SMA, además de ser legal en los países antes mencionados, también se encuentra despenalizados en países como Suiza, Austria, Alemania, Italia y ciertos estados de EE. UU. (6, 7, 12, 15).

Otros muchos países permiten la sedación paliativa y otros métodos de evitar el sufrimiento intenso al final de la vida, aunque no son considerados formas de MA (13,16,17).

### **Situación en España**

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia es una ley de reciente aprobación en España (2).

Proporciona el acceso tanto a la eutanasia como al SMA a “toda persona que siendo mayor de edad tienen capacidad de obrar y decidir”, “siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerable” (2). Esta prestación está habilitada para ciudadanos con nacionalidad española, residencia legal en España o empadronados de más de un año y que no están condicionados por presiones externas (2). Cuando el solicitante no se encuentra en pleno uso de sus facultades deberá haber dejado constancia de tal deseo en su testamento vital, Voluntades Anticipadas (Anexo 1) o documentos equivalentes legalmente reconocidos (2, 18).

La MA podrá ser llevada a cabo tanto en centros sanitarios privados como públicos, así como en el propio domicilio del paciente y será ejecutada por el médico responsable y equipo asistencial, unidad conformada por enfermeras y resto de profesionales sanitarios que además deberá de garantizar la continuidad asistencial al usuario y a su familia en el largo proceso de solicitud de la prestación (2, 4).

Las vías medicamentosas aprobadas para la MA en el estado español son las vías intravenosa y oral. En la eutanasia solo será usada la vía intravenosa. En el SMA está reconocido que el paciente elija entre tomar por vía oral los fármacos suministrados por el equipo sanitario o bien abrir la llave de la bomba de infusión para el paso intravenoso del fármaco (4).

El uso de los distintos fármacos y dosis dependerá de condicionantes individuales como pueden ser el peso del solicitante, sus alergias conocidas o su tratamiento farmacológico habitual, por lo que el medicamento administrado puede variar (4).

Los profesionales de la salud que intervienen en el proceso pueden ejercer su derecho a la objeción de conciencia, derecho que no puede comprometer el derecho a la prestación del usuario (19). Para evitar que esto suceda, los sanitarios objetores deberán manifestar su negativa, que podrá ser revocada, por escrito y de manera anticipada (2). Esta decisión será individual y específica hacia las acciones que impliquen laMA, no pudiendo ser extrapolable al resto de actuaciones sanitarias, administrativas o de acompañamiento (4).

### **Justificación del Trabajo**

Las leyes de despenalización de MA en el mundo son muy jóvenes y están sometidas a un constante debate social (5-7, 12-15). Esto hace que muchas veces se enfoque esta temática desde el desconocimiento o la visceralidad, lo que demanda que la comunidad científica siga trabajando por consolidar y difundir conocimientos certeros sobre estas prácticas. En este sentido la Enfermería adquiere un papel relevante ya que, como responsable del desarrollo de los cuidados, debe saber traducir y acercar esa información a los pacientes que la soliciten.

La ley española sobre eutanasia recientemente cumplió un año desde su aprobación y ha generado mucha controversia tanto en el fondo de la cuestión como en la forma en la que se ha empezado a aplicar. Errores profesionales e institucionales han dado lugar a denegaciones de solicitudes y retrasos, llevando en Zaragoza al suicidio desesperado de una solicitante (20, 21).

El proceso de demanda de la MA es largo y complejo. En él intervienen varios profesionales, requiere de múltiples documentos a rellenar, implica plazos que deben ser respetados y las solicitudes en ocasiones son rechazadas (4). Todo esto puede ser muy frustrante para aquellos usuarios que deciden iniciar los trámites, teniendo en cuenta además que son personas que suelen estar en el momento más delicado de su vida.

En este contexto se hace necesario que Enfermería desarrolle programas de educación que puedan guiar a los usuarios que demanden información sobre este servicio de salud. El presente trabajo pretende ser un humilde ejemplo.



## 4. OBJETIVOS

### Objetivo General

- Elaborar un programa de educación sanitaria para pacientes sobre la nueva ley de eutanasia y del proceso de solicitud de la prestación.

### Objetivos Específicos

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la muerte asistida.
- Conocer de manera íntegra la ley de eutanasia y el proceso de solicitud de la prestación.
- Facilitar toda la información pertinente al paciente para que tenga un conocimiento global del proceso.
- Identificar las funciones que deben de ser desempeñadas por Enfermería en el proceso de solicitud de Muerte Asistida.

## 5. METODOLOGÍA

Para la consecución de los objetivos planteados se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden Plus y Pubmed en los meses febrero y marzo de 2022. Los criterios de inclusión y exclusión se detallan en la *tabla 1*.

*Tabla 1. Criterios de búsqueda bibliográfica.*

Criterios de inclusión
Documentos escritos en inglés o castellano.
Posibilidad de acceso al texto completo con los permisos de la biblioteca de la Universidad de Zaragoza.
Textos escritos en los últimos 5 años (desde 2017).
Criterios de exclusión
Artículos duplicados.
Textos carentes de información relevante para el desarrollo del trabajo.
Documentos que no cumplen alguno de los criterios de inclusión.

Para completar la búsqueda bibliográfica se realizó, una revisión de documentación facilitada por el Gobierno de Aragón a usuarios y a profesionales, tanto de Atención Primaria como en el ámbito hospitalario, una consulta de páginas web de organizaciones no estatales ligadas a la sanidad y una búsqueda de artículos de prensa con noticias de relevancia en Aragón sobre la temática del trabajo. Todo ello, sumado a las búsquedas bibliográficas en bases de datos, queda expuesto en la *tabla 2*.

*Tabla 2. Fuentes de información.*

Fuente	Palabras clave	Recuperados	Consultados	Usados
Pubmed	"Euthanasia" AND "law" AND "support"	62	31	8
Cuiden Plus	"Eutanasia"	16	14	7
Documentos oficiales			6	2
Pág. web			6	2
Periódicos			7	2

El presente trabajo desarrolla un programa de EpS realizado en el Sector II de Zaragoza con tres sesiones de entrevistas individualizadas y la utilización de una serie de cuestionarios. La duración del programa será de seis meses, siendo posible la inclusión de nuevos usuarios del programa hasta el inicio del sexto mes.

Para poder llevar a cabo el programa será necesaria la cesión por parte del Sector Sanitario de una consulta con ordenador con acceso a Internet, línea telefónica y un pequeño fichero para guardar documentos. Con el ordenador se procederá a crear una dirección de correo electrónico. A modo de ejemplo se usará "infoeutanasia@gmail.com". Este correo será utilizado para la comunicación con los profesionales de Enfermería y Medicina de los centros de salud del Sector 2: Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Independencia-Puerta del Carmen, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque

Roma, Rebojería, Sagasta-Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz (22). A ellos les será informada la existencia del programa y los criterios de inclusión de usuarios, rogándoles que sugieran la participación en el programa a los usuarios que cumplan alguno de los criterios que hemos seleccionado. Así mismo les facilitaremos el consentimiento informado para usuarios del programa (Anexo 2) y el cuestionario inicial (anexo 3). Esta información será repetida por correo a los coordinadores de dichos centros cada dos meses y se realizará una visita presencial al inicio del tercer mes de programa a aquellos centros que no hayan derivado ningún paciente para volver a comentar la existencia y la importancia del programa.

Las sesiones individualizadas con los participantes del programa serán registradas en la hoja de asistencia (Anexo 4) y se darán por finalizadas después de tres entrevistas. Al finalizar la tercera entrevista los participantes rellenarán el cuestionario de satisfacción y sugerencias (Anexo 5). La última toma de contacto por parte de los desarrolladores del programa hacia los usuarios consistirá en una llamada telefónica de seguimiento. Los participantes tendrán permitido escribir al correo electrónico para transmitir lo que ellos deseen mientras el programa siga activo.

## **6. DESARROLLO**

---

### **6.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**

Desde la entrada en vigor de la ley de eutanasia, en Aragón ha habido 14 solicitudes en los primeros 9 meses en de los cuales un tercio fueron aprobadas, un tercio denegadas y en el tercio restante el paciente murió durante el proceso (23).

Sería previsible que estos datos sufrieran un crecimiento en los próximos años teniendo en cuenta las experiencias de otros países que aprobado leyes similares donde el número de solicitudes ha ido aumentando progresivamente, hasta encontrarse en el 4,2% y 4,6% de los fallecimientos totales de Países bajos y Bélgica respectivamente (24).

Sobre la tramitación de las solicitudes, en una encuesta realizada a médicos belgas señala que de las solicitudes que ellos habían cursado y con una

decisión en firme, el 56% de las mismas fueron aprobadas, rechazadas el 6%, retiradas por los propios pacientes el 11% y el 27% de los pacientes habían fallecido antes de que se llevara a cabo (25).

Con la aprobación de la ley emana un nuevo derecho que puede ser desconocido o malinterpretado por muchos usuarios y por lo tanto surge una necesidad de formación y acompañamiento que debe de ser suplida por Enfermería.

En la *tabla 3* se establecen los diagnósticos enfermeros en los que se basa el diseño del programa con sus respectivos NOC y NIC, siguiendo la Taxonomía NANDA (26).

*Tabla 3. Diagnósticos de enfermería, NOC y NIC*

Diagnósticos	Definición	Resultados esperados	Intervenciones
[00161] Disposición para mejorar los conocimientos	Patrón de información cognitiva relacionada con un tema específico o su adquisición, que puede ser reforzado.	[1806] Conocimiento: recursos sanitarios	[5510] Educación para la salud
		[1606] Participación en las decisiones sobre la salud	NIC [5240] Asesoramiento
		[3012] Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza	Enseñanza: procedimiento/tratamiento
[00183] Disposición para mejorar el confort	Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social, que puede ser reforzado.	[1307] Muerte digna	[5250] Apoyo en la toma de decisiones
		[1614] Autonomía personal	[7400] Orientación en el sistema sanitario
		[1302] Afrontamiento de problemas	[5230] Mejorar el afrontamiento

## 6.2 PLANIFICACIÓN

### Objetivos

#### Objetivo General:

- Proporcionar información sobre la ley de eutanasia y el proceso de solicitud de la prestación a los usuarios de salud que lo requieran.

#### Objetivos Específicos:

- Alcanzar un grado de satisfacción elevado por parte de los usuarios del programa.
- Conseguir que los usuarios que van a seguir adelante con el proceso de solicitud terminen las sesiones planteadas.
- Lograr que los usuarios tengan una toma de decisiones autónoma en el proceso.
- Conseguir que los usuarios sepan llevar a cabo los trámites del proceso de solicitud.
- Lograr que los usuarios perciban a Enfermería como un referente de salud.

### Destinatarios

El programa de EpS estará destinado a aquellos usuarios del sistema de salud más susceptibles de necesitar información sobre la Ley y los trámites de la solicitud. Estas personas serían aquellas que ya han iniciado los trámites, las que han demandado activamente información sobre estos aspectos y aquellas que han reiterado su deseo a morir ante un profesional de primaria, aunque de manera explícita no cumplan con los requisitos que la ley exige.

### Actividades del Programa

Las actividades a realizar para el desarrollo del programa y la cronografía de las mismas se especifican en las *tablas 4 y 5*.

*Tabla 4. Actividades del programa*

<b>Act.1</b>	Creación de la dirección de correo electrónico que será usado por los desarrolladores de primaria para la comunicación con los profesionales de Atención Primaria y participantes en el programa. En modo de ejemplo usaremos "infoeutnasia@gmail.com".
--------------	---

<b>Act.2</b>	Diseño y envío de un correo electrónico a los profesionales de Enfermería y Medicina de Atención Primaria del Sector II de Zaragoza. En él será explicada la existencia e importancia del programa, los criterios de inclusión de los participantes del programa, los canales de comunicación con los desarrolladores del programa y los documentos que deben de facilitar a los participantes, que serán anexados: el consentimiento informado (Anexo 2) y el cuestionario inicial (Anexo 3).
<b>Act.3</b>	Reenvío del correo electrónico inicial a los coordinadores de los centros de Atención Primaria cada dos meses.
<b>Act.4</b>	Análisis de la información aportada por los participantes en los cuestionarios de satisfacción y sugerencias (Anexo 5) de cara a rectificar aquellas cuestiones que se estén haciendo mal e incorporar las sugerencias que se consideren enriquecedoras para el desarrollo del programa.
<b>Act.5</b>	Recopilación de los datos sobre el centro de salud de procedencia de los usuarios que han sido derivados al programa.
<b>Act.6</b>	Visita presencial a los centros de salud que no han derivado pacientes al programa con el objetivo de recordar la existencia e importancia del programa.
<b>Act.7</b>	Diseño y envío de un correo electrónico a los coordinadores de los centros de salud para informarles de la próxima finalización del programa y comunicarles que ya no recibimos nuevos participantes.
<b>Act.8</b>	Diseño y envío de la evaluación final a los coordinadores de los centros de salud.

Tabla 5. Cronograma de actividades del programa de salud

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
<b>Actividad 1</b>						
<b>Actividad 2</b>						
<b>Actividad 3</b>						
<b>Actividad 4</b>						
<b>Actividad 5</b>						
<b>Actividad 6</b>						
<b>Actividad 7</b>						
<b>Actividad 8</b>						

## Sesiones y seguimiento

El programa está diseñado para la realización de tres sesiones dirigidas por un profesional de Enfermería con duración de 2 horas, además de una llamada de seguimiento. Esto es orientativo ya que los desarrolladores de las sesiones deberán de adaptar las sesiones a las necesidades y características de cada participante.

Las sesiones consisten en entrevistas a las que podrán asistir hasta un máximo de dos acompañantes designados por el participante del programa.

El contenido de las sesiones se desarrolla en las *tablas 6, 7, 8 y 9*.

*Tabla 6. Sesión 1.*

<b>Semana: 1</b>	<b>Duración: 120 minutos aprox.</b>
<b>Objetivo general de la sesión:</b>	
Realizar una primera toma de contacto y aclarar dudas generales. Análisis conjunto del cuestionario inicial.	
<b>Modalidad:</b> A elección del usuario: presencial en consulta/ domiciliaria/ online.	
<b>Contenidos/ actividades</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Breve explicación del trabajo que se va a desarrollar en las sesiones.</li> <li>2. Resolución de dudas.</li> <li>3. Cesión de unos minutos para que el participante pueda comentar cualquier cosa que desee.</li> <li>4. Preguntar si el usuario ya ha iniciado la solicitud de muerte asistida y en qué punto del trámite se encuentra.</li> <li>5. Análisis de las expectativas que tiene el paciente sobre la prestación.</li> <li>6. Identificar si hay algún motivo explícito por el que fuera a ser rechazada su petición.</li> <li>7. Análisis de necesidades y carencias que pueda tener el usuario: ABVDs, control del dolor, recursos materiales, conocimientos...</li> <li>8. Información sobre los distintos servicios sociales y de salud de los que dispone y forma de contactar con ellos.</li> <li>9. Información sobre cuidados paliativos.</li> <li>10. Información sobre el Documento de Voluntades Anticipadas entrega de modelo del Gobierno de Aragón (Anexo 1) si fuera necesario.</li> <li>10. Esbozo informativo sobre el inicio de la tramitación de la prestación de muerte asistida, si fuera necesario.</li> <li>11. Resolución de dudas.</li> <li>12. Citación para la próxima sesión.</li> <li>13. Registro en hoja de asistencia (Anexo 4).</li> </ol>	

Tabla 7. Sesión 2.

<b>Semana: 2</b>	<b>Duración: 120 minutos aprox.</b>
<b>Objetivo general de la sesión:</b>	
Aclarar dudas generales sobre la ley de eutanasia y los factores relacionados a la solicitud de muerte asistida.	
<b>Modalidad:</b> A elección del usuario: presencial en consulta/ domiciliaria/ online.	
<b>Contenidos/ actividades</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntar al participante si la información de la sesión anterior sesión ha sido de utilidad.</li> <li>2. Resolución de dudas.</li> <li>3. Preguntar si el usuario ya ha iniciado la solicitud de muerte asistida y en qué punto del trámite se encuentra, si fuera necesario.</li> <li>4. Nombrar que personas intervienen en el proceso de solicitud de muerte asistida y sus funciones: medico responsable, medico consultor, equipo asistencial y comisión de garantías y evaluación.</li> <li>5. Explicar qué es la objeción de conciencia y cómo puede afectar en su solicitud.</li> <li>6. Explicar situaciones en las que la solicitud de muerte asistida puede ser rechazada.</li> <li>7. Comentar que puede revocar la solicitud en cualquier momento.</li> <li>8. Explicar el acto de muerte asistida: modalidades y procedimiento. Comentar qué factores puede elegir: el tiempo, el lugar, las condiciones y los acompañantes.</li> <li>9. Esbozo informativo sobre el inicio de la tramitación de la prestación de muerte asistida, si fuera necesario.</li> <li>10. Resolución de dudas.</li> <li>11. Citar próxima sesión.</li> <li>12. Registro en hoja de asistencia (Anexo 4).</li> </ol>	

Tabla 8. Sesión 3.

<b>Semana: 3</b>	<b>Duración: 120 minutos aprox.</b>
<b>Objetivo general de la sesión:</b>	
Aportar toda la información necesaria sobre el proceso de petición de muerte asistida.	
<b>Modalidad:</b> A elección del usuario: presencial en consulta/ domiciliaria/ online	
<b>Contenidos/ actividades</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntar al participante si la información de la sesión anterior sesión ha sido de utilidad.</li> <li>2. Resolución de dudas.</li> <li>3. Preguntar si el usuario ya ha iniciado la solicitud de muerte asistida y en qué punto del trámite se encuentra, si fuera necesario.</li> </ol>	



4. Información sobre el inicio de la tramitación de la prestación de muerte asistida, si fuera necesario.
5. Explicación detallada sobre los plazos que requiere el procedimiento de solicitud con la ayuda de los distintos documentos oficiales que se usan el mismo (Anexos 6-19). Explicar cómo y quién puede firmarlos.
6. Resolución de dudas.
7. Citar para llamada telefónica.
8. Entregar cuestionario de satisfacción y sugerencias (Anexo 5) y proporcionar unos minutos para su realización.
9. Registro en hoja de asistencia (Anexo 4).

Tabla 9. Llamada de seguimiento

<b>Semana: 5</b>	<b>Duración: 30 minutos aprox.</b>
<b>Objetivo general de la sesión:</b>	
Realizar un seguimiento del paciente. Recabar carencias formativas al programa.	
<b>Modalidad:</b> Telefónica	
<b>Contenidos/ actividades</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntar si el usuario ya ha iniciado la solicitud de muerte asistida y en qué punto del trámite se encuentra, si fuera necesario.</li> <li>2. Identificar problemas ha encontrado en la tramitación de su solicitud.</li> <li>3. Preguntar qué recursos sociales o sanitarios está utilizando actualmente.</li> <li>4. Resolución de dudas.</li> <li>5. Cesión de unos minutos para que el participante pueda comentar cualquier cosa que desee.</li> </ol>	

El calendario de sesiones será individualizado y se iniciará con la primera entrevista. Queda reflejado en la *tabla 10*.

Tabla 10. Cronograma de sesiones.

	<b>Semana 1</b>	<b>Semana 2</b>	<b>Semana 3</b>	<b>Semana 4</b>	<b>Semana 5</b>
<b>Sesión 1</b>					
<b>Sesión 2</b>					
<b>Sesión 3</b>					
<b>Llamada de seguimiento</b>					

### Recursos necesarios y determinación del presupuesto:

El programa será desarrollado por profesionales de Enfermería, cuyas horas de trabajo serán presupuestadas en 20€.

Los recursos humanos y materiales necesarios, así como el presupuesto estimado se resumen en las *tablas 11, 12, 13 y 14*, donde se separa los presupuestos fijos estimados, así como los presupuestos variables que dependerán principalmente de la modalidad de consulta seleccionada por el participante del programa.

Tabla 11. Recursos **humanos** y presupuesto **fijo** estimado

Tareas	Actividades	Horas	Coste
Necesidades administrativas.	Creación de la dirección de correo electrónico. Diseño y envío de correos electrónicos a los centros de salud. Respuesta a los correos electrónicos de usuarios y profesionales.	40h.	800€
Análisis de la captación.	Recopilación de los centros de salud de que no han derivado usuarios al programa. Visita presencial a dichos centros.	15h.	300€
Tareas de evaluación.	Análisis de los cuestionarios de satisfacción y sugerencias. Evaluación final.	10h.	200€
<b>Coste fijo total estimado</b>			<b>1300€</b>

Tabla 12. Recursos **humanos** y presupuesto **variable** estimado

Modalidad de sesión	Actividades	Horas	Coste variable estimado por sesión.
Sesión presencial en consulta u online.	Preparación de la sesión: 20 ' Sesión: 120'	140'	46,7€
Sesión domiciliaria.	Preparación de la sesión: 20 ' Desplazamiento: 45 ' Sesión: 120'	185'	61,7€
Llamada de seguimiento.	Preparación de la sesión: 10 ' Sesión: 30'	40'	13,3€

Tabla 13. Recursos **materiales** y presupuesto **fijo** estimado

Recurso	Coste
Consulta	Cesión
Ordenador	Cesión
Línea telefónica	Cesión
Fichero	Cesión
Transporte para visitas a otros centros de salud: taxi	80€
<b>Coste fijo total estimado</b>	<b>80€</b>

Tabla 14. Recursos **materiales** y presupuesto **variable** estimado

Recurso	Criterio de uso	Coste variable estimado por recurso
Hoja de asistencia (Anexo 4)	1 x participante.	0.05€
Modelo de Documento de Voluntades Anticipadas (Anexo 1).	1 x participante en la primera sesión, si así lo requiriera.	0.30€
Cuestionario de satisfacción y sugerencias (Anexo 5).	1x participante al finalizar la Sesión 3.	0.05€
Transporte para sesiones domiciliarias: taxi.	2x Sesión domiciliaria.	2x8€=16€ Por sesión domiciliaria

Se estima que los costes fijos del programa serán de 1380€, sumando los costes fijos de los recursos humanos y materiales. A este presupuesto será necesario añadir los costes variables de cada sesión.

### 6.3. EVALUACIÓN

La evaluación del programa será realizada por las mismas enfermeras que lo lleven a cabo. Para evaluarlo se tendrán en cuenta principalmente el cuestionario de satisfacción y sugerencias (Anexo 5) como la llamada de seguimiento. Habrá evaluaciones periódicas, cada 2 meses, para rectificar aquellas cuestiones que se estén haciendo mal y mejorar el programa durante su propio desarrollo. Al terminar el programa habrá una evaluación final que será enviada a los responsables de los centros de salud.

En la *tabla 15* se detallan los métodos de evaluación de cada uno de los objetivos específicos.

*Tabla 15. Métodos de evaluación de los objetivos específicos.*

Objetivos específicos	Métodos de evaluación
Alcanzar un grado de satisfacción elevado por parte de los usuarios del programa.	Evaluable con cuestionario de satisfacción y sugerencias (Anexo 5).
Conseguir que los usuarios que van a seguir adelante con el proceso de solicitud terminen las sesiones planteadas.	Medible con hoja de asistencia (Anexo 4).
Lograr que los usuarios tengan una toma de decisiones autónoma e informada en el proceso.	Evaluable con cuestionario de satisfacción y sugerencias (Anexo 5). Percepción del profesional de enfermería que desarrolla el programa.
Conseguir que los usuarios sepan llevar a cabo los trámites del proceso de solicitud.	Evaluable con cuestionario de satisfacción y sugerencias (Anexo 5). Preguntando en la llamada de seguimiento si su solicitud ha sido rechazada por un defecto de forma.
Lograr que los usuarios perciban a Enfermería como un referente de salud.	Evaluable con cuestionario de satisfacción y sugerencias (Anexo 5). Analizando si las demandas de consultas de enfermería por parte del participante han aumentado.

## 7. CONCLUSIONES

---

El hecho de que la ley de eutanasia en el Estado español y en otros países sean jóvenes hace que haya muchos factores por mejorar. En general, existe una demanda de información de usuarios de la salud y profesionales sobre la eutanasia, y una demanda de mayores funciones en el proceso por parte de Enfermería.

El proceso de solicitud de MA es un proceso largo y complejo. El hecho de que sea un acto largo implica la necesidad de acompañamiento, y el que sea complejo, que será necesario tiempo de formación e información dedicado al paciente. Esto lo convierte en un proceso de cuidados más que en un acto médico y requiere de una visión integral de la salud, visión que aporta enfermería a través de su percepción del ser humano como un ente bio-psico-social. Sin embargo, en la reciente ley aprobada en España, Enfermería solo es tenida en cuenta como parte de la comisión de garantía y evaluación, con dos enfermeras vocales, y como parte del equipo asistencial, sin citar cuáles son sus funciones. Esto no solo es solo un menosprecio de las funciones y competencias de Enfermería, sino que además es contraproducente para el desarrollo de una atención de calidad para los usuarios de salud.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Serrano Del Rosal R, Cerro A. Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido. *Reis. Rev. Esp. Investig. Sociol* [Internet]. 2018 [citado febrero 2022], 103-120. Disponible en: [https://reis.cis.es//REIS/PDF/REIS\\_161\\_061515157244322.pdf](https://reis.cis.es//REIS/PDF/REIS_161_061515157244322.pdf).
2. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, número 72, (25 de marzo de 2021), páginas 34037 a 34049.
3. Dittborn B, MMicolich V, CDittborn B, MMicolich VC. Legalization of medically assisted death: its potential impact on the development of palliative care. *Rev Med Chile* [Internet]. 2020 [citado febrero 2022], 665-673, 148 (5). Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034988720200005000665&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034988720200005000665&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
4. Ministerio de Sanidad. Manual de buenas prácticas en eutanasia. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf).
5. Toro Flores R, Martín Jiménez A, Moreno Vázquez M. Situación actual de la eutanasia y el suicidio asistido en los países occidentales. *Ética de los Cuidados. Rev Etica de los cuidados* [Internet]. 2018 [citado febrero 2022]. 11. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e12009>.
6. Vilpert S, Borratt-Besson C, Borasio G, Maurer J. Associations of end-of-life preferences and trust in institutions with public support for assisted suicide evidence from nationally representative survey data of older adults in Switzerland. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [citado febrero 2022], 15(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7179897/>.
7. Hetzler PT 3rd, Nie J, Zhou A, Dugdale LS. A Report of Physicians' Beliefs about Physician-Assisted Suicide: A National Study. *Yale J Biol Med* [Internet]. 2019 [citado febrero 2022]; 92 (4): 575-585. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31866773/>

8. Bernal-Carcelén I. Euthanasia: trends and opinions in Spain. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2020 [citado febrero 2022] ;22 (3): 112-115. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33300934/>
9. Crusat-Abelló E, Fernández-Ortega P. Nurses knowledge and attitudes about euthanasia at national and international level: A review of the literatura. Enferm Clin (Engl Ed) [Internet]. 2021 [citado febrero 2022]; 1130-8621 (21) 00029-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33648838/>
10. Pesut B, Thorne S, Stager ML, et al. Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. Policy Polit Nurs Pract [Internet]. 2019 [citado febrero 2022]; 20 (3): 113-130. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6827351/>
11. Toro Flores R. Influencia de las creencias religiosas en la toma de decisiones clínicas al final de la vida. Rev Ética de los Cuidados [Internet]. 2021 [citado febrero 2022]; 14: e13457. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e13457>
12. Barsness JG, Regnier CR, Hook CC, Mueller PS. US medical and surgical society position statements on physician-assisted suicide and euthanasia: a review. BMC Med Ethics [Internet]. 2020 [citado marzo 2022]; 21 (1): 111. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7640655/>
13. Ramos Pozón S. Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional. Rev Cultura de los cuidados [Internet]. 2019 [citado marzo 2022]; (55): 299-04. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/cc/55299cc>
14. Mangino D, Nicolini M, De Vries R, Kim S. Euthanasia and Assisted Suicide of Persons With Dementia in the Netherlands. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2020 [citado marzo 2022], 466-477, 28 (4). Disponible en: [https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481\(19\)30488-9/fulltext](https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481(19)30488-9/fulltext)
15. DMD Derecho a Morir Dignamente [citado marzo 2022]. Eutanasia en el mundo. Disponible en: <https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>.
16. Dorado Gutiérrez A, Postigo Mota S. Sedación Paliativa y Eutanasia. Rev ROL de enfermería [Internet], 2019 [citado marzo 2022] 42 (9): 34-38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7077066>

17. Horn R. The 'French exception': the right to continuous deep sedation at the end of life. *J Med Ethics* [internet]. 2018 [citado marzo 2022]; 44 (3): 204-205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5869460/>
18. Bejarano Gómez MC, Braojos Bautista R, Díez García MR, Prieto Sánchez MC, Sánchez Díez S. Declaración de voluntades anticipadas. Un testamento vital para asegurar la autonomía. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado marzo 2022]; 30 (3): 119-123. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2019000300119&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000300119&lng=es).
19. *Saludinforma.es* [Internet]. Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad (2022) [actualizado 02/03/2022]; [citado marzo 2022]. Eutanasia. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/eutanasia>.
20. Público. Una mujer se suicida al lanzarse por la ventana en Zaragoza tras no ser atendida su solicitud de eutanasia. Público. Publicado 09/11/2021 [citado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/mujer-suicida-al-lanzarse-ventana-zaragoza-no-atendida-solicitud-eutanasia.html>
21. García E. «No me siento culpable pero estoy fatal porque ella estaba avisando», afirma la médico de Atención Primaria que atendió a Emilia. *El Periódico de Aragón*. Publicado 10/11/2021 [citado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.elperiodicodearagon.com/aragon/2021/11/10/siento-culpable-fatal-avisando-muerte-digna-eutanasia-59341056.html>
22. Gobierno de Aragón [Internet]. Gobierno de Aragón, Servicio Aragonés de salud [actualizado 21/01/2022]; [citado marzo 2022]. Sectores Sanitarios. Directorio de centros de asistencia. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/sectores-sanitarios>
23. Europa Press. Aragón tramita 14 solicitudes del derecho a la prestación de ayuda para morir desde el pasado 25 de junio. Europa Press. Publicado 24/03/2022 [citado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.europapress.es/aragon/noticia-aragon-tramita-14-solicitudes-derecho-prestacion-ayuda-morir-pasado-25-junio-20220324183337.html>



24. Velasco Bernal C, Trejo-Gabriel-Galan J. Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos. Rev Atención Primaria [Internet]. 2022 [citado marzo 2022], 54 (1). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656721002043>
25. Van Wesemael Y, Cohen J, Bilsen J, Smets T, Onwuteaka-Philipsen B, Deliens L. Process and Outcomes of Euthanasia Requests Under the Belgian Act on Euthanasia: A Nationwide Survey. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2011 [citado marzo 2022] 721-733, 42 (5). Disponible en: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(11\)00154-0/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(11)00154-0/fulltext)
26. NNNConsult [Internet]. Barcelona: Elsevier [actualizado 2021; citado marzo 2022]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>





## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

### MI VOLUNTAD ES:

1. Que no se apliquen, o que se retiren si ya se están aplicando, las medidas de soporte vital cardiorrespiratorio, y que no se dilate mi vida por medios artificiales como fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial, que solo estén dirigidos a prolongar mi supervivencia.
2. Que, cuando los responsables de mi asistencia tengan que optar por tomar decisiones médicas y/o terapéuticas sobre mi persona, dirigidas a alargar la vida cuando se den limitaciones cognitivas o motoras que tengan carácter de irreversibilidad con magnitud suficiente, no se apliquen dichas intervenciones.
3. Que se instauren las medidas y se me suministren los fármacos que sean necesarios para controlar con efectividad los síntomas que puedan causarme dolor, padecimiento, angustia o malestar, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.
4. Que, en caso de duda en la interpretación de mi proyecto vital y mis valores de calidad de vida y de muerte digna, se tenga en cuenta la opinión de mi representante.
5. Que en el caso de que el o los profesionales sanitarios que me atiendan aleguen motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, solicito ser atendido por otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

### OTRAS CONSIDERACIONES:

---

---

---

---

---

### EN RELACIÓN CON LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (EUTANASIA)

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), contempla, en su artículo 5.2, la posibilidad de dejar constancia de su voluntad de acogerse a la prestación de ayuda para morir (eutanasia) en un documento de voluntades anticipadas. En el caso de haber nombrado representante en ese documento, esta persona será el interlocutor válido para el médico responsable.

Esto permitiría que si en un futuro usted cumple con los requisitos que marca la LORE, pero no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de eutanasia, podría presentarla en su nombre otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola de su documento de voluntades anticipadas. En caso de que no exista ninguna persona que pueda hacer la solicitud en su nombre, el médico que lo trata podrá presentarla.

→ Si este es su deseo, **MARQUE LA CASILLA y FIRME** en el cuadro adjunto. En caso contrario, no es necesario que marque nada.

- “Es mi voluntad acogerme a lo previsto en la normativa vigente en materia de eutanasia, si se dan los requisitos previstos en la misma”.

Firma del otorgante



## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

### DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento:

(puede, si lo desea, señalar con una X las casillas correspondientes)

**SÍ** se puedan utilizar mis órganos y tejidos para trasplantarlos a otra persona que los necesite.

→ En este caso, la donación de órganos y tejidos es: Total  / Parcial

→ Si la donación es parcial especificar: \_\_\_\_\_

**NO** se puedan utilizar mis órganos y tejidos para trasplantarlos a otra persona que los necesite.

Si necesita información adicional para tomar esta decisión, puede contactar con la Unidad de Coordinación de Trasplantes de Aragón llamando al 976714311 o enviando un Correo electrónico a: [coordinaciondetrasplantes@aragon.es](mailto:coordinaciondetrasplantes@aragon.es)

### DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES <sup>2</sup>

Mi representante, o mi representante sustituto, será considerado como el interlocutor válido y necesario del médico o equipo sanitario responsable de mi asistencia, tomará las decisiones en mi nombre cuando no pueda expresarme por mí mismo y en caso de duda en la interpretación del presente documento, teniendo en cuenta los valores, instrucciones y deseos expresados en el mismo y siempre que no se contradigan con ninguna de las Voluntades Anticipadas que aquí constan.

NOTA: no es obligatorio designar representantes.

- Si se dieran las circunstancias de no poder expresar mi voluntad, designo como **REPRESENTANTE** a:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_  
con domicilio en C/ \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Teléfono/s: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Con su firma declara  
haber entendido y  
aceptado lo anterior

\_\_\_\_\_  
**Firma y aceptación del REPRESENTANTE:**

- En supuesto de renuncia, indisponibilidad o fallecimiento del anterior, designo como **REPRESENTANTE SUSTITUTO/A** a:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_  
con domicilio en C/ \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Teléfono/s: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Con su firma declara  
haber entendido y  
aceptado lo anterior

\_\_\_\_\_  
**Firma y aceptación del REPRESENTANTE SUSTITUTO:**

<sup>2</sup> **IMPORTANTE:** Deberán presentar o adjuntar DNI / NIE / Pasaporte originales o fotocopias compulsadas de todos los firmantes de documento: otorgante y testigos y, en su caso, representante/s.



## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

### DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS <sup>3</sup>

El presente documento se formaliza ante los dos testigos abajo firmantes, que **DECLARAN**:

1. Que son mayores de edad, con plena capacidad de obrar y **al menos uno de ellos sin relación de parentesco hasta el segundo grado y sin vínculos de relación patrimonial alguna** con el otorgante.
2. Que la persona que firma este documento de Voluntades Anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

#### PRIMER TESTIGO

D./D<sup>a</sup>:

DNI/NIE/Pasaporte nº:

#### SEGUNDO TESTIGO:

D./D<sup>a</sup>:

DNI/NIE/Pasaporte nº:

\_\_\_\_\_  
Firma del Primer testigo:

\_\_\_\_\_  
Firma del segundo testigo:

### SOLICITO

la inscripción de este documento de voluntades anticipadas en el Registro de Voluntades Anticipadas del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y en el Registro Nacional de Instrucciones Previas.

- Acepto y consiento el tratamiento de los datos de carácter personal aquí contenidos, de conformidad con lo dispuesto en los términos<sup>4</sup> del Reglamento General de Protección de Datos UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. También autorizo la cesión de estos datos, con el fin de facilitar esta información al personal sanitario que me atienda cuando lo consideren necesario.

Este documento anula cualquier otro que haya sido otorgado con fecha anterior a la presente, en esta Comunidad Autónoma o en cualquier otra.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del otorgante

<sup>3</sup> **IMPORTANTE:** Deberán presentar o adjuntar DNI / NIE / Pasaporte originales o fotocopias compulsadas de todos los firmantes de documento: otorgante y testigos y, en su caso, representante/s.

<sup>4</sup> Consulte todos los términos sobre Protección de datos en [www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos](http://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos)





## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

### OTROS DESEOS que me gustaría comunicar a mi familia, allegados y/o representante:

(Si lo desea, puede señalar con una X los cuadros correspondientes)

1. **TRAS MI FALLECIMIENTO**, manifiesto mi deseo de que mi cuerpo sea:

INHUMADO     INCINERADO     DONADO A LA CIENCIA

Si no es posible donarlo a la ciencia, deseo que mi cuerpo sea:     INHUMADO     INCINERADO

Si usted necesita información adicional, sobre donación del cuerpo a la ciencia, puede ponerse en contacto con el Departamento de Anatomía e Histología Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Teléfonos: 976761667 o 976761684 / E-mail: [sed1003@unizar.es](mailto:sed1003@unizar.es) <https://anatomiahistologiahumanas.unizar.es/>

2. **EN CASO DE ESTAR EMBARAZADA** deseo que la aplicación de este documento sea aplazada hasta finalizar el embarazo.

Sí     No     No se manifiesta

3. Deseo recibir **ASISTENCIA RELIGIOSA**     Sí     No     No se manifiesta

En caso afirmativo, especificar de qué tipo): \_\_\_\_\_

4. Si se dan las circunstancias adecuadas, **MANIFIESTO MI DESEO DE MORIR EN:**

Mi domicilio     El hospital     No se manifiesta

5. **OTROS DESEOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SOPORTE LEGAL

- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- 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.
- Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.
- Ley 13/2006, de 27 de diciembre, de Derecho de la persona.
- 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.
- LEY 8/2009, de 22 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en su artículo 15, en lo relativo a las Voluntades Anticipadas.
- LEY 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
- LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

### PROTECCIÓN DE DATOS

- En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Protección de datos UE 2016/679, le informamos que los datos que nos proporciona de manera directa se incorporarán a tratamientos cuyo responsable es Dirección General de Derechos y Garantías del Usuario del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Finalidad: Gestión telemática de trámites e información. Los datos recogidos sirven para gestionar las solicitudes de los usuarios, sin que se realicen perfiles de ningún tipo ni explotaciones estadísticas sin anonimizar.
- Legitimación: Ejercicio de Poderes Públicos en base al Decreto 23/2016, de 9 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud
- Destinatarios: No se cederán datos a terceros ajenos a la propia Administración responsable del Tratamiento, salvo obligación legal. No se realizarán transferencias de datos a terceros países, salvo obligación legal.
- Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en [www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos](http://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos)



## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

### INFORMACIÓN PARA TRAMITAR ESTE DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA)

**NOTA:** Si cumplimenta este documento a mano, escriba por favor con letra clara (en mayúsculas se entiende mejor)

**OTORGANTE.** Es la persona que firma el DVA.

**REPRESENTANTES.** No es obligatorio nombrarlos, pero puede ser útil disponer de ellos. Han de ser mayores de edad y deben aceptar cumplir con el compromiso de representarte en el futuro si fuera necesario. En ese caso serían los interlocutores válidos con los profesionales sanitarios. No hay límites en cuanto al parentesco.

**TESTIGOS.** Se necesitan dos. Los testigos no adquieren ningún compromiso de cara al futuro. Solo dan fe de que el interesado ha hecho su DVA de forma voluntaria. Estos deben ser mayores de edad, con plena capacidad de obrar y al menos uno de ellos sin relación de parentesco hasta el segundo grado y sin vínculos de relación patrimonial alguna con el otorgante. Podrían ser testigos, profesionales de los centros sanitarios y servicios en los que se tramita el DVA, siempre que consientan y asistan personalmente a la persona que tramita su DVA.

- Capacidad de obrar es tener aptitud para ejercer personalmente un derecho y el cumplimiento de una obligación.
- Parentesco hasta el segundo grado incluye: padres, suegros, hijos/as yernos, nueras, abuelos, hermanos, cuñados y nietos.
- Por "relación patrimonial" se entiende relaciones de carácter económico entre el testigo y otorgante del DVA.

**DOCUMENTACIÓN IDENTIFICATIVA.** Junto al DVA necesita aportar, para su comprobación, documentos de identidad (DNI, NIE o Pasaporte) originales o fotocopia compulsada de todas las personas que firman en el DVA: otorgante, testigos y, en su caso, representante/s.

**¿DÓNDE SE PUEDE PRESENTAR EL DVA?** Se puede entregar en:

- Servicios de Información y Atención al Usuario (SIAU) de cualquier centro sanitario.
- Centros de Salud (Servicio de Admisión).
- Servicios Provinciales del Departamento de Sanidad ubicados en:
  - Zaragoza: Paseo de María Agustín, 16, 50004 Zaragoza: Teléfono Cita previa: 976715851
  - Huesca: C/ San Jorge, 65, 22003 Huesca. Teléfono Cita previa: 974247183
  - Teruel: C/ Joaquín Amau 22 4ª planta, Teruel Teléfono Cita previa 978654018

- Registro de Voluntades Anticipadas (RVA) de manera presencial.

Para acudir al RVA ha de solicitar cita previa mediante:

- La web de Saludinforma en [Cita para Voluntades Anticipadas](#)
- La aplicación para móvil Saludinforma (en Google Play y App Store)
- Por teléfono: 976306841 / 978623345 / 974215746

El RVA está ubicado en:

Departamento de Sanidad.  
Vía Universitat, 36, 4ª planta.  
50017 Zaragoza.

- Por orreo postal (ver dirección arriba). En este caso, deben enviar el DVA acompañado de fotocopias compulsadas de documento identificativo (DNI, NIE, Pasaporte) de todos los firmantes. Si el DVA se ha hecho ante notario debe remitir copia autorizada del acta notarial.

- Nota: a fecha de revisión de este documento, no es posible la tramitación telemática de este procedimiento.

**¿LO PUEDE TRAMITAR UNA PERSONA DISTINTA AL OTORGANTE?** Sí. De la misma manera que se puede enviar por correo, no es necesaria la presencia ni del otorgante ni testigos ni representantes, siempre que la persona que entregue el DVA aporte documentos identificativos de todos los firmantes (originales o copias compulsadas).

**OTROS MODELOS DE DVA.** Pueden ser válidos otros modelos que confeccione el propio usuario siempre que recojan las voluntades que manifiesta el mismo, vaya firmado por el interesado y dos testigos, y representantes en caso de que los hubiera, y no contengan alusiones contrarias a la legalidad vigente o a la práctica médica.

**NOTIFICACIÓN DEL REGISTRO.** Una vez registrado, recibirá una notificación en su domicilio en la que además se le explica cómo puede acceder a su documento a través de internet.

**¿DÓNDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN?**

- En la web [www.saludinforma.es](http://www.saludinforma.es)
- Por correo electrónico a: [rva@aragon.es](mailto:rva@aragon.es)
- Por Teléfono: 976713361 / 976306841 / 978623345 / 974215746 / 976715781

(Rev. 22/07/2021)

## Anexo 2. Consentimiento informado

### **Programa de educación para usuarios sobre la solicitud de muerte asistida.**

El programa de salud consta de 3 entrevistas individualizadas entre una enfermera y el participante del programa. En las entrevistas se formará un diálogo en el que se irán resolviendo las dudas sobre la ley de eutanasia y el proceso de solicitud de la prestación.

El participante podrá elegir la modalidad de entrevista: online, presencial en la consulta o presencial en el domicilio. También podrá decidir si desea estar acompañado (dos acompañantes máximo).

Al terminar las sesiones de entrevistas el participante del programa podrá seguir en contacto con las enfermeras del programa a través de correo electrónico. Así mismo, dos semanas después de la última sesión, se realizará una llamada de seguimiento si el participante así lo autoriza.

Objetivos del programa:

- Proporcionar información sobre la ley de eutanasia y el proceso de solicitud de la prestación a los usuarios de salud que lo requieran.
- Lograr que los usuarios tengan una toma de decisiones autónoma en el proceso y sepan llevar a cabo los trámites del proceso de solicitud si así lo desean.

E-mail de contacto: infoeutanasia@gmail.com

Aquellas personas interesadas en participar en el programa deberán ponerse en contacto a través del correo electrónico.

La información obtenida en las sesiones del programa podrá ser utilizada en futuras publicaciones y/o trabajos con fines científicos de acuerdo con la ley de protección de datos.

Cabe destacar la voluntariedad de participación en el programa, así como la reversibilidad del consentimiento

Por tanto, Yo \_\_\_\_\_ con DNI/NIF \_\_\_\_\_, manifiesto mi voluntad de participar en este programa, de forma consciente y sin haber sido objeto de coacción, persuasión ni manipulación por parte del profesional sanitario ni anejos.

Firma:

En Zaragoza, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

*Fuente: Elaboración propia.*



### Anexo 3. Cuestionario inicial

#### **Programa de educación para usuarios sobre la solicitud de muerte asistida. Cuestionario inicial.**

Nombre:

Fecha:

Centro de salud de origen:

A continuación, se le realizarán una serie de preguntas con el objetivo de conocer su situación personal. Esto ayudará a la enfermera responsable del programa a hacerse una idea general, lo que hará que las entrevistas puedan ser más productivas y satisfactorias. No obstante, siéntase libre para no responder las preguntas que no desee contestar.

1. ¿Qué modalidad de entrevista se ajusta más a sus necesidades?:

Online

En consulta

En mi domicilio

2. ¿Por quién desea ser acompañado en estas entrevistas?

3. ¿Sufre un padecimiento grave y constante?

4. ¿Sufre dolor?

5. ¿De qué tipo?

Físico

Psíquico

6. ¿Cada cuánto tiempo tiene una visita con un profesional médico?

7. ¿Cada cuánto tiempo tiene una visita con un profesional de enfermería?

8. ¿Tiene visitas con algún otro profesional de la salud?

Si

No

9. ¿Tiene visitas con profesionales de algún servicio social?

Si

No

10. ¿Conoce los cuidados paliativos?

Si

No

11. ¿Conoce el Documento de Voluntades Anticipadas?

Si

No

12. ¿Ha realizado el Documento de Voluntades Anticipadas?

Si

No

13. ¿Necesita ayuda para las actividades de la vida diaria?

Si

No

14.¿Cuál diría que es su grado de movilidad?

Muy reducido      Reducido      Sin alteraciones

15.¿Puede acceder a su domicilio sin dificultades?

Si                      No

16.¿Tiene nacionalidad española, residencia legal o está empadronado desde hace más de un año en España?

Si                      No

17.¿Qué sabe sobre la ley?

18.¿Ha iniciado ya los trámites de solicitud de muerte asistida?

Si                      No

19.¿Cuál es su duda o dudas principales acerca de la ley o el proceso de solicitud de la muerte asistida?

*Fuente: Elaboración propia.*

#### Anexo 4. Hoja de asistencia

### Programa de educación para usuarios sobre la solicitud de muerte asistida. Hoja de asistencia.

Nombre:

Centro de salud de origen:

Sesión	Fecha	Firma del participante	Firma de Enfermería	Fecha provisional próx. sesión
1				
2				
3				

¿Se realiza la llamada de seguimiento?      Si                  No

Fecha:

Anotaciones:

¿Se produce un abandono anticipado del programa?      Si                  No

Motivo:

Anotaciones:

*Fuente: Elaboración propia.*

## Anexo 5. Cuestionario de satisfacción y sugerencias

### Programa de educación para usuarios sobre la solicitud de muerte asistida. Cuestionario de satisfacción y sugerencias.

Nombre:

Fecha:

Centro de salud de origen:

Modalidad de entrevista elegida:

Online:  En consulta:  En mi domicilio:

Puntúe del 1 al 5 las siguientes afirmaciones, siendo 1: completamente en desacuerdo, y 5: completamente de acuerdo.

1. La duración de las entrevistas me ha parecido apropiada.  
1            2            3            4            5
2. El contenido de las sesiones me ha parecido útil.  
1            2            3            4            5
3. El contenido de las sesiones me ha parecido comprensible.  
1            2            3            4            5
4. La información sobre **los recursos sanitarios** me ha parecido útil.  
1            2            3            4            5
5. La información sobre **los recursos sociales** me ha parecido útil.  
1            2            3            4            5
6. La información sobre **los cuidados paliativos** me ha parecido útil.  
1            2            3            4            5
7. La información sobre **el Documento de Voluntades Anticipadas** me ha parecido útil.  
1            2            3            4            5
8. La información sobre **la objeción de conciencia** me ha parecido útil.  
1            2            3            4            5
9. La información sobre **los plazos del proceso** de solicitud me ha parecido útil.  
1            2            3            4            5

10.La información sobre los distintos **documentos del proceso** de solicitud me ha parecido útil.

1                      2                      3                      4                      5

11.La información sobre **el acto de muerte asistida** me ha parecido útil.

1                      2                      3                      4                      5

12.El trato por parte de Enfermería me ha parecido adecuado.

1                      2                      3                      4                      5

13.Considero a Enfermería como un apoyo en lo referente a la salud.

1                      2                      3                      4                      5

14.Me he sentido respaldado en mis decisiones.

1                      2                      3                      4                      5

15.Me siento preparado para llevar a cabo los trámites de solicitud de muerte asistida.

1                      2                      3                      4                      5

16.El programa ha cumplido mis expectativas.

1                      2                      3                      4                      5

17.Estoy satisfecho con el programa.

1                      2                      3                      4                      5

¿Consideras que se podría mejorar el programa? ¿Cómo?

¿Echas en falta información en el programa? ¿Qué información consideras importante y no se explica?

¿Permite que se le realice una llamada de seguimiento en dos semanas?

Si                      No

*Fuente: Elaboración propia*

## Anexo 6. Primera solicitud de prestación de ayuda para morir.

	MODELO 1 Expediente nº _____
<b>SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR</b> <i>Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia</i>	
Yo, _____ DNI/NIE _____ mayor de edad, con domicilio en (localidad) _____ C/ _____ Código postal _____ Teléfono/s _____ Correo electrónico _____	
<b>DECLARO</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud</li><li>▪ Que NO tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud</li></ul>	
Y, por tanto,	
<b>SOLICITO</b>	
La prestación de ayuda para morir, y la firmo,	
<b>FIRMA</b>	
En _____, a ____ de _____ de 2021	
<b>DESTINATARIO (Nombre y apellidos del MÉDICO RESPONSABLE)</b>	
_____	
<small>Dos ejemplares: para el interesado y para la administración Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE. Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623</small>	



**FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)**

Yo, \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_,

**DECLARO**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA**

**PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI/NIE \_\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA**

**Anexo 7.** Solicitud de la prestación de ayuda para morir en nombre del paciente.

	MODELO 2 Expediente nº _____
<b>SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE</b> <i>LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia</i>	
Nombre y apellidos, _____ DNI/NIE _____, Con domicilio en (localidad) _____ Código postal _____ C/ _____ Teléfono/s _____ Correo electrónico _____	
<b>En calidad de:</b>	
<input type="checkbox"/> Representante <input type="checkbox"/> Médico/a responsable <input type="checkbox"/> Otra persona mayor de edad y plenamente capaz	
Teniendo conocimiento que el paciente _____ DNI/NIE _____ no se encuentra en el pleno uso de sus facultades y conociendo la existencia de un Documento de Voluntades Anticipadas (u otro) _____ el cual adjunto a esta solicitud,	
<b>SOLICITO EN SU NOMBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR</b> <i>(según el artículo 5.2 de la LO 3/2021, de regulación de la eutanasia)</i>	
En _____ a _____ de _____ de 202_	
<small>Dos ejemplares: para el interesado y para la administración Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE. Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623</small>	



## Anexo 8. Información sobre el proceso médico e información social

**INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO MÉDICO  
PARA LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**  
*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

**Médico/a:** \_\_\_\_\_

**Colegiado nº:** \_\_\_\_\_

Al objeto de que el paciente \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_  
pueda solicitar la Prestación de ayuda para morir, se adjunta la siguiente información sobre:

▪ **Proceso médico<sup>1</sup>** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▪ **Alternativas/posibilidades de actuación (incluido cuidados paliativos)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▪ **Otras observaciones** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▪ **Información relacionada con las prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia:**  
se acompaña a este informe un documento general sobre las prestaciones del Sistema de  
Atención a la Dependencia y se comunica que, para cualquier información más específica,  
pueden dirigirse a las Unidades de Trabajo Social de Atención Primaria y Especializada.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Firma




## INSTRUCCIONES

---

<sup>1</sup> Este apartado podrá incluir información relativa a:

- Resumen de Historia Clínica y Exploración
- Resumen de la actividad asistencial prestada, incluyendo en su caso las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución.
- Diagnóstico principal.
- Otros diagnósticos acompañantes
- Procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos significativos
- Resumen de acciones terapéuticas emprendidas.

## Anexo 9. Solicitud de revocación o aplazamiento de la prestación de ayuda para morir.



**GOBIERNO DE ARAGON**  
Departamento de Sanidad

MODELO 5  
Expediente nº \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE REVOCACIÓN O APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

Yo, \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**DECLARO**

- Que, con fecha \_\_\_\_\_ presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir
- Que, con esta fecha, solicito:
  - LA REVOCACIÓN DE DICHA SOLICITUD
  - EL APLAZAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR A PARTIR DE LA SIGUIENTE FECHA \_\_\_\_\_  
En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA**

**FIRMA POR OTRA PERSONA** (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_

**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 y en su presencia, el presente documento

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA**

*Dos ejemplares: para el interesado y para la administración  
Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE.  
Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623*

**Anexo 10.** Denegación de la prestación de ayuda para morir.

**DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**  
*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

**Médico responsable** \_\_\_\_\_

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) \_\_\_\_\_

**Solicitante Prestación ayuda para morir** \_\_\_\_\_

**DNI/NIE** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

- Presentada 1ª Solicitud con fecha \_\_\_\_\_
- Descripción de la **patología padecida** (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA DENEGACIÓN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA MÉDICO RESPONSABLE**

*Dos ejemplares: para el interesado y para la administración  
Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE.  
Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623*

**Anexo 11.** Comunicación a la comisión de garantía y evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir. Documento primero.

	MODELO 7 Expediente nº _____
<p><b>DOCUMENTO PRIMERO</b> <b>COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR</b> <i>Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia</i></p>	
<p><b>1º. Nombre y apellidos del Solicitante</b> _____ <b>DNI/NIE</b> _____ <b>Domicilio en (localidad)</b> _____ <b>Código postal</b> _____ <b>C/</b> _____ <b>Nombre y apellidos de la persona autorizada que lo asiste</b> _____</p>	
<p><b>2º. Nombre y apellidos del Médico responsable</b> _____ <b>Centro de trabajo</b> _____ <b>Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente)</b> _____</p>	
<p><b>3º. Nombre y apellidos del Médico consultor</b> _____ <b>Centro de trabajo</b> _____ <b>Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente)</b> _____</p>	
<p><b>4º. Nombre y apellidos de la persona que consta como representante en el documento de instrucciones previas o equivalente</b> _____ <b>Nombre y apellidos de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho</b> _____</p>	
<p>En _____, a ____ de _____ de 2021</p>	
<p><b>FIRMA MÉDICO RESPONSABLE</b></p>	
<p><i>Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE. Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623</i></p>	

**Anexo 12.** Comunicación a la comisión de garantía y evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir. Documento segundo.

	MODELO 8.1 Expediente nº _____
<p><b>DOCUMENTO SEGUNDO</b> COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR <i>Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia</i></p>	
1º. Sexo del paciente _____ Fecha nacimiento _____	
2º. Fecha y lugar de la muerte _____	
3º. Presentada 1ª Solicitud con fecha _____	
Presentada 2ª Solicitud con fecha _____	
4º. Descripción de la <b>patología padecida</b> (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante)	
_____ _____ _____	
5º. <b>Naturaleza de sufrimiento</b> continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría	
_____ _____ _____	
6º. <b>Información sobre la voluntariedad</b> , reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa	
_____ _____ _____	
7º. <b>Documento de instrucciones previas o equivalente</b> (adjuntar documento anonimizado)	
<input type="checkbox"/> Documento de instrucciones previas <input type="checkbox"/> Equivalente	
<p><i>Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE. Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623</i></p>	



**8º. Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir**

---

---

---

**9º. Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas**

---

---

---

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA MÉDICO RESPONSABLE**

**Anexo 13.** Comunicación a la comisión de garantía y evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir. Documento segundo adaptado.

MODELO 8.2 ADAPTADO  
Expediente nº \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO SEGUNDO ADAPTADO**  
**COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA**  
**PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**  
*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

**1º. Sexo del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha nacimiento** \_\_\_\_\_

**2º. Presentada 1ª Solicitud** con fecha \_\_\_\_\_  
**Presentada 2ª Solicitud** con fecha \_\_\_\_\_

**3º. Descripción de la patología padecida** (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e incapacitante)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4º. Naturaleza de sufrimiento** continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5º. Información sobre la voluntariedad,** reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE.  
Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623





**6º. Documento de instrucciones previas o equivalente**

- Documento de instrucciones previas
- Equivalente

**7º. Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas**

---

---

---

**8º. Datos clínicos relevantes para la evaluación del caso**

---

---

---

**9º. Motivo de la denegación**

---

---

---

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA MÉDICO RESPONSABLE**



**Anexo 14.** Reclamación contra la denegación de la prestación de ayuda para morir ante la comisión de garantía y evaluación.

	MODELO 9 Expediente nº _____
<p align="center"><b>RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR ANTE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN</b> <i>Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia</i></p>	
<p>Yo, _____ DNI/NIE _____ mayor de edad, con domicilio en (localidad) _____ C/ _____ Código postal _____ Teléfono/s _____ Correo electrónico _____</p>	
<p align="center"><b>DECLARO</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Que, con fecha _____, presenté Solicitud de Prestación de ayuda para morir</li><li>▪ Que, con esta fecha _____, recibí escrito de <b>DENEGACIÓN</b> firmado por el médico responsable _____</li><li>▪ Que se me ha informado de la posibilidad de realizar reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación</li></ul>	
<p>Por ello, y de acuerdo a artículo 7 de la Ley Orgánica 3/2021, presento la siguiente <b>RECLAMACIÓN</b> ante la Comisión de Garantía y Evaluación, basada en los siguientes motivos:</p>	
<p>_____ _____ _____ _____</p>	
<p align="center">En _____, a ____ de _____ de 2021</p>	
<p align="center"><b>FIRMA</b></p>	
<p align="center"><small>Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE. Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623</small></p>	



**FIRMA POR OTRA PERSONA** (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_,

**DECLARO**

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

\_\_\_\_\_

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA**

**Anexo 15.** Segunda solicitud de la prestación de ayuda para morir.

	MODELO 10 Expediente nº _____
<b>SEGUNDA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR</b> <i>Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia</i>	
Yo, _____ DNI/NIE _____ mayor de edad, con domicilio en (localidad) _____ C/ _____ Código postal _____ Teléfono/s _____ Correo electrónico _____	
<b>DECLARO</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud</li><li>▪ Que dispongo por escrito de la información 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 que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia</li><li>▪ Que NO tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud</li><li>▪ Que, con fecha _____ solicité la Prestación de ayuda para morir, y habiendo transcurridos más de 15 días desde mi primera solicitud,</li></ul>	
<b>SOLICITO, POR SEGUNDA VEZ</b>	
la Prestación de ayuda para morir, y la firmo,	
En _____, a ____ de _____ de 2021	
<b>FIRMA</b>	
<small>Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE. Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623</small>	



**FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)**

Yo, \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_,

**DECLARO**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA**

**PROFESIONAL QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI/NIE \_\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA**

## Anexo 16. Consentimiento informado para recibir la prestación de ayuda para morir.

	MODELO 11 Expediente nº _____
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR</b>	
<i>Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia</i>	
<b>1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE</b>	
D/Dª _____ DNI/NIE _____ con domicilio en C/ _____ Localidad _____ Código postal _____ Teléfono/s _____ Correo electrónico _____	
<b>2. MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD SOBRE LA INFORMACION RECIBIDA</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• He formulado dos solicitudes de manera voluntaria, libre y consciente y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia (<i>Indicar otros medios</i>): _____</li><li>• Que mi voluntad la ejerzo con absoluta libertad de decisión y sin presión externa de cualquier índole.</li><li>• El médico/a responsable ha certificado:<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> que sufro una enfermedad grave e incurable</li><li><input type="checkbox"/> que sufro un padecimiento grave, crónico e imposibilitante</li></ul></li><li>• He sido informado que puedo elegir entre las dos modalidades posibles de prestación de ayuda a morir:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 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 profesionales sanitarios me asistirán hasta el momento de mi muerte.</li><li>✓ 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.</li></ul></li><li>• 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.</li></ul>	
<small>Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE. Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623</small>	
1	

- He sido informado de mis derechos de reclamación ante la Comisión de Garantías y Evaluación, y de mi derecho a acudir a los tribunales de acuerdo a lo determinado por la Ley. Soy conocedor que mi solicitud de la prestación de ayuda a morir puede ser denegada.
- He sido informado/a de mi derecho de acompañamiento de persona o personas, que determine, durante la realización de la prestación de ayuda a morir.
- He sido informado/a de mi derecho de aplazar la efectiva realización de la prestación de ayuda a 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/a responsable Dr/Dra.: \_\_\_\_\_ expreso mi consciente voluntad de continuar con el procedimiento de la prestación de ayuda a morir.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
Firmado: El/la paciente

\_\_\_\_\_  
Firmado: El/la médico responsable

**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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
Firmado: El/la paciente

\_\_\_\_\_  
Firmado: El/la médico responsable

**5.- ES MI DESEO QUE SE INFORME DE ESTA VOLUNTAD A LAS SIGUIENTES PERSONAS:**

- Don/Doña: \_\_\_\_\_
- Don/Doña: \_\_\_\_\_



## Anexo 17. Conclusiones informe médico consultor.


	MODELO 13 Expediente nº _____
<b>CONCLUSIONES DEL INFORME MÉDICO CONSULTOR</b> <i>Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nombre y apellidos del <b>Médico consultor</b> _____ Centro de trabajo _____ Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) _____</li></ul>	
<b>CERTIFICO</b>	
Nombre y apellidos del paciente _____ DNI /NIE _____	
Tras estudiar la historia clínica y examinado el paciente, CONCLUYO QUE:	
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>Cumple los requisitos</b> establecidos en el artículo 5.1., o en su caso en el 5.2, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir.</li><li><input type="checkbox"/> <b>No cumple los requisitos</b> establecidos en el artículo 5.1., o en su caso en el 5.2, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir.</li></ul>	
<b>Observaciones:</b> _____ _____ _____	
En _____ a _____ de _____ de 2021	
<b>FIRMA MÉDICO CONSULTOR</b>	
<small>Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE. Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623</small>	



**Anexo 18.** Comunicación del médico responsable a la comisión de garantía y evaluación.

	MODELO 14 Expediente nº _____
<b>COMUNICACIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN</b>	
Médico responsable _____	
Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) _____	
Nombre y apellidos del Solicitante Prestación ayuda para morir _____ DNI nº _____	
<b>ANTECEDENTES</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Presentada 1ª Solicitud con fecha _____</li><li>▪ Presentada 2ª Solicitud con fecha _____</li><li>▪ Documento previo de Voluntades anticipadas o similar con fecha _____</li><li>▪ Realizado proceso deliberativo con fecha _____</li><li>▪ Manifestada la decisión del paciente de:<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Continuar (fecha) _____</li><li><input type="checkbox"/> Desistir (fecha) _____</li></ul></li><li>▪ Firmado consentimiento informado con fecha _____</li><li>▪ Informe médico consultor con fecha _____<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Favorable</li><li><input type="checkbox"/> Desfavorable</li></ul></li></ul> <p style="text-align: center;">En _____, a ____ de _____ de 2021</p>	
<b>FIRMA MÉDICO RESPONSABLE</b>	
<b>DESTINATARIO: PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN</b>	
<small>Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE. Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623</small>	

**Anexo 19.** Requerimiento de la comisión de garantía y evaluación para realizar la prestación de ayuda para morir.



GOBIERNO  
DE ARAGON  
Departamento de Salud

MODELO 18  
Expediente nº \_\_\_\_\_

**REQUERIMIENTO DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN PARA  
REALIZAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**  
*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

**ANTECEDENTES**

- Nombre y apellidos del solicitante \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_
- Presentada **1ª Solicitud** con fecha \_\_\_\_\_
- Presentada **2ª Solicitud** con fecha \_\_\_\_\_
- Documento previo de **Voluntades anticipadas** o similar con fecha \_\_\_\_\_
- Realizado proceso **deliberativo** con fecha \_\_\_\_\_
- Manifestada la **decisión del paciente** de:
  - Continuar (fecha) \_\_\_\_\_
  - Desistir (fecha) \_\_\_\_\_
- Firmado **consentimiento informado** con fecha \_\_\_\_\_
- Informe **médico consultor** con fecha \_\_\_\_\_
  - Favorable
  - Desfavorable
- Descripción de la **patología padecida** (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sólo la versión accesible en la INTRANET de SALUD, es un ORIGINAL VIGENTE.  
Cualquier otro ejemplar, constituye una COPIA NO CONTROLADA. Versión 20210623



- **Naturaleza de sufrimiento** continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría

---

---

---

- **Información sobre la voluntariedad**, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa

---

---

- **Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios** para realizar la ayuda para morir

---

---

---

- **Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas**

---

---

- Fecha de la **Resolución FAVORABLE** de la Comisión de Garantía y Evaluación \_\_\_\_\_

#### REQUERIMIENTO

Para que en el plazo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través del médico del centro asignado o de un equipo externo de profesionales sanitarios

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

FIRMA

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN