



LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA: PROPUESTA APLICACIÓN COMUNIDAD DE MADRID

Comisión Deontológica

Presidenta: Tayra Velasco Sanz

Secretaria: Yolanda Rodríguez González

Vocal: Ana M^a Cabrejas Casero

Vocal: M^a Isabel Guerra Llamas

Vocal: José Antonio Barbado Albadalejo

ÍNDICE

Contenido

1. PRESENTACIÓN	2
2. LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	3
2.1 SOLICITUD Y PRESTACIÓN EN EL PACIENTE COMPETENTE	8
2.2 SOLICITUD Y PRESTACIÓN EN EL PACIENTE INCOMPETENTE	11
2.3 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	15
2.4 COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN	16
3. ANEXOS	19
3.1 REQUISITOS SOLICITUD PACIENTE COMPETENTE.....	19
3.2 PROCESO DE SOLICITUD PACIENTE COMPETENTE.....	20
3.3 SOLICITUD Y PRESTACIÓN EN PACIENTE COMPETENTE.....	21
3.4 REQUISITOS SOLICITUD PACIENTE INCOMPETENTE	23
3.5 PROCESO SOLICITUD PACIENTE INCOMPETENTE	24
3.6 SOLICITUD Y PRESTACIÓN EN PACIENTE INCOMPETENTE	25
3.7 MODELO PLANIFICACIÓN COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN PARA H ^a CLÍNICA Y DIP.....	26
3.8 CARACTERÍSTICAS DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	32
3.9 SOLICITUD DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	33
3.10 PROPUESTA DE MODELO DE DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	34

1. PRESENTACIÓN

El 18 de marzo de 2021, el Congreso de los Diputados aprobaba de forma definitiva la regulación de ayuda para morir, siendo publicada en el Boletín Oficial del Estado la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, estando prevista su entrada en vigor el 25 de junio de 2021.

Durante estos 3 meses desde su publicación en el BOE hasta su entrada en vigor, según contempla la propia ley, se deben crear y constituir las Comisiones de Garantía y Evaluación autonómicas, al igual que la elaboración de los manuales de buenas prácticas y protocolos que sirvan para orientar la correcta puesta en práctica de la ley.

Desde la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, con el objetivo de ejercer labores de representación y posicionamiento en relación a un ámbito donde la profesión de enfermería está directamente implicada, el 14 de diciembre de 2020, publicamos un informe en el que se recogieron las distintas perspectivas desde el punto de vista ético, social, deontológico, legal y por supuesto clínico desde la visión enfermera. Dicho informe se mandó a todos los grupos parlamentarios, junto con la difusión a otros organismos, medios de comunicación y la ciudadanía con el objetivo de aportar una serie de recomendaciones no solo de cara a la legislación, sino también a su implementación adecuada en la práctica clínica. Resaltar que algunas de las recomendaciones propuestas fueron incluidas en el texto normativo definitivo.

Nuestro objetivo ahora es proporcionar una serie de recomendaciones para la correcta aplicación de la ley en la Comunidad de Madrid.



2. LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

Uno de los principales aspectos que consideramos deben quedar plasmados de cara a la implementación, es que en los manuales se detallen claramente las dos prácticas que el paciente puede solicitar dentro de la prestación de ayuda para morir:

«Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

- **Eutanasia:** la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
- **Suicidio Médicamente Asistido:** la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

Otro de los aspectos claves, es que quede claramente detallado los distintos profesionales que van a intervenir durante el proceso, al igual que su función:

- ✓ **Médico Responsable:** profesional con el que el paciente mantiene una relación clínica significativa, conocedor de la patología, evolución y que participa en el proceso clínico habitual. Será el coordinador de toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial.
- ✓ **Enfermera Responsable:** profesional con el que el paciente mantiene una relación clínica significativa, conocedora de la patología, evolución y que participa en el proceso clínico habitual. Participará junto con el médico responsable en el proceso de verificación, deliberación, planificación y prestación de la ayuda para morir.
- ✓ **Profesional de consulta o Equipo de valoración:** médico, enfermera, psicólogo, trabajador social, psiquiatra o equipo de paliativos al que el equipo responsable consulta para evaluación y valoración del paciente tras la 1ªsolicitud de ayuda para morir.
- ✓ **Médico Consultor:** profesional con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que es ajeno al proceso clínico habitual del enfermo (criterio de imparcialidad), al que el médico responsable contactará para verificación del proceso.
- ✓ **Comisión de Garantía y Evaluación:** órgano consultivo, gestor y verificador del proceso de ayuda para morir formado por médicos, enfermeras, juristas, trabajadores sociales y psicólogos.
- ✓ **Comité de Ética Asistencial:** comisión interdisciplinaria consultiva al servicio de usuarios y profesionales de la salud para analizar y asesorar en los conflictos éticos asistenciales que en este caso se pudieran derivar de las solicitudes de la prestación de ayuda para morir.



PROFESIONAL	FUNCIONES
<p>Médico Responsable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ante la solicitud de la eutanasia/SMA: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escuchar al paciente, evitando adoptar un posicionamiento moral a priori y tratando de entender la magnitud de su sufrimiento, explorando valores y vivencia del paciente (proceso de planificación compartida de la atención). ✓ Explorar de forma objetiva dicha solicitud, siendo conscientes de sus propios valores personales sin que ello afecte a la relación clínica. ✓ Verificar los requisitos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Personales: nacionalidad española o empadronamiento de más de 12 meses; mayoría de edad civil; paciente competente y consciente en el momento de la solicitud; padecimiento grave, crónico e incapacitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable. ➢ Documentales: solicitud por escrito fechada y firmada en presencia de un profesional del equipo que también rubricará. ✓ Registrar en Hª Clínica. • Tras la 1ª solicitud: Proceso Deliberativo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar un proceso de Planificación Compartida de la Atención (PCA): <ul style="list-style-type: none"> ➢ Explorar de nuevo valores, capacidad y vivencia del paciente. ➢ Comunicación conjunta entre el equipo responsable y el paciente sobre diagnóstico, alternativas y posibilidades. ➢ Revisar los cuidados paliativos recibidos y el grado de control de los síntomas físicos, psíquicos y espirituales. ➢ Revisar la ayuda a la dependencia y los recursos necesarios. ➢ Valorar la situación familiar, así como los posibles problemas sociales o económicos. ➢ Dar por escrito al paciente toda la información abordada sobre su proceso médico y alternativas. ✓ Posibilidad de consultar el caso con otro médico/enfermera, un equipo de cuidados paliativos, psicólogo, trabajador social, y/o con un Comité de Ética Asistencial (CEA). ✓ Documentar todo el proceso en la Historia Clínica. • Tras la 2ª solicitud: Nuevo Proceso Deliberativo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar nuevo proceso de Planificación Compartida de la Atención, incluyendo a la familia en el proceso si todavía no estaba incluida. ✓ Determinar modalidad de prestación de ayuda para morir (eutanasia/SMA). ✓ Documentar el proceso en la Historia Clínica. ✓ Obtener el documento de consentimiento informado. • Coordinador del proceso de verificación previa: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar al médico consultor. ✓ Informar a la Comisión de Garantía y Evaluación. • Llevar a cabo la práctica de la eutanasia o del SMA: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acordar con el paciente momento de la prestación. ✓ Confirmar el tipo de prestación (eutanasia/SMA).



	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confirmar el documento de consentimiento informado previo a la prestación. ✓ Atención y acompañamiento al paciente y a la familia. ✓ Preparación y administración del fármaco en caso de eutanasia. ✓ Prescripción del fármaco en caso de SMA. <ul style="list-style-type: none"> • Tras el procedimiento: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención y acompañamiento a la familia (sentimientos de los familiares y atención al duelo). ✓ Intercambio de experiencias entre el equipo responsable (desahogo y drenaje de sentimientos). ✓ Remitir la documentación pertinente a la Comisión de Garantía y Evaluación.
<p>Enfermera Responsable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ante la solicitud de la eutanasia/SMA: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escuchar al paciente, evitando adoptar un posicionamiento moral a priori, y tratando de entender la magnitud de su sufrimiento, explorando valores y vivencia del paciente (proceso de planificación compartida de la atención). ✓ Explorar de forma objetiva dicha solicitud, siendo conscientes de sus propios valores personales sin que ello afecte a la relación clínica. ✓ Verificar los requisitos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Personales: nacionalidad española o empadronamiento de más de 12 meses; mayoría de edad civil; paciente competente y consciente en el momento de la solicitud; padecimiento grave, crónico e incapacitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable. ➢ Documentales: solicitud por escrito fechada y firmada en presencia de un profesional del equipo que también rubricará. ✓ Registrar en Hª Clínica. • Tras la 1ª solicitud: Proceso Deliberativo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar un proceso de Planificación Compartida de la Atención: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Explorar de nuevo los valores, capacidad y vivencia del paciente. ➢ Comunicación conjunta entre el equipo responsable y el paciente sobre diagnóstico, alternativas y posibilidades. ➢ Revisar los cuidados paliativos recibidos y el grado de control de los síntomas físicos, psíquicos y espirituales. ➢ Revisar la ayuda a la dependencia y los recursos necesarios. ➢ Valorar la situación familiar, así como los posibles problemas sociales o económicos. ➢ Dar por escrito al paciente toda la información abordada sobre su proceso médico y alternativas. ✓ Posibilidad de consultar el caso con otro médico/enfermera, un equipo de cuidados paliativos, psicólogo, trabajador social, y/o con un CEA. ✓ Documentar todo el proceso en la Historia Clínica. • Tras la 2ª solicitud: Nuevo Proceso Deliberativo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar nuevo proceso de Planificación Compartida de la Atención, incluyendo a la familia en el proceso si todavía no estaba incluida.



	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar modalidad de prestación de ayuda para morir (eutanasia/SMA). ✓ Documentar el proceso en la Historia Clínica. <li style="padding-left: 20px;">• Llevar a cabo la práctica de la eutanasia o del SMA ✓ Acordar con el paciente momento de la prestación. ✓ Confirmar el tipo de prestación (eutanasia/SMA). ✓ Confirmar el documento de consentimiento informado previo a la prestación. ✓ Atención y acompañamiento al paciente y a la familia. ✓ Preparación del fármaco, canalización de acceso intravenoso y administración del fármaco en caso de eutanasia. ✓ En caso de SMA, tras la prescripción médica se le dará el fármaco para que el paciente se lo autoadministre. <li style="padding-left: 20px;">• Tras el procedimiento: ✓ Atención y acompañamiento a la familia (sentimientos de los familiares y atención al duelo). ✓ Intercambio de experiencias entre el equipo responsable (desahogo y drenaje de sentimientos).
<p>Profesional de consulta o Equipo de Valoración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li style="padding-left: 20px;">• Participación en el proceso Deliberativo ante la 1ª solicitud: ✓ Verificar los requisitos y participar en un nuevo proceso de Planificación Compartida de la Atención, junto con el equipo responsable: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Valoración del motivo de la solicitud, explorando valores del paciente, diagnóstico, alternativas y posibilidades terapéuticas. ➢ Revisar los cuidados paliativos recibidos y el grado de control de los síntomas físicos, psíquicos y espirituales. ➢ Revisar la ayuda a la dependencia y los recursos necesarios. ➢ Valorar la situación familiar, así como los posibles problemas sociales o económicos.
<p>Médico Consultor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li style="padding-left: 20px;">• Verificación de los requisitos: ✓ Revisión de la Historia Clínica. ✓ Entrevista solicitante y equipo sanitario. ✓ Elaboración informe. ✓ Comunicación al paciente de las conclusiones.
<p>Médico Comisión de Garantía y Evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li style="padding-left: 20px;">• Verificación de los requisitos previa prestación: ✓ Revisión de la Historia Clínica. ✓ Entrevista solicitante y equipo sanitario si fuera necesario. ✓ Elaboración informe. ✓ Comunicación al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • Verificación de los requisitos legales tras la prestación. • Gestión de reclamaciones (denegación prestación). • Detectar posibles problemas y proponer mejoras en los manuales y protocolos. • Resolver dudas (como órgano consultivo). • Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación de la prestación.



<p>Jurista Comisión de Garantía y Evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de los requisitos previa prestación. ✓ Revisión de la Historia Clínica. ✓ Entrevista solicitante y equipo sanitario si fuera necesario. ✓ Elaboración informe. ✓ Comunicación al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • Verificación de los requisitos legales tras la prestación. • Gestión de reclamaciones (denegación prestación). • Detectar posibles problemas y proponer mejoras en los manuales y protocolos. • Resolver dudas (como órgano consultivo). • Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación de la prestación.
<p>Enfermera Comisión de Garantía y Evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de los requisitos legales tras la prestación. • Gestión de reclamaciones (denegación prestación). • Detectar posibles problemas y proponer mejoras en los manuales y protocolos. • Resolver dudas (como órgano consultivo). • Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación de la prestación.
<p>Trabajador Social Comisión de Garantía y Evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de los requisitos legales tras la prestación. • Gestión de reclamaciones (denegación prestación). • Detectar posibles problemas y proponer mejoras en los manuales y protocolos. • Resolver dudas (como órgano consultivo). • Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación de la prestación.
<p>Psicólogo Comisión de Garantía y Evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de los requisitos legales tras la prestación. • Gestión de reclamaciones (denegación prestación). • Detectar posibles problemas y proponer mejoras en los manuales y protocolos. • Resolver dudas (como órgano consultivo). • Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación de la prestación.

2.1 SOLICITUD Y PRESTACIÓN EN EL PACIENTE COMPETENTE

SOLICITUD DEL PACIENTE COMPETENTE:

Ante la solicitud de ayuda para morir en un paciente competente, se deberán verificar los siguientes requisitos:

Requisitos de la persona:

- Mayoría de edad civil. Para evitar posibles confusiones de cara a la mayoría de edad en salud definida en la Ley 41/2002.
- Persona residente en España (nacionalidad española o empadronamiento de más de 12 meses). No obstante, puesto que la regulación se hará de forma autonómica, sería pertinente detallar que la solicitud se realice en la Comunidad donde el paciente resida, y por tanto el equipo responsable conozca su proceso asistencial.
- Capaz y consciente en el momento de la solicitud (decisión autónoma).
- Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante que le genere un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable.

Requisitos documentales:

- Disponer por escrito de su proceso médico y alternativas (Cuidados Paliativos y Atención Dependencia).
- Constancia en la Hª Clínica de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.
- 2 solicitudes voluntarias por escrito (15 días entre ambas). Si el paciente no puede: posibilidad de firmar y fechar por 3ª persona indicando las razones.
- Prestar consentimiento informado previo a la prestación.

Para llevar a cabo el procedimiento se deben pasar 3 filtros previos: MÉDICO RESPONSABLE, MÉDICO CONSULTOR Y COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN.

FILTRO 1. MÉDICO RESPONSABLE: VERIFICACIÓN PREVIA

1º-SOLICITUD

1.1. ANTE LA SOLICITUD (VALORACIÓN POR PARTE DE MÉDICO/ENFERMERA RESPONSABLE)

- 1.1.1. Escuchar al paciente, evitando adoptar un posicionamiento moral a priori y tratando de entender la magnitud de su sufrimiento, explorando valores y vivencia del paciente (proceso de planificación compartida de la atención).
- 1.1.2. Explorar de forma objetiva dicha solicitud.
- 1.1.3. Decisión Autónoma:

- Fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo responsable (1º proceso de PCA llevado a cabo por el equipo médico/enfermera responsable).

- Solicitud fechada y firmada por el paciente en presencia de un profesional que lo rubricará (sino es el médico responsable se lo entregará) e incorporará a la Hª Clínica. El profesional que firme como testigo deberá ser parte del equipo asistencial. Si el paciente no puede: posibilidad de firmar y fechar por 3ª persona indicando las razones.
- Posibilidad de revocación en cualquier momento, incorporando su decisión a la Hª Clínica.

1.1.4. Verificar los requisitos:

- Personales: nacionalidad española o empadronamiento de más de 12 meses; mayoría de edad civil; paciente competente y consciente en el momento de la solicitud; padecimiento grave, crónico e incapacitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable.
- Documentales: solicitud por escrito fechada y firmada en presencia de un profesional del equipo que también rubricará.

1.2. TRAS LA SOLICITUD: PROCESO DELIBERATIVO POR PARTE DEL MÉDICO/ENFERMERA RESPONSABLE (máximo 2 días desde la solicitud)

1.2.1 Realizar un proceso de Planificación Compartida de la Atención:

- Explorar de nuevo los valores, capacidad y vivencia del paciente.
- Comunicación conjunta entre el equipo responsable y el paciente sobre diagnóstico, alternativas y posibilidades.
- Revisar los cuidados paliativos recibidos y el grado de control de los síntomas físicos, psíquicos y espirituales.
- Revisar la ayuda a la dependencia y los recursos necesarios.
- Valorar la situación familiar, así como los posibles problemas sociales o económicos.

1.2.2 Dar por escrito al paciente toda la información abordada sobre su proceso médico y alternativas (máximo 5 días).

1.2.3 Posibilidad de consultar el caso con otro profesional y/o equipo sanitario (cuidados paliativos, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, CEA) para su valoración.

1.2.4 Documentar todo el proceso en la Historia Clínica.

2ª SOLICITUD (al menos 15 días desde la 1ª solicitud)

2.1 TRAS LA 2ª SOLICITUD: NUEVO PROCESO DELIBERATIVO POR PARTE DEL MÉDICO/ENFERMERA RESPONSABLE (a los 2-5 días de presentarla).

2.1.1 Realizar nuevo proceso de Planificación Compartida de la Atención, incluyendo a la familia en el proceso si todavía no estaba incluida.

2.1.2 Determinar modalidad de prestación de ayuda para morir (eutanasia/SMA).

2.1.3 Documentar el proceso en la Historia Clínica.

2.1.4 Obtener el documento de consentimiento informado.

2.1.5 El Médico responsable comunica al médico consultor la solicitud de prestación de ayuda para morir del paciente para su verificación.

FILTRO 2. MÉDICO CONSULTOR: VERIFICACIÓN PREVIA

- 3.1 Verificación de los requisitos (personales y documentales)
 - Revisión de la Historia Clínica
 - Entrevista solicitante
- 3.2 Elaboración informe (máximo 10 días desde la 2ª solicitud).
- 3.3 Comunicación al paciente de las conclusiones (máximo 24h).
- 3.4 Médico responsable comunica a la Comisión de Garantía y Evaluación el informe favorable del médico consultor y la solicitud de prestación de ayuda para morir del paciente para su verificación final.

FILTRO 3. COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN (CGE): VERIFICACIÓN PREVIA

- 4.1 3. Verificación de los requisitos (personales y documentales)
 - El presidente nombra 2 miembros (médico/jurista) para comprobación requisitos legales.
 - Los 2 miembros CGE realizan revisión de la documentación y entrevista.
 - Elaboración informe (máximo 7 días).
- 4.2 Comunicación de la resolución definitiva al presidente (máximo 2 días).
- 4.3 Presidente de la Comisión informa al médico responsable para realizar la prestación.

PRESTACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO RESPONSABLE (MÉDICO/ENFERMERA)

- 5.1 Realizar la eutanasia o el SMA
 - 5.1.1 Acordar con el paciente el momento de la prestación.
 - 5.1.2 Confirmar el tipo de prestación (eutanasia/SMA).
 - 5.1.3 Confirmar el documento de consentimiento informado.
 - 5.1.4 Atención y acompañamiento al paciente y a la familia.
 - 5.1.5 Preparación y administración:
 - Preparación del fármaco, canalización de acceso intravenoso y administración del fármaco en caso de eutanasia.
 - En caso de SMA, prescripción médica del fármaco y suministro para que el paciente se lo autoadministre.

ACTUACIONES TRAS EL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO RESPONSABLE (MÉDICO/ENFERMERA)

- 6.1 Tras el procedimiento:
 - 6.1.1 Atención y acompañamiento a la familia (sentimientos de los familiares y atención al duelo).
 - 6.1.2 Intercambio de experiencias entre el equipo responsable (desahogo y drenaje de sentimientos).
 - 6.1.3 Remitir la documentación pertinente por parte del Médico Responsable a la Comisión de Garantía y Evaluación.

2.2 SOLICITUD Y PRESTACIÓN EN EL PACIENTE INCOMPETENTE

SOLICITUD PACIENTE INCOMPETENTE:

Según contempla la ley en el artículo 9. *Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una situación de incapacidad de hecho:*

En los casos previstos en el artículo 5.2 el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.

Quedando establecido de la siguiente manera en el **Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir:**

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su 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.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos 15 días naturales entre ambas. Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

2. No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un **documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable. La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.**

Desde la Comisión Deontológica consideramos importante que desde la Consejería se defina una estrategia para confirmar que todas aquellas personas que ya hubieran recogido la solicitud de eutanasia en un documento de instrucciones previas, con fecha anterior a la regulación de esta ley, se reafirmen en su decisión, revaluando criterios y elaborando historia clínica completa, junto con el nuevo modelo DIP.

Además, el **Artículo 4. Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir** recoge:

- 1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.*
- 2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.*

Por tanto, ante la solicitud de ayuda para morir en una persona que se encuentre en situación de incapacidad de hecho, se deberán verificar los siguientes requisitos:

Requisitos de la persona:

- Mayoría de edad civil. Para evitar posibles confusiones de cara a la mayoría de edad en salud definida en la Ley 41/2002.
- Persona residente en España (nacionalidad española o empadronamiento de más de 12 meses). No obstante, puesto que la regulación se hará de forma autonómica, sería pertinente detallar que la solicitud se realice en la Comunidad donde el paciente resida, y por tanto el equipo responsable conozca su proceso asistencial.
- Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante que le genere un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, en los términos establecidos en la ley, certificada por el médico responsable.
- Decisión AUTÓNOMA: lo que implica que en el momento de la solicitud la persona era capaz y consciente, fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo responsable. Por tanto, se requiere que dicha solicitud se establezca tras un proceso de planificación compartida de la atención por parte del médico/enfermera responsable.

Requisitos documentales:

- Disponer de un documento de instrucciones previas donde quede reflejado expresamente su deseo de que se le aplique dicha prestación de forma detallada (situación clínica...).
- Constancia en la Historia Clínica del proceso de Planificación Compartida de la Atención llevado a cabo por parte del equipo responsable cuando el paciente capaz solicitó la prestación de ayuda para morir.

Para llevar a cabo el procedimiento, se deberán pasar también los 3 filtros previos: MÉDICO RESPONSABLE, MÉDICO CONSULTOR Y COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN.

FILTRO 1. MÉDICO RESPONSABLE: VERIFICACIÓN PREVIA

Para realizar la solicitud en una persona que se encuentre en situación de incapacidad de hecho, la ley establece en el Artículo 6. 4 lo siguiente:

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista

ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia. En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del 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.

-SOLICITUD

1.1 PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- 1.1.1 Presentación de la solicitud al médico responsable por una persona mayor de edad junto con el Documento de Instrucciones Previas.
- 1.1.2 Si no hay 3ª persona el médico que le trata presentará la solicitud (consulta registro nacional de Instrucciones Previas).

1.2 ANTE LA SOLICITUD (MÉDICO/ENFERMERA RESPONSABLE)

1.2.1 Verificar los requisitos:

- Personales: nacionalidad española o empadronamiento de más de 12 meses; mayoría de edad civil; padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable; paciente competente y consciente en el momento de la solicitud (PCA).
- Documentales: solicitud detallada en un documento de instrucciones previas; constancia en Hª Clínica del proceso de PCA, fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo responsable.

1.2.2 Identificar al representante (si el paciente lo había designado en el DIP).

1.2.3 Posibilidad de consultar el caso con otro profesional y/o equipo sanitario (cuidados paliativos, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, CEA) para su valoración.

1.2.4 Documentar todo el proceso en la Historia Clínica, incluyendo el DIP.

1.2.5 El Médico responsable comunica al médico consultor la solicitud de prestación de ayuda para morir del paciente para su verificación.

FILTRO 2. MÉDICO CONSULTOR: VERIFICACIÓN PREVIA

2.1 Verificación de los requisitos (personales y documentales)

- Revisión de la Historia Clínica.
- Entrevista con el equipo responsable y familia/representante.

2.2 Elaboración informe (máximo 10 días desde la solicitud).

2.3 Médico responsable comunica a la Comisión de Garantía y Evaluación el informe favorable del médico consultor y la solicitud de prestación de ayuda para morir del paciente para su verificación final.



FILTRO 3. COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN (CGE): VERIFICACIÓN PREVIA

- 3.1 Verificación de los requisitos (personales y documentales)
 - El presidente nombra 2 miembros (médico/jurista) para comprobación de los requisitos legales.
 - Los 2 miembros CGE realizan revisión de la documentación y entrevista al equipo responsable y representante/familia si fuera necesario.
 - Elaboración informe (máximo 7 días).
- 3.2 Comunicación de la resolución definitiva al presidente (máximo 2 días).
- 3.3 Presidente de la Comisión informa al médico responsable para realizar la prestación.

PRESTACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO RESPONSABLE (MÉDICO/ENFERMERA)

- 4.1 Realizar la eutanasia
 - 4.1.1 Acordar con la familia/representante del paciente el momento de la prestación.
 - 4.1.2 Confirmar DIP.
 - 4.1.3 Atención y acompañamiento al paciente y a la familia.
 - 4.1.5 Preparación y administración:
 - Preparación del fármaco, canalización de acceso intravenoso y administración del fármaco.

ACTUACIONES TRAS EL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO RESPONSABLE (MÉDICO/ENFERMERA)

- 5.1 Tras el procedimiento:
 - 5.1.1 Atención y acompañamiento a la familia (sentimientos de los familiares y atención al duelo).
 - 5.1.2 Intercambio de experiencias entre el equipo responsable (desahogo y drenaje de sentimientos).
 - 5.1.3 Remitir la documentación pertinente por parte del Médico Responsable a la Comisión de Garantía y Evaluación.

2.3 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

El derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios queda recogido en la ley:

Artículo 16. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

La ley recoge 2 aspectos:

- El derecho a ejercer la objeción de conciencia por parte de los profesionales que estén directamente implicados en la prestación de ayuda para morir, por tanto, médico y enfermera.
- Creación de un registro de objetores por parte de la administración.

Con respecto a cómo ejercer en la práctica la objeción de conciencia será necesario:

- 1) Comunicar al colegio profesional al que pertenece y al responsable del servicio/centro: notificar de forma anticipada al supervisor/jefe de servicio, dejando constancia de la negativa, verbal y escrita para que se pueda asegurar el traspaso profesional y se tenga la justificación legal de no participar en dicha práctica.
- 2) Comunicárselo tanto al paciente como a la familia: para que sepa los motivos de por qué no participa en la prestación solicitada.
- 3) Continuidad de cuidados y no abandono: hasta que el paciente sea derivado, el profesional responsable deberá aplicarle los cuidados y atención que requiera.

Podrán darse situaciones que, al participar en dicha práctica, para el profesional le suponga un conflicto, pudiendo ejercer la **Objeción Sobrevenida**. Al igual que dentro los distintos modos que contempla la ayuda para morir, alguna de las prácticas no le ocasione un conflicto (por ejemplo, la preparación de la medicación) y otras si (como la administración directa del fármaco), detallando los casos de dicha objeción (**Objeción Total o Parcial**).

En relación con la creación del registro de objetores por parte de la Administración que contempla la ley, esta Comisión Deontológica sigue abogando porque se realice por parte de los Colegios Profesionales, en este caso Enfermería y Medicina, para dotar de mayores garantías y asesoramiento con la elaboración de unos modelos que faciliten ejercer dicho derecho.

2.4 COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

La Comisión de Garantía y Evaluación es un órgano autonómico y sería necesario unificar criterios a nivel nacional para evitar variabilidad en función de las distintas ideologías políticas, que puedan dificultar la puesta en práctica de la ley creando desigualdades de unas comunidades a otras en su aplicación. La eutanasia no es un tema de convicciones políticas, sino de aplicación de un derecho recogido por ley en base al cumplimiento de unos requisitos.

Consideramos que en el caso de las Comisiones de Garantía y Evaluación se debe detallar claramente:

- Representación porcentual de los miembros
- Número de miembros de la Comisión
- Perfil de los miembros que conformen la Comisión
- Requisitos de selección de los integrantes de la Comisión
- Tiempo y método de renovación de dichos cargos

REPRESENTACION PORCENTUAL DE LOS MIEMBROS

Según la ley;

Artículo 10. Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.

“Una vez recibida la comunicación médica, el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen sí, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. “

Artículo 17. Creación y composición

*“La composición de cada una de ellas tendrá **carácter multidisciplinar** y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas”*

En base a lo dispuesto en los artículos 10 y 17 de la ley; un profesional médico y un jurista son las personas que deberán verificar que la solicitud de eutanasia cumple con los requisitos legales y clínicos, pero bajo la premisa de las tres figuras que establece la ley (médico, enfermera y juristas) que deben conformar la Comisión y atendiendo al carácter multidisciplinar de la misma, consideramos que la distribución porcentual óptima sería:

- 30% Médicos
- 30% Juristas
- 25% Enfermeras
- 15% Otros

EL 15% se distribuiría para la representación de profesionales que son clave en la valoración de los requisitos sociales y aspecto psicológicos que ampara la ley. La figura del trabajador social y del psicólogo sería de gran utilidad, repartiéndose este porcentaje entre ambas figuras en partes iguales.

Cuando los porcentajes de representación no den números enteros de miembros, la distribución será a favor de los porcentajes más elevados.

NÚMERO DE MIEMBROS DE LA COMISIÓN

El número de miembros a partir del mínimo de siete que marca la Ley se asentará en función de las características demográficas de cada Comunidad Autónoma, específicamente en las cifras de mortalidad de cada una de ellas.

Basándonos en la experiencia de países occidentales como Holanda o Bélgica, con leyes de eutanasia en vigor, que reportaron datos de solicitudes de ayuda para morir del 1% de su mortalidad anual en el primer año de vigencia de la Ley, llegando al 2% en años sucesivos, podríamos valorar el número de solicitudes que se puedan recibir. Según datos del INE, la mortalidad en la Comunidad de Madrid (CAM) en el año 2018 fue de 46.599 personas; en función a estas cifras, podemos estimar que se puedan recibir 467 solicitudes de eutanasia (1%) en el primer año, cifra nada despreciable que precisará de recursos humanos que permitan dar una respuesta adecuada a cada una de ellas.

En base a lo anteriormente expuesto, apreciamos que el número de miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación de la CAM debería ser de **21 miembros** en el año de entrada en vigor de la Ley, modificable en años sucesivos según la tendencia de solicitudes recibidas.

Según la distribución porcentual expuesta, los 21 miembros quedarían repartidos de la siguiente manera:

- 30% Médicos: 6 miembros
- 30% Juristas: 6 miembros
- 25% Enfermeras: 5 miembros
- 15% Otros: 4 miembros, distribuidos en 2 trabajadores sociales y 2 psicólogos

El presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación recaerá en la figura de alguno de los miembros que la ley marca; deben estar presentes en ella (médico, enfermera o juristas), rotando esta representación en cada periodo de permanencia de la Comisión (4 años) y añadiendo a una de estas figuras el cargo de secretario de la Comisión que también renovará en los periodos de vigencia establecidos.

PERFIL DE LOS MIEMBROS DE LA COMISION

Los miembros de la Comisión deberán poseer una cualificación o perfil adecuado al trabajo a desarrollar por las comisiones, siendo los criterios de selección:

- Antigüedad en el empleo mínima de 10 años y en activo en la figura que representan.
- Perfil Médico: formación académica en bioética o cuidados paliativos, de los cuales cuatro miembros pertenezcan al ámbito clínico especializado de los pacientes con enfermedad terminal (paliativista, médico de familia, geriatra, psiquiatra, internista) y dos miembros profesores universitarios en estas ramas.
- Perfil Jurista: reconocidos expertos en últimas voluntades y en el conocimiento profundo de la ley, abogados y profesores universitarios de Derecho.
- Perfil Enfermera: formación académica en bioética o cuidados paliativos, que pertenezcan al ámbito clínico de los pacientes con enfermedad terminal y profesores universitarios en estas ramas.
- Perfil del Trabajador Social: profesionales dedicados a la gestión de los recursos en la atención a la dependencia y paliativos.
- Perfil del Psicólogo: profesionales especialistas en psicología clínica.

**LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA:
PROPUESTA APLICACIÓN COMUNIDAD DE MADRID**



En general y en base al cumplimiento de los requisitos antes expuestos, primarán aquellas personas que formen parte de Comités de Ética Asistencial o Comisiones Deontológicas.

Será motivo de exclusión el hacer defensas públicas claramente manifiestas de posturas extremas sobre la ley.

REQUISITOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN

Los miembros de la Comisión serán elegidos en convocatoria pública a través de la publicación en el BOCM del puesto de trabajo y los criterios de selección establecidos y tras la acreditación de estos.

TIEMPO Y MÉTODO DE RENOVACIÓN DE LA COMISIÓN

El tiempo de permanencia de la Comisión elegida será de 4 años, con posibilidad de reelección, extensible a 2 años más si no se resuelve la formación de una nueva comisión por falta de candidatos.

En cualquier caso y con el fin de dar continuidad al funcionamiento de la Comisión, los miembros deberán renovarse por mitades en cada período de acreditación. La selección de los nuevos miembros se realizará según los requisitos y criterios establecidos.

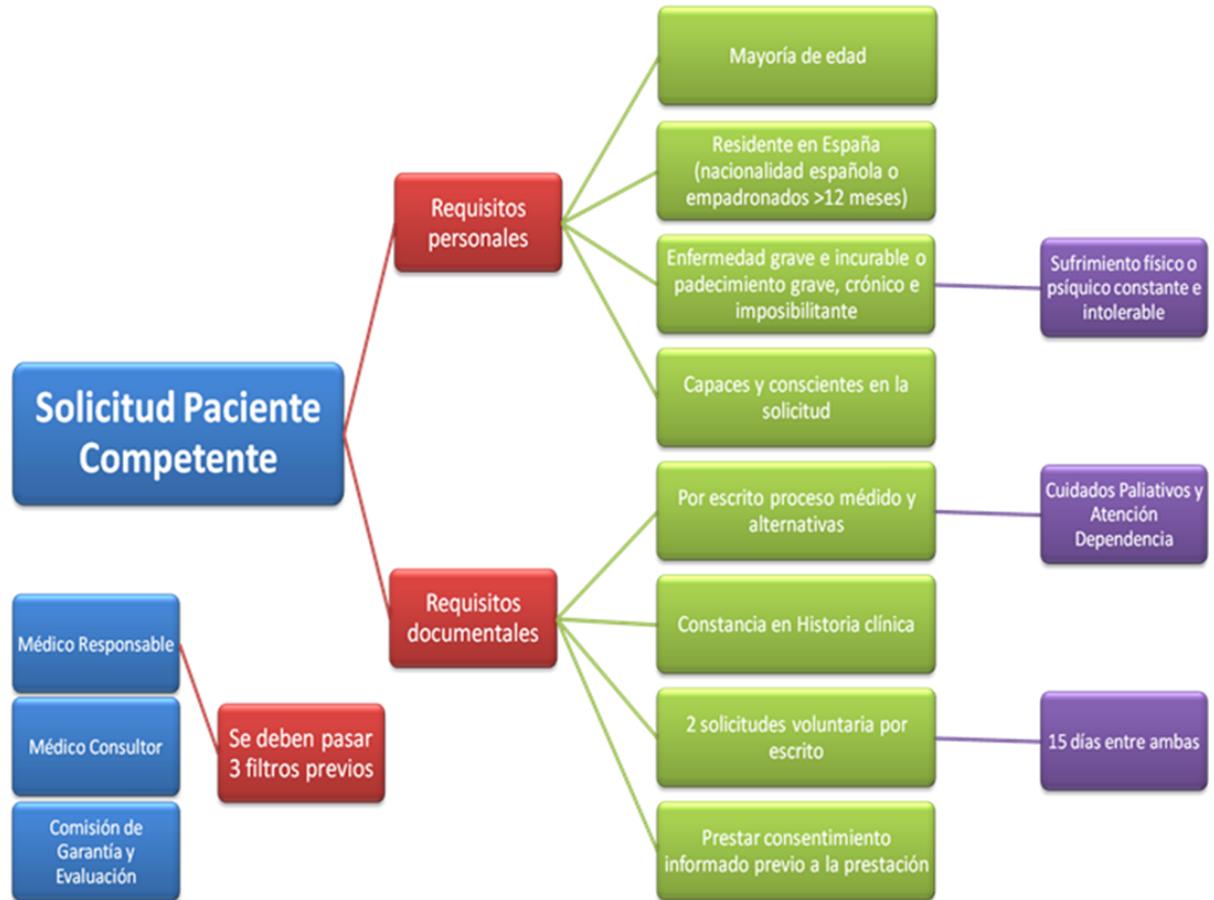
Los miembros de la Comisión estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de las deliberaciones y proteger la confidencialidad de los datos tanto de pacientes, familiares y profesionales sanitarios, firmando para ello una cláusula de confidencialidad.

Cuando la Comisión estime que no se han respetado las condiciones establecidas en la ley, comunicará su decisión motivada al médico responsable, junto al Colegio de Médicos para valorar posible medida disciplinaria, al igual que a la Fiscalía.

Los presidentes de las Comisiones se reunirán anualmente con el Ministerio de Sanidad para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de la ayuda a morir en el Sistema Nacional de Salud.

3. ANEXOS

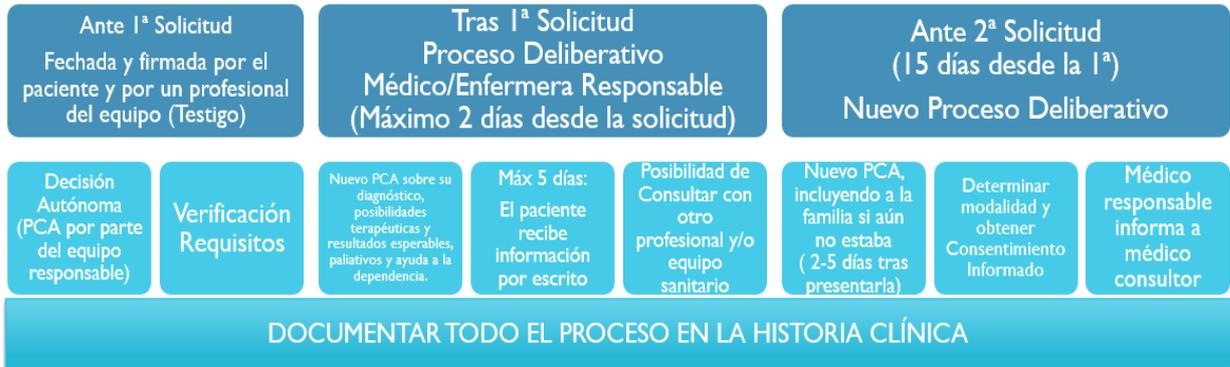
3.1 REQUISITOS SOLICITUD PACIENTE COMPETENTE



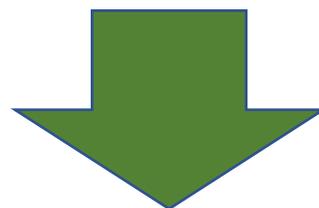
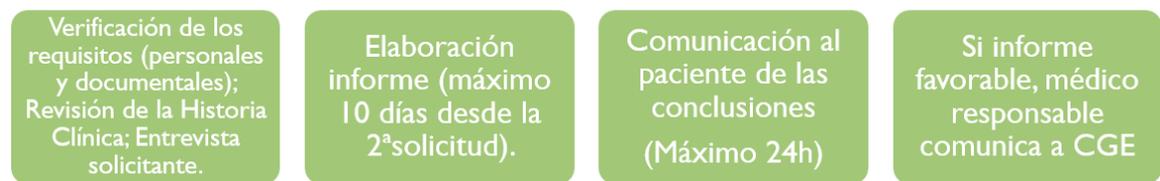


3.2 PROCESO DE SOLICITUD PACIENTE COMPETENTE

1º FILTRO: MÉDICO RESPONSABLE



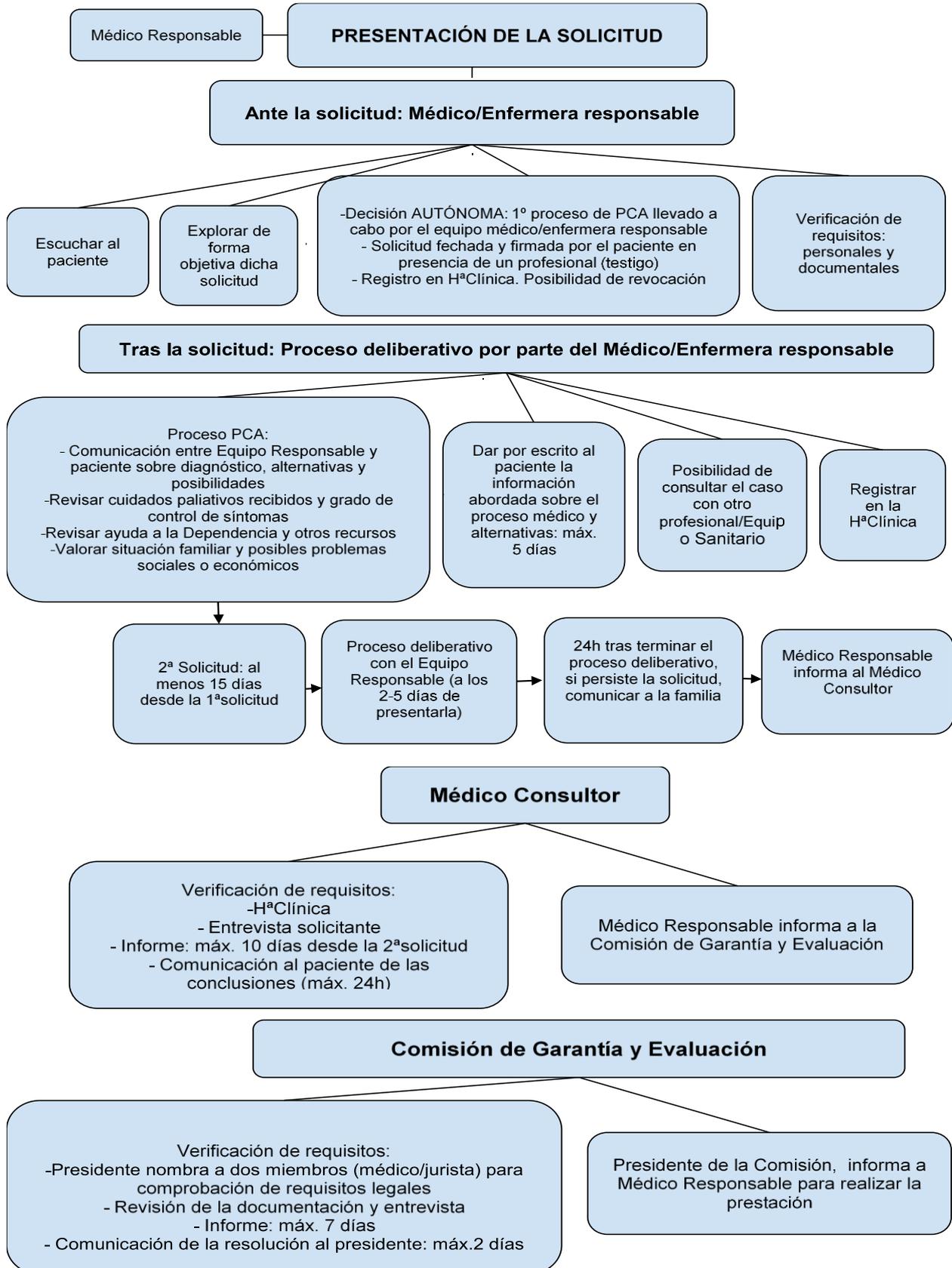
2º FILTRO: MÉDICO CONSULTOR

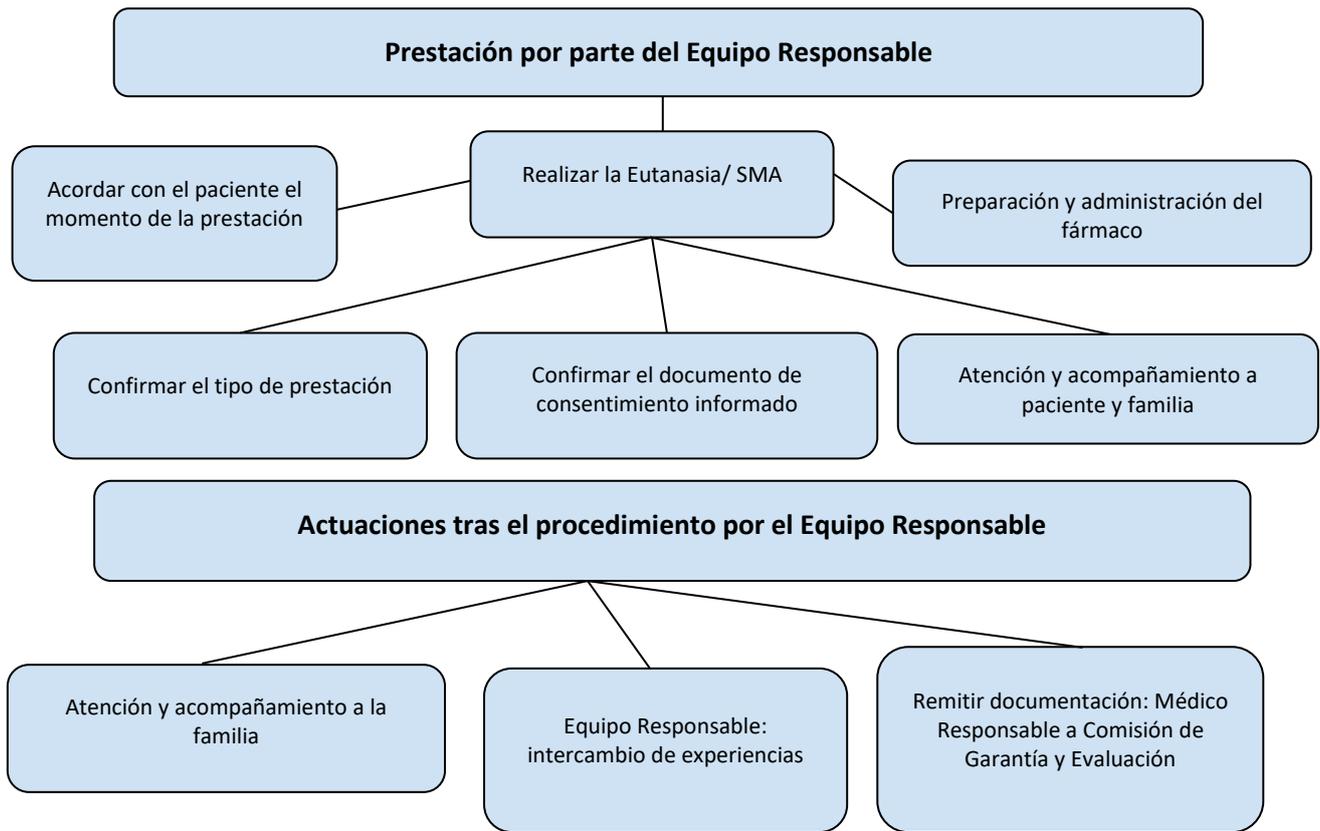


3º FILTRO: COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

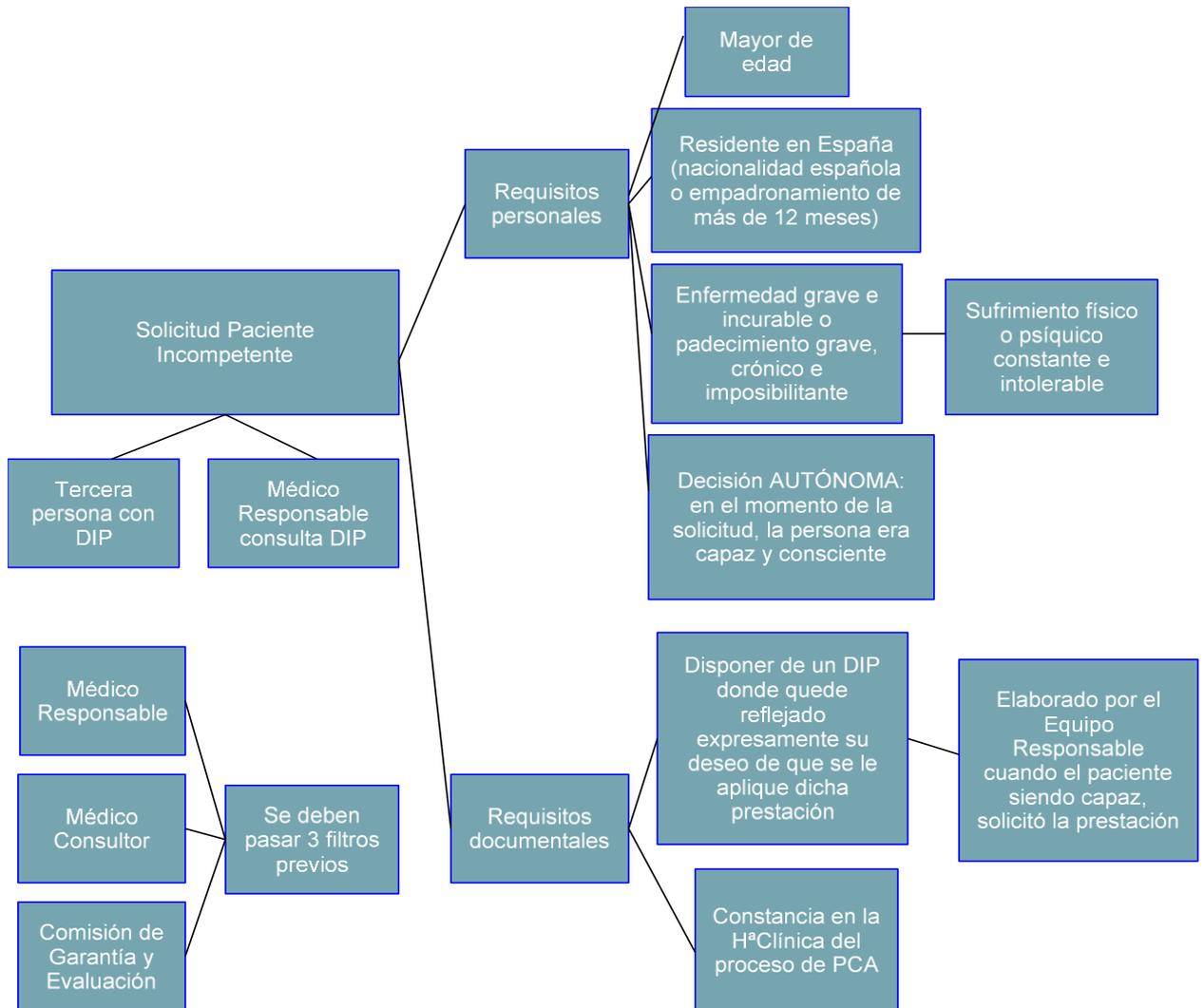


3.3 SOLICITUD Y PRESTACIÓN EN PACIENTE COMPETENTE





3.4 REQUISITOS SOLICITUD PACIENTE INCOMPETENTE



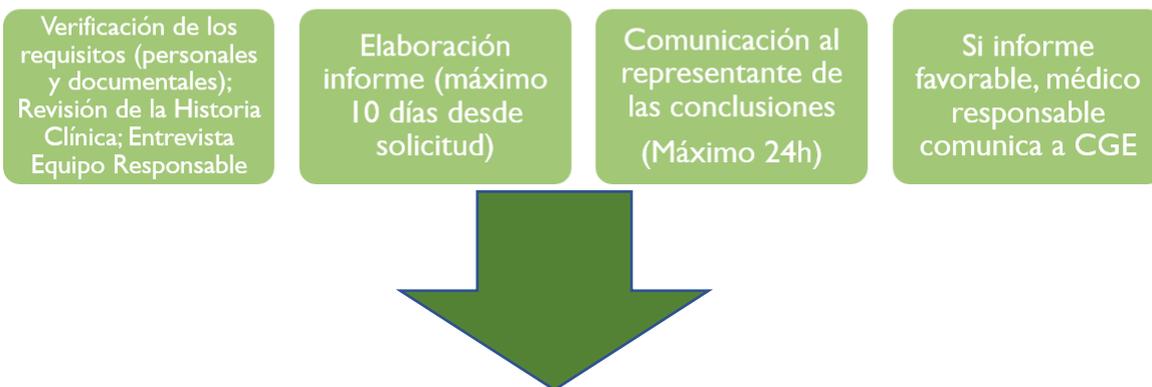


3.5 PROCESO SOLICITUD PACIENTE INCOMPETENTE

1º FILTRO: MÉDICO RESPONSABLE



2º FILTRO: MÉDICO CONSULTOR

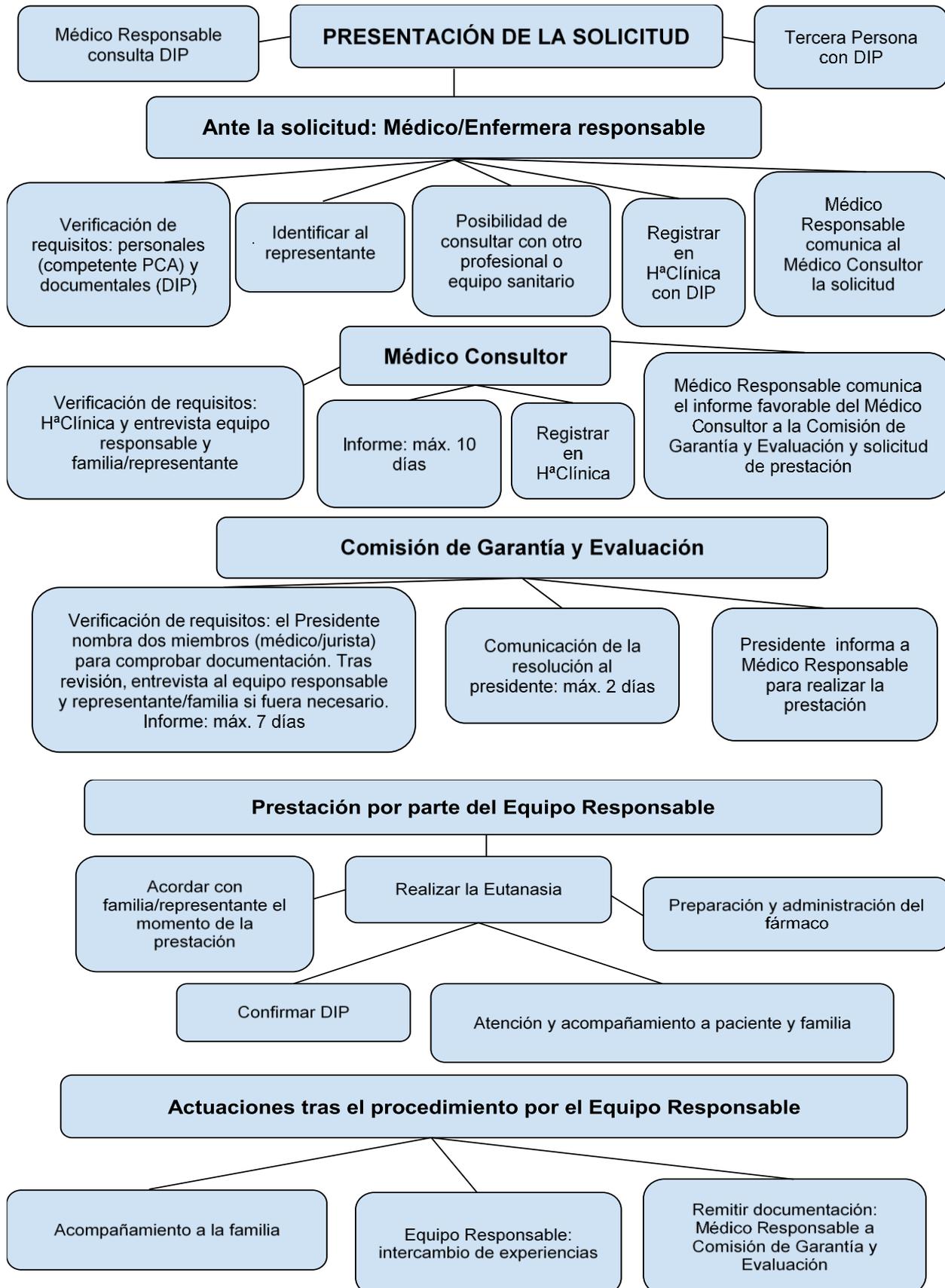


3º FILTRO: COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN





3.6 SOLICITUD Y PRESTACIÓN EN PACIENTE INCOMPETENTE



3.7 MODELO PLANIFICACIÓN COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN PARA HªCLÍNICA Y DIP

CONCEPTO: La Planificación Compartida de la Atención (PCA) definida por la Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención, es el proceso que facilita la toma de decisiones de forma anticipada de una persona competente e informada con la ayuda del equipo asistencial, mediante la deliberación entre paciente, familia y profesionales sanitarios sobre la atención que le gustaría recibir en posibles escenarios clínicos presentes y futuros, cuando la persona enferma no pueda decidir por sí misma. Dentro de dicho proceso también se puede incluir la designación de un representante, así como la elaboración y registro de un documento de instrucciones previas (DIP). Su objetivo es mejorar la comunicación sobre los deseos del paciente entre todas las personas implicadas.

La PCA es un proceso de comunicación en el que se deberá establecer de forma secuencial varias sesiones por parte de equipo responsable para explorar los valores del paciente, y realizar un proceso de toma de decisiones conjunta en función de la etapa y evolución de la enfermedad, facilitando la redacción de un DIP, quedando todo el proceso anotado en la Hª Clínica.

La PCA se puede estructurar en 5 pasos que deberán abordarse entre el equipo asistencial, el paciente y la familia.

Desde la Comisión Deontológica proponemos el siguiente formato para su inclusión en la Hª Clínica, debiendo quedar claramente detallada en todos los sistemas informáticos de la red de la Comunidad de Madrid, tanto de atención primaria, domiciliaria como especializada.

PLANIFICACIÓN COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN	
PASOS	ACTUACIONES
1. EXPLORAR VALORES Y CAPACIDAD DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar FASE ENFERMEDAD - Averiguar conocimientos previos sobre su enfermedad - Complementar información sobre la PCA - Detectar y evaluar respuesta emocional - Señalar la importancia de asignar Representante.
2. TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS	<ul style="list-style-type: none"> - Asesorar y participar en la toma de decisiones con respecto a las posibles alternativas de los tratamientos (medios soporte vital), como cambios de unidad, medicación, exámenes diagnósticos y tratamientos no farmacológicos, situaciones de incertidumbre (ingreso UCI) - Aclarar el papel del representante legal e identificar los valores del paciente más importantes para la toma de decisiones
3. DOCUMENTAR LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE: DIP	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir la PCA en la Hª Clínica - Ayudar a la redacción, interpretación e inclusión del DIP en la Hª Clínica del paciente, explicando al Representante legal sus implicaciones y funciones. - Ajustar el tratamiento a sus preferencias y valores
4. REVISAR Y ACTUALIZAR SUS PREFERENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar de manera periódica el documento, especialmente tras haber sufrido episodio agudos - Los cambios realizados siempre deben ser realizados tras acuerdo con los Profesionales Implicados y comunicado al Representante.
5. RESPETAR LAS DECISIONES TOMADAS POR EL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el Representante para el proceso de la toma de decisiones - Acceso al DIP e interpretación exhaustiva - En situaciones que no hubieran sido previamente planificadas, basarse en la historia de valores, el DIP y la figura del Representante. - Ante desacuerdo entre profesionales sanitarios y Representante, importancia de derivar el caso al CEAS

Modelo de Planificación Compartida de la Atención adaptado de Emanuel.

MODELO PCA PARA INCLUSIÓN EN LA Hª CLÍNICA

1- EXPLORAR VALORES, CAPACIDAD Y VIVENCIA DEL PACIENTE

1. ¿Qué conoce sobre su enfermedad? (Nada, Poco, Bastante, Mucho, Totalmente)

2. ¿Desea conocer más sobre su proceso, evolución, posibles complicaciones? (si/no)

En caso de no querer conocer más sobre su proceso a qué persona designa para que sea la que tome las decisiones por usted.....

En caso de querer conocer más sobre su proceso se explica en qué consiste la PCA y cómo se irán abordando estos aspectos.

3. ¿Qué es lo más importante para usted? (proyecto vital). Señalar las 5 cosas más importantes que quiere que se tengan siempre en cuenta durante su atención y para la toma de decisiones.

4. ¿Qué es lo que más le preocupa de su enfermedad?

5. ¿Qué considera más importante, vivir todo lo que pueda (cantidad de años de vida) o la calidad de vida (aunque viva menos años)?

6. En función de su enfermedad, ¿qué es para usted tener buena calidad de vida?

7. ¿Ha hablado de ello con su familia, tanto de la enfermedad como de lo que para usted es mantener una buena calidad de vida?

8. Si llegara el punto en el que, por la evolución de la enfermedad, usted no pudiera tomar decisiones ¿conoce la posibilidad de asignar un representante?

9. ¿Ha pensado quién le gustaría que tomara dichas decisiones por usted?

10. ¿Le gustaría que lo habláramos con esa persona el próximo día?



2- TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

1. ¿Ha reflexionado sobre lo que hablamos? (si/no)
2. Identificar si viene acompañado, ¿Lo ha hablado con su familia? (si/no)
3. ¿Desea que hablemos sobre distintas situaciones clínicas que por la evolución de su enfermedad y las posibles complicaciones pueden darse? (si/no)
En caso de no querer hablar sobre ello se emplaza para otra sesión.
En caso de querer conocer más sobre su proceso se explica de nuevo en qué consiste la PCA, incluyendo al representante, y cómo se irán abordando estos aspectos.
4. En función de la patología y la fase de enfermedad, se abordan las distintas situaciones clínicas que pueda tener el paciente. ¿Qué tratamientos querría o no que se le aplicaran?
- Tratamientos de Soporte Vital:
 - Intubación y ventilación mecánica invasiva
 - Ventilación mecánica no invasiva
 - Técnicas de Depuración Extrarrenal o diálisis
 - Dispositivos de Soporte Circulatorio
 - Drogas vasoactivas- Maniobras de reanimación cardiopulmonar
- Sedación paliativa en caso de padecer síntoma refractario
- Alimentación por SNG
- Alimentación por gastrostomía
- Transfusiones sanguíneas
- Ingreso Hospitalario
- Ingreso en UCI
- Tratamientos quirúrgicos
5. En caso de padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave crónico e imposibilitante y el paciente solicitara prestación de ayuda para morir, se establecerá un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéutica y resultados esperables, abordando especialmente los cuidados paliativos y la ayuda a la dependencia, asegurándonos que comprende la información proporcionada, facilitándose también por escrito y dejando constancia en dicho apartado de la HªClínica.
6. Llegado el momento en el que, por la evolución de la enfermedad, se encuentre en situación de últimos días, ¿Dónde le gustaría ser atendido?
 - Domicilio
 - Hospital
 - Residencia
7. En su atención al final de la vida ¿Qué sería lo más importante para usted? Señalar las 5 cosas más importantes que quiere que se tengan en cuenta en dicha situación.
8. Con relación a su cuerpo, ¿ha pensado alguna vez en ser donante de órganos?
9. Con respecto al representante, aclarar el papel que tendría cuando el paciente se encontrara en situación de incapacidad ¿tiene alguna duda?
10. Emplazar al paciente y al representante a que todo lo que se ha abordado, además de en la Hª Clínica quede registrado en un documento de Instrucciones Previas.



3- DOCUMENTAR LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE A TRAVÉS DE UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS (DIP). SE PRESENTA MODELO MODIFICADO PARA INCLUSIÓN DE EUTANASIA.

Ayudar en la redacción, interpretación e inclusión del DIP en la Hª Clínica, al igual que indicarle el modo de registro.



Dirección General de Humanización
y Atención al Paciente
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**DOCUMENTO DE SOLICITUD
DE INSCRIPCIÓN DE INSTRUCCIONES PREVIAS**

Yo, _____, con DNI¹ _____,
nacido el día _____ de _____ de _____ y, por lo tanto, mayor de edad, _____
con domicilio en _____
_____, Localidad _____
Provincia _____, C. Postal _____, Nacionalidad _____
Teléfono 1: _____, Teléfono 2: _____

MANIFIESTO :

Que tengo CAPACIDAD DE OBRAR Y QUE ACTÚO LIBREMENTE, que he recibido suficiente información y que, tras haber reflexionado serena y cuidadosamente, tomo la decisión de expresar, a través de este Documento, las siguientes instrucciones previas que manifiestan MI VOLUNTAD ACTUAL, de acuerdo a la Ley 3/2005 de la Comunidad de Madrid, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente y normativa concordante. Deseo que las siguientes instrucciones previas sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si me llegara a encontrar EN SITUACIÓN DE NO PODER EXPRESAR MI VOLUNTAD por mi grave deterioro físico o psíquico, para lo cual

¹ Se acompañará fotocopia de los DNI del interesado y demás personas que figuran en este Documento. Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE.



DECLARO:

QUE QUIERO SE TENGAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

(Señale los que se correspondan con su proyecto vital)

- La capacidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.
- No padecer dolor físico o psíquico o angustia intensa e invalidante.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita realizar las actividades propias de la vida diaria.
- Preferencia por no prolongar la vida por sí misma en situaciones clínicamente irreversibles.
- Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida.
- En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez, no deseo ser informado sobre mi diagnóstico fatal.

SITUACIONES CLÍNICAS EN QUE DESEO SE CONSIDERE ESTE DOCUMENTO

(Señale las que desea se tengan en cuenta)

- Enfermedad incurable avanzada** (Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo).
- Enfermedad terminal** (Enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de la autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, en un contexto de fragilidad progresiva).
- Situación de agonía** (La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida de días u horas).

INSTRUCCIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA EN MI ATENCIÓN MÉDICA.

(Señale las que desea)

- Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, desproporcionada y fútil que sólo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, o que estas medidas se retiren, si ya han comenzado a aplicarse.
- Deseo que se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar el dolor físico o psíquico o cualquier síntoma que me produzca una angustia intensa.
- Rechazo recibir medicamentos o tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas o procedimientos diagnósticos, si en nada van a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.
- Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares el acompañarme en el trance final de mi vida, si ellos así lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.
- Deseo me sean aplicados todos los tratamientos precisos para el mantenimiento de la vida hasta donde sea posible, según el buen criterio médico.

INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO

(Señale las que desea)

- Deseo donar mis órganos para ser trasplantados a otra persona que los necesite.
- Deseo donar mis órganos para la investigación.
- Deseo donar mi cuerpo para la investigación, incluida la autopsia, cuando fuera necesaria según criterio facultativo.
- Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria.
- Deseo donar mi cuerpo para la enseñanza universitaria.

OTRAS INSTRUCCIONES

SOLICITUD EUTANASIA

1. En caso de padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave crónico e imposibilitante en los términos establecidos en la Ley 3/2021 de regulación de la eutanasia, tras haber explorado con el equipo responsable, a través de un proceso de planificación compartida de la atención, el diagnóstico, posibilidades terapéutica y resultados esperables, abordando especialmente los cuidados paliativos y la ayuda a la dependencia, corroborando que comprendí la información proporcionada, siendo igualmente facilitada por escrito y habiendo dejado constancia en la Hª Clínica, solicito me sea aplicada la eutanasia.

Será un requisito para que dicha solicitud pueda considerarse, el pleno conocimiento previo de la enfermedad, evolución, pronóstico, alternativas y tratamiento, facilitado por parte del equipo responsable, debiendo quedar constancia escrita en la Hª Clínica.



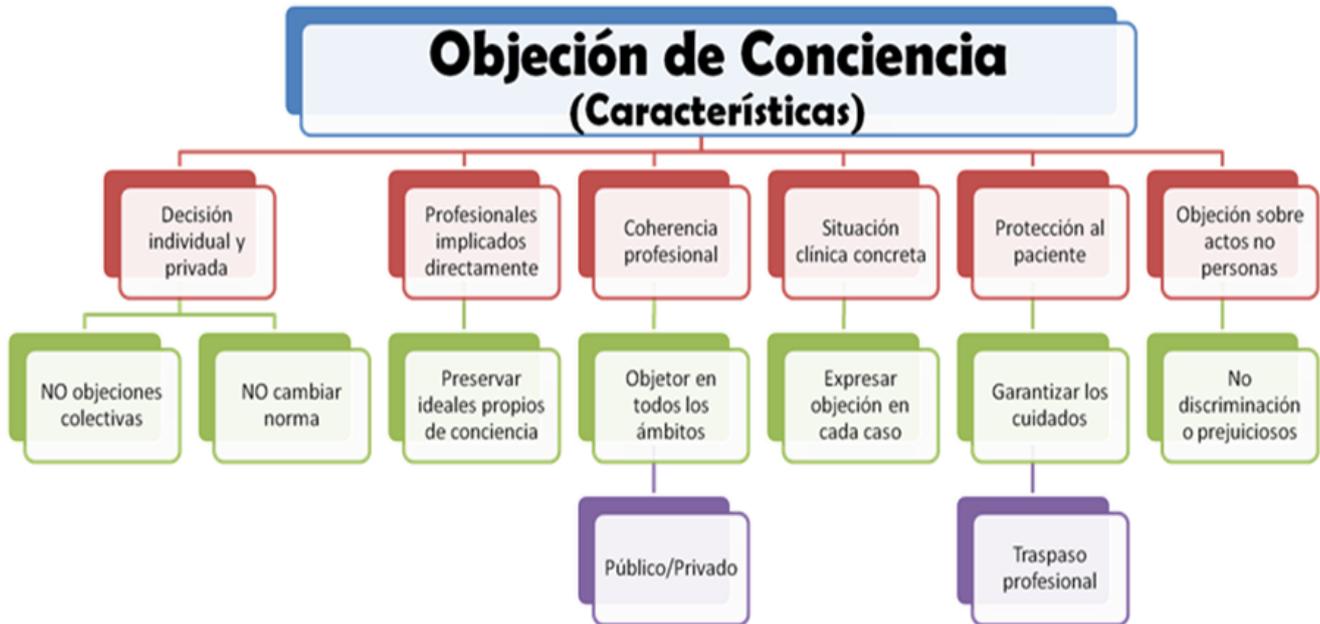
4- REVISAR Y ACTUALIZAR SUS PREFERENCIAS

1. Continuidad en el proceso asistencial: se deberá revisar de manera periódica la toma de decisiones compartidas, especialmente tras haber sufrido un episodio agudo.
2. Importancia de la reevaluación de las medidas acordadas (punto 2).
3. Si hay cambios, se deberá modificar también el documento de instrucciones previas, siendo comunicado también al representante.
4. Ajustar los cuidados y tratamientos a las preferencias del paciente
5. Reforzar el papel del representante

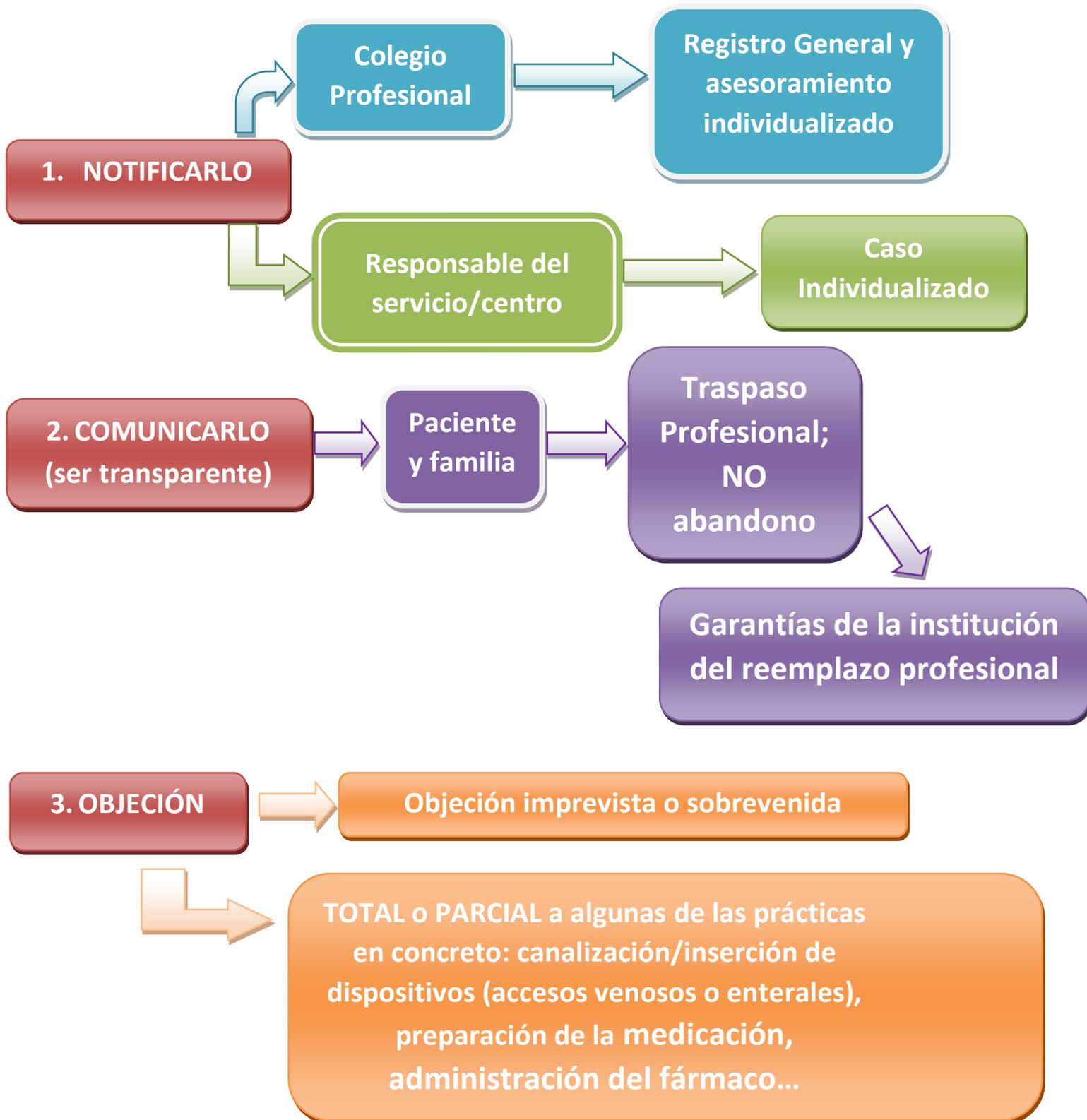
5- RESPETAR LAS DECISIONES TOMADAS POR EL PACIENTE

1. Valorar la capacidad del paciente.
2. Identificar al representante para que participe en el proceso de toma de decisiones.
3. Acceso a la Hª Clínica para verificar valores, y medidas tomadas durante el proceso de PCA, al igual que al DIP.
4. En situaciones no planificadas, basarse en la historia de valores del paciente (punto 1,2 y 4 de la PCA) y el representante.
5. Ante solicitudes de eutanasia, solo podrán ser válidas aquellas que haya constancia tanto en el proceso de PCA de la Hª Clínica como en el DIP.
6. Ante desacuerdo entre los profesionales sanitarios y el representante/familia, derivar el caso al Comité de Ética Asistencial, dejando constancia en la Hª Clínica.

3.8 CARACTERÍSTICAS DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA



3.9 SOLICITUD DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA



3.10 PROPUESTA DE MODELO DE DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

----- (Nombre y apellidos) con número de colegiado..... y trabajador en esta institución, adscrito al Servicio de, en la especialidad de con la categoría profesional de

SOLICITA que se atienda esta Declaración de objeción de conciencia a los siguientes procedimientos o actuaciones relacionados con la prestación de ayuda para morir:

HECHOS	OBJECCIÓN	Especificar con la mayor precisión posible
Inserción de dispositivos (accesos venosos o enterales)		
Prescripción de la medicación		
Preparación de la medicación		
Dispensación de la medicación para que la ingiera el paciente		
Administración directa de la medicación		
Otros:		

AUTORIZA a que dicha Declaración se incluya en el correspondiente Registro de esta institución con carácter estrictamente confidencial, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y únicamente para la mejor organización de los servicios asistenciales en la misma.