MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN EUTANASIA

2ª Edición, año 2026

Elaborado en virtud de lo dispuesto en la Disposición Adicional Sexta de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS en su sesión de 10 de julio de 2026



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

COMITÉ TÉCNICO PARA LA REVISIÓN DEL MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN EUTANASIA

2ª EDICIÓN, AÑO 2026

MINISTERIO DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud

Coordinación del Manual

Pilar Aparicio Azcárraga; Alicia Fernández Montero; Andrés G. Suárez Alonso; Natalia Pérez Arango; Estefanía García Camiño; María Fernández García y Pedro Gullón Tosio

Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia

Eugenia Orejas Pérez

Dirección General de Ordenación Profesional

Juan Julián García Gómez

Subdirección General de Información Sanitaria

Mercedes Álvarez Bartolomé

Organización Nacional de Trasplantes

Alicia Pérez Blanco

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Milena Peraita Ezcurra y Julia Ruiz Gutierrez

MINISTERIO DE CIENCIA, INNOVACIÓN Y UNIVERSIDADES

Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad

José María Antequera Vinagre

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030

Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad

Montserrat Coleto Raposo; Beatriz Río Álvarez

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Andalucía: Aurora Puche Aguilera; **Aragón**: Carlos Carreter Oróñez, Marisa Aliaga Nueno; **Principado de Asturias**: María Jesús Rodríguez Nachón, Marta Pisano González; **Illes Baleares**: Yolanda Muñoz Alonso; **Canarias**: Nuria Bañón Morón; **Cantabria**: Yolanda García Zorrilla, María José Tercero Gutiérrez; **Castilla y León**: Soledad Alfageme Cuadrado; **Castilla-La Mancha**: Ángel García Millán, Carolina Cabañas Cabañas, María Martín Ayala; **Catalunya**: Joana Pinyol Sans, Marina Cañero Martínez; **Comunitat Valenciana**: José Cucó Oliver; **Extremadura**: Carolina Luisa Luna Estellés, Ignacio Torres Solís, José María Villa Andrada; **Galicia**: Raquel Vázquez Mourelle, María José López Pimentel; **Comunidad de Madrid**: Rosa Iglesias Otero; **Región de Murcia**: Luis Miguel Pastor García, Federico Donoso Paredes; **Comunidad Foral de Navarra**: Geno Ochando Ortiz; **Euskadi**: Itxaso Bengoetxea Martínez, Nieves Rodríguez-Sierra Huguet; **La Rioja**: Yolanda Zaldivar Balloguera; **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria**: Mª Teresa García Ortiz; Jesús Lopera Flores (Ceuta), Inmaculada Romero Muñoz (Melilla).

PRESIDENTES DE LA CGYE

Andalucía: Serafín Romero Agüit; **Aragón**: Francisco Javier Olivera Pueyo; **Principado de Asturias** José Fernández Díaz; **Illes Baleares**: Yolanda Muñoz Alonso; **Canarias**: Elisa Corujo Rodríguez; **Cantabria**: María José Domínguez Artiga; **Castilla y León**: Francisco Vara Hernando; **Castilla-La Mancha**: Ángel García Millán, **Catalunya**: Albert Tuca Rodríguez; **Comunitat Valenciana**: Manel Monfort Lázaro ; **Extremadura**: Ignacio Torres Solís; **Galicia**: Rafael Monte Secades; **Comunidad de Madrid**: Mercedes Navío Acosta; **Región de Murcia**: José Manuel Allegue Gallego; **Comunidad Foral de Navarra**: Hugo Arasanz Esteban; **Euskadi**: Julia Barroso Niso; La **Rioja**: Yolanda Zaldivar Ballogera; **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**: Ana Álvarez Doña (Ceuta) e Inmaculada Romero Muñoz.

COMITÉ TÉCNICO PARA LA EUTANASIA

En la revisión y actualización del presente Manual de Buenas Prácticas han colaborado:

- **Ricardo Chueca Rodríguez** Catedrático Emérito de Derecho Constitucional de la Universidad de La Rioja.
- **David Rodríguez-Arias**, Catedrático de Filosofía, Universidad de Granada.
- **Rosana Triviño Caballero**, Profesora de la Universidad Complutense de Madrid.
- **Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD)**

Revisado por el resto de Comité Técnico para la eutanasia (Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes, Comité de Bioética de España).

EDICIÓN	Descripción de modificaciones
2021	Primera edición
2026	Segunda edición

Descripción general de la edición 2026

La edición 2026 del **Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia** es el resultado de la experiencia acumulada en la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), a lo largo de más de cuatro años, y de las conclusiones derivadas de un sistema prácticamente permanente de deliberación protagonizado por los actores y responsables de su implementación en el Sistema Nacional de Salud. Este trabajo sostenido ha permitido alcanzar un acuerdo sobre diversas actualizaciones consensuadas en los últimos meses.

Principales novedades de la edición 2026

- **Incorporación de la figura de la enfermera/o del equipo asistencial**, con especificación de funciones en el proceso y en la coordinación clínica.
- **Incorporación de la Unidad Técnica de Apoyo a la Prestación de Ayuda para Morir** con sus funciones y estándares de actuación.
- **Revisión del procedimiento de solicitud y desarrollo de la prestación**, a partir de la experiencia acumulada en las CCAA por los profesionales, las Comisiones de Garantía y Evaluación (CGyE) y las Unidades Técnicas de Apoyo a la Prestación de Ayuda para Morir, clarificando fases, plazos, comunicaciones y documentación.
- **Actualización de** criterios sobre los **aplazamientos**
- **Nuevo apartado** específico sobre el procedimiento en caso de **donación de órganos**, adaptado al Protocolo correspondiente de la **Organización Nacional de Trasplantes (ONT)**.
- **Normalización del procedimiento para la resolución de reclamaciones ante las CGyE**, incluyendo recomendaciones generales y específicas para distintos supuestos: informes desfavorables de médico/a responsable (MR), médico/a consultor (MC), y discrepancias de la dupla designada por la CGyE.

Naturaleza y fundamento jurídico del Manual

Este documento se ha elaborado por expreso mandato legal previsto en la Ley Orgánica 3/2021, 24 de marzo, de regulación de la eutanasia: *Disposición adicional sexta. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la Ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley. Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2.*

El Tribunal Constitucional, al **declarar la conformidad con la Constitución de la LORE** y su **sistema de garantías** (STC 19/2023 y STC 94/2023), ha confirmado que la Ley reconoce un **derecho de autodeterminación constitucionalmente fundado,** que incluye el decidir de manera **libre, informada y consciente** el modo y momento de morir en los **supuestos legalmente tasados**, denominados por la **LORE como contexto eutanásico. Ambas sentencias** subrayan la centralidad de las **garantías procedimentales** que aseguran su correcta aplicación. En este marco, y **de conformidad con la disposición adicional sexta de la LORE**, el presente Manual opera como **instrumento técnico de referencia** para **orientar** la aplicación uniforme de esas garantías en el Sistema Nacional de Salud. Todo ello en el marco de la LORE y del resto del ordenamiento jurídico.

Metodología de elaboración de la edición 2026

La elaboración de esta segunda edición (2026) del **Manual de Buenas Prácticas para la aplicación de la LORE** es el resultado del aprendizaje acumulado desde la entrada en vigor de la norma en junio de 2021 por el conjunto del SNS. El proceso metodológico ha integrado:

- la **experiencia práctica** desarrollada durante estos años por los **profesionales** implicados en todas las fases del procedimiento;
- el **trabajo colaborativo y consensuado** con representantes de las **comunidades autónomas**, de las **Comisiones de Garantía y Evaluación**, y de **personas expertas** en la materia junto con las **aportaciones de la ciudadanía** a través de las organizaciones de la sociedad civil;
- el **análisis de la evidencia** disponible y la revisión de la **documentación administrativa y clínica**.

Este enfoque garantiza una **visión actualizada, plural y operativa**, alineada con los **principios de calidad y seguridad** del Sistema Nacional de Salud y con los estándares ético-jurídicos exigibles en la aplicación de la LORE.

Contenido

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN EUTANASIA 0

2.- MARCO NORMATIVO: LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA. 8

3.- COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN 9

3.1 Régimen jurídico y composición 9

3.2 Deber de secreto 9

3.3 Funciones de la Comisión de Garantías y Evaluación 9

3.4 Recomendaciones de funcionamiento para las CGyE: 9

4.- PROFESIONALES SANITARIOS/AS Y ADMINISTRACIÓN 10

4.1. Médico/a responsable 10

4.2. Médico/a consultor/a 12

4.3. Enfermera/o del equipo asistencial 12

4.4. Equipo asistencial 14

4.5. Unidades Técnicas de Apoyo a la Prestación de Ayuda para Morir 14

5.- PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR 15

5.1.- Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir 16

5.2 Reconocimiento y aplicación de instrucciones previas en la solicitud de eutanasia 16

5.2.1 Condiciones de eficacia de la declaración de instrucciones previas o documento equivalente. 17

5.3.- Fases del proceso 18

5.3.1. Plazos del procedimiento 18

5.3.2. Inicio del procedimiento. Primera solicitud de la prestación de ayuda para morir 18

5.3.3.- Proceso deliberativo con el/la médico/a responsable 19

5.3.4.- Segunda solicitud 20

5.3.5.- Firma del documento de Consentimiento Informado 20

5.3.6.- Informe del/a médico/a responsable 21

5.3.7.- Informe del/a médico/a consultor/a 21

5.3.8. Comunicación médica a la Comisión de Garantía y Evaluación 22

5.3.9. Verificación previa de la Comisión de Garantía y Evaluación 22

5.4.- Estándares de actuación para el supuesto de personas con discapacidad y para aquellas con necesidades específicas de accesibilidad 23

5.5.- Registro del procedimiento en la Historia Clínica 23

5.6. Aplazamiento de la realización de la prestación 24

5.6.1. Naturaleza del aplazamiento y coherencia con el espíritu de la Ley 24

5.6.2 Solicitud del aplazamiento 25

5.6.3 Duración máxima del aplazamiento. 25

Todo ello, sin perjuicio de que la persona interesada, si lo desea, pueda formular una nueva solicitud e iniciar de nuevo el procedimiento para acceder a la prestación. 26

5.6.4. Instrucciones previas en supuestos de aplazamiento. 26

5.6.5. Solicitud de realización de la prestación durante el transcurso del aplazamiento....26
5.7. Desistimiento o revocación de la solicitud....26
5.8. Regulación de la suspensión del procedimiento....26
5.8.1. Causas que pueden motivar la suspensión....27
5.8.2. Duración de la suspensión y efectos....27
5.8.3. Reanudación del procedimiento....27
5.8.4. Recomendaciones....27
5.9. Caducidad del procedimiento....28
6.- PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR....28
6.1.- Forma, tiempo y lugar de realización....28
6.1.1 Especificaciones del procedimiento....28
6.2.- Recomendaciones sobre medicamentos a utilizar en la prestación....29
6.3.- Certificado médico de defunción....29
6.4. Recomendaciones en el supuesto de donación de órganos....29
6.4.1 Proceso de información al paciente....30
6.4.2 Coordinación clínica de la prestación y la donación....30
7. RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES U OTROS INCIDENTES DURANTE EL PROCESO....31
7.1.- Supuestos de reclamación....32
7.2.- Reglas generales del procedimiento de resolución....32
7.3.- Reglas específicas de procedimientos de resolución....32
7.3.1 En caso de informe desfavorable del médico/a responsable....32
7.3.2- Frente a informe desfavorable de médico/a consultor/a....33
7.3.3. Frente a informe desfavorable de la dupla designada por la CGyE....33
7.4. Supuestos de discrepancia de la dupla en el Informe de verificación....33
7.5 Sustitución de MR o MC....34
8.- REGULACIÓN DE LOS SUPUESTOS DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA....34
8.1.- Marco normativo específico....34
8.2.- Indicaciones para el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia en el marco de la LORE....35
ANEXOS....37

1.- RESUMEN EJECUTIVO

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), ofrece una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad en relación con la prestación de ayuda para morir en los supuestos expresamente contemplados en la norma. Con ello, la Ley reconoce un nuevo derecho individual, de carácter personalísimo, y establece simultáneamente una prestación sanitaria destinada a garantizar su ejercicio, incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Este derecho y la prestación que lo hace efectivo se ejercen bajo el estricto cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 3/2021, con el acompañamiento y la

coordinación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para garantizar criterios homogéneos de equidad y calidad asistencial en todo el territorio. Desde su entrada en vigor en junio de 2021, esta prestación se aplica con plena normalidad, tal y como se reflejan en los informes anuales sobre la ayuda para morir publicados desde entonces, que contienen una documentación sistemática de la actividad desarrollada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En cumplimiento de lo establecido en la Disposición Adicional Sexta de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), orientada a garantizar criterios homogéneos de equidad y calidad asistencial en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Interterritorial ha aprobado la revisión del **Manual de Buenas Prácticas**, cuya segunda edición reemplaza y actualiza el documento aprobado en 2021. Dada la naturaleza del Manual y conforme a lo dispuesto en la LORE, sus contenidos y recomendaciones deberán ser objeto de revisión y actualización periódica.

Este Manual contiene, de acuerdo con su naturaleza y función, un **conjunto de recomendaciones** dirigidas a quienes, según dispone la LORE, intervienen en su aplicación: los profesionales sanitarios y los demás responsables de implementar esta norma dentro de sus respectivas Administraciones.

Tras este Resumen Ejecutivo (**apartado 1**), el Manual se encuentra estructurado del siguiente modo:

El **apartado 2**, dedicado al **marco normativo**, presenta los elementos esenciales de la regulación contenida en la LORE, integrándola con la doctrina establecida por el Tribunal Constitucional. En él se describen el **objeto y alcance de la Ley**, su ámbito de aplicación y el conjunto de **garantías y procedimientos** que estructuran su finalidad: asegurar el ejercicio efectivo, seguro y uniforme del derecho reconocido.

El **apartado 3** aborda la **CGyE** como órgano administrativo propio de cada Comunidad o Ciudad Autónoma, competente para verificar el cumplimiento de las condiciones legales y, en su caso, autorizar o denegar el derecho a la prestación de ayuda para morir.

El **apartado 4** define la posición y funciones de los **profesionales sanitarios y** el papel de las **Administraciones sanitarias**: médico/a responsable, médico/a consultor/a, profesionales de enfermería (incorporando en esta revisión del Manual la figura de la enfermera/o del equipo asistencial), equipo asistencial, unidades de eutanasia y miembros de las CCGyE.

El **apartado 5** detalla las **fases del procedimiento**, que se inicia con la solicitud de la persona ante un/a médico/a responsable y finaliza con la verificación de la correcta realización de la prestación de ayuda para morir por parte de la CGyE.

Para facilitar la comprensión y aplicación del procedimiento, el Manual incorpora un diagrama (**Anexo I**) que muestra el procedimiento junto con las posibles variantes o incidentes que pudieran surgir. Asimismo, incluye enlaces a las páginas web del Ministerio de Sanidad y de las CCAA en relación con la Eutanasia y las Instrucciones Previas (**Anexo II**) que incluyen normativa y formularios para los mencionados procedimientos.

El **apartado 6** se centra en la **práctica de la prestación**. Detalla la forma, tiempo y lugar para la realización de la prestación, así como otras especificaciones del procedimiento contempladas por la LORE. Además, incluye la referencia al Documento de Recomendaciones

sobre medicamentos a administrar en la prestación de ayuda a morir[1], pautas para la emisión del certificado médico de defunción y las especificaciones requeridas en casos de donación de órganos por parte de la persona solicitante de la prestación, para lo cual la ONT ha aprobado el protocolo correspondiente[2].

El **apartado 7** detalla el tratamiento de los posibles incidentes que pudieran surgir a lo largo de la tramitación del procedimiento. En esta 2ª edición del Manual de Buenas Prácticas se concretan los **supuestos de reclamación**.

Finalmente, el **apartado 8** aborda el supuesto específico de **objeción de conciencia** por parte del profesional sanitario en la realización de la prestación de ayuda para morir.

[1] Documento de Recomendaciones sobre medicamentos a administrar en la prestación. En el apartado Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm

[2] ONT. Protocolo nacional de donación de órganos tras la aplicación de la prestación de ayuda para morir (Publicación Junio de 2022. Actualizado Marzo 2024). https://www.ont.es/wp-content/uploads/2024/03/PROTOCOLO-NAC-DONACION-TRAS-APLICACION-DE-LA-PRESTACION-DE-AYUDA-PARA-MORIR.pdf.

2.- MARCO NORMATIVO: LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.

La **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia** LORE) regula el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda para morir, establece el procedimiento a seguir y las garantías que han de observarse. Determina los deberes del personal sanitario que intervienen en el proceso, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las Administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley.

La LORE **introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual de naturaleza prestacional** que forma parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, lo que implica una garantía universal de acceso en todos los centros sanitarios, públicos, privados o concertados, así como en el domicilio o servicios de atención social residencial.

La objeción de conciencia como derecho individual, pero no institucional, obliga a articular las medidas organizativas necesarias para remover los obstáculos al cumplimiento de la ley, cuya aplicación no puede quedar neutralizada por el ejercicio legítimo del derecho a la objeción de conciencia ni por el lugar en que se solicita o realiza la prestación.

Todas las comunidades autónomas constituyeron en su día sus respectivas Comisiones de Garantía y Evaluación (CGyE), según lo dispuesto en el art. 17 de la LORE. Las CGyE son órganos administrativos esenciales para articular el sistema español de ayuda para morir mediante sus funciones de verificación del cumplimiento de los requisitos y de garantía de la seguridad jurídica y asistencial.

Las CCAA se han dotado de protocolos específicos dirigidos a adecuar la aplicación de la Ley y su organización asistencial a sus circunstancias singulares en el marco de las directrices comunes acordadas en el Consejo Interterritorial. Estos protocolos garantizan la homogeneidad en la práctica, respetando al mismo tiempo las particularidades organizativas de cada territorio.

El **Tribunal Constitucional** mediante Sentencias 19/2023, 93/2023 y 146/2023, **declaró la conformidad con la Constitución** de la Ley Orgánica 3/2021, lo que ha incrementado la certeza y seguridad jurídica del sistema al precisar los términos y alcance de varios preceptos de la LORE mediante su interpretación acorde con lo dispuesto en la Constitución y el resto del ordenamiento jurídico. Han, en definitiva, confirmado su validez jurídica íntegra y reforzado el sistema de garantías establecido en la LORE; en especial en relación con el concepto de autonomía personal y el derecho fundamental a la integridad física y moral del artículo 15 de la Constitución vigente.

3.- COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

3.1 Régimen jurídico y composición

La Comisión de Garantía y Evaluación (CGyE) de cada Comunidad Autónoma y Ciudad Autónoma es el órgano administrativo colegiado encargado de verificar el cumplimiento de los requisitos de contexto eutanásico establecidos en la LORE, así como, en su caso, de reconocer el derecho a la prestación solicitada. Su composición es de carácter multidisciplinar, incluyendo profesionales de medicina, de enfermería y juristas, pudiendo incluir además otros profesionales.

3.2 Deber de secreto

Los miembros de las CGyE están obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales a los que tengan acceso. La información no podrá utilizarse para otro fin distinto a una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. La Administración sanitaria competente creará los mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar este deber. En especial, se recomienda la suscripción de un compromiso al efecto y firmado por cada miembro.

3.3 Funciones de la Comisión de Garantías y Evaluación

De acuerdo con lo dispuesto en la LORE son **funciones** de la Comisión de Garantía y Evaluación las siguientes:

1. **Verificar** las condiciones para el reconocimiento del derecho a la prestación
2. **Resolver** las reclamaciones interpuestas frente a Informes negativos o denegaciones de la prestación.
3. **Requerir** al centro sanitario, en caso de resolución favorable tras una reclamación, para retomar el procedimiento
4. **Dirimir** el desacuerdo entre los dos miembros de la CGyE designados (dupla) para la verificación.
5. **Resolver** eventuales conflictos de intereses entre las partes y actores del proceso.
6. Realizar el control posterior a la realización de la prestación de la ayuda para morir.
7. **Homogeneizar criterios**, intercambiar buenas prácticas y proponer mejoras en los protocolos y manuales junto con las demás CGyE y el Ministerio de Sanidad.
8. **Detectar posibles problemas** en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley, **proponiendo**, en su caso**, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas** y protocolos (art 18.c LORE).
9. Realizar funciones de **órgano consultivo** en su ámbito territorial concreto en relación con la aplicación de la LORE.
10. Elaborar un **Informe Anual** de evaluación acerca de la aplicación de la LORE.
11. Participar en las actividades de **formación** y actualización relacionadas con la aplicación de la LORE, dirigidas tanto a profesionales sanitarios como a otros actores implicados en el procedimiento.
12. Ejercer cuantas otras funciones le atribuya la Comunidad Autónoma o, en el caso de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad, en el marco de la implementación y seguimiento de la LORE.

3.4 Recomendaciones de funcionamiento para las CGyE:

- Se evitará que los profesionales sanitarios que se hayan declarado objetores de conciencia a la eutanasia formen parte de la CGyE.

- En caso de que algún miembro de la CGyE participe directamente y de forma activa en las prestaciones de ayuda para morir, deberá inhibirse del proceso de valoración y verificación correspondiente.

4.- PROFESIONALES SANITARIOS/AS Y ADMINISTRACIÓN

4.1. Médico/a responsable

El/la **"**médico/a responsable" (MR) es el facultativo/a que tiene a su cargo la coordinación de la información, así como del proceso deliberativo y de la asistencia sanitaria de la persona solicitante desde el inicio del procedimiento. El/la MR será la persona interlocutora principal de la persona solicitante en todo lo relacionado con su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros/as profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

Corresponden al médico/a responsable las siguientes **funciones**:

1. **Recibir la solicitud** firmada por la persona solicitante, bien estando presente en el acto de la firma o bien recogiéndola del profesional sanitario que haya estado presente y acredite la correcta realización del trámite. Acto seguido la incorporará a la Historia Clínica.
2. **Comprobar y acreditar** que la persona solicitante cumple **los requisitos** legales y clínicos previstos en el artículo 5 de la LORE.
3. **Facilitar** a la persona solicitante la **información sobre su proceso clínico.** El/la médico responsable deberá informar de forma efectiva, comprensible y documentada sobre el proceso clínico, las alternativas terapéuticas, los cuidados paliativos integrales y las prestaciones de dependencia (incluyendo la valoración de trabajo social cuando se considere por parte del/la MR), dejando constancia de dicha información en el expediente[3].
4. **Acompañar y realiza**r con la persona solicitante el proceso deliberativo, que incluya la dimensión física, psíquica y social y, si la persona solicitante así lo estima, también el área espiritual y existencial del sufrimiento, o cualquier otro aspecto de su propia y personal percepción de la vida. El/la MR verificará la capacidad cognitiva de la persona solicitante.
5. **Informar** a la persona solicitante de su **derecho a revocar o desistir** del procedimiento en cualquier momento, hasta el momento mismo de la realización de la prestación de ayuda para morir, así como a aplazar temporalmente su realización.
6. **Realizar**, cuando proceda, la valoración de la situación de **incapacidad de hecho** de la persona solicitante. En situaciones de alta complejidad se valorará el uso de las herramientas adecuadas para contrastar y evaluar la capacidad y la autonomía de la persona solicitante, sin que el uso de estas herramientas sea requisito para la validez del procedimiento. Asimismo, se contará con el apoyo necesario cuando así lo considere el/la MR, de otros facultativos especialistas como psicología clínica, psiquiatría, neurología, etc.
7. **Elaborar y emitir** un **informe** motivado, **favorable o desfavorable**, sobre la solicitud de la prestación, tras el proceso deliberativo y la valoración clínica, indicando de forma

[3] La oferta de cuidados paliativos, apoyo psicológico o psiquiátrico cuando proceda, atención social y recursos de dependencia deberá ser documentada, sin que su aceptación o utilización constituya requisito previo para la prosecución de la tramitación del procedimiento. La decisión de la persona es autónoma y no depende de la valoración de si ha accedido o rechazado alternativas terapéuticas.

expresa si concurren los requisitos del artículo 5 de la LORE. El Informe se comunicará por escrito a la persona solicitante y se incorporará a la historia clínica y al expediente del procedimiento.

8. **Solicitar** al médico/a consultor/a la realización de una valoración clínica del paciente, así como la revisión del cumplimiento de los criterios y requisitos legales exigidos para el acceso a la prestación, con el informe correspondiente.
9. **Remitir** los informes elaborados a la CGyE.
10. **Realizar, con el apoyo y soporte de la administración sanitaria,** todos los pasos del procedimiento establecido en la LORE, dejando constancia documental de todo ello mediante la cumplimentación de los documentos requeridos.
11. **Coordinar** la realización de la prestación con el equipo asistencial, estando presente y acompañando al paciente durante su realización.
12. **Acompañar** y dar apoyo al paciente y a su familia o allegados a lo largo del proceso, siempre que la persona solicitante haya dado su consentimiento para informar a dichos familiares o allegados.
13. **Cumplimentar el certificado** médico de defunción del paciente y realizar el resto de las actuaciones propias tras su fallecimiento de acuerdo con la normativa establecida.
14. En su caso, **colaborar** con los equipos clínicos y de coordinación correspondientes para el supuesto de **donación de órganos.**

Estándares de actuación

- La persona solicitante podrá elegir, entre los profesionales disponibles que formen parte de su proceso asistencial, a quien desea que desempeñe la función de médico/a responsable. En ningún caso podrá designarse a profesionales que se encuentren incursos en conflicto de intereses o que pudieran obtener un beneficio directo o indirecto derivado de la muerte de la persona solicitante como consecuencia de la prestación.
- El/la MR deberá respetar la confidencialidad del procedimiento.
- La Administración sanitaria competente deberá asegurar el asesoramiento y apoyo que precise el al/la MR durante todo el proceso. Podrá incluir el acceso a médicos/as consultores/as, interconsultas y otros trámites necesarios en el proceso. En situaciones de especial complejidad clínica, el/la MR podrá solicitar interconsulta con otros profesionales (salud mental, neurología u otros) como apoyo para su juicio clínico, sin que la falta de interconsulta sea causa de invalidación del procedimiento.
- Las Administraciones sanitarias facilitarán la ordenación asistencial y los recursos precisos para que el/la MR desarrolle, con seguridad clínica y calidad, la prestación de ayuda para morir.
- En el caso de que el/a MR no pudiera continuar con la tramitación del procedimiento por concurrir alguna circunstancia que le impida ejercer sus funciones durante un período de tiempo que permita prever razonablemente una paralización del expediente incompatible con su finalidad, la dirección del centro sanitario o la Administración sanitaria competente deberá facilitar otro médico/a responsable que continúe con el procedimiento en la forma y plazos establecidos por la LORE. En todo caso, la incapacidad temporal del MR, sus vacaciones u otra causa justificable solo deberían motivar su sustitución cuando su duración dé lugar la paralización del procedimiento.
- Las Administraciones sanitarias competentes deberán asegurar la formación necesaria y continuada que los médicos/as pudieran requerir para desempeñar correctamente su función en los términos que establece la LORE, incluyendo competencias básicas en bioética, evaluación de la capacidad, comunicación clínica y cuidados paliativos.

- Las Administraciones sanitarias y la dirección de los centros sanitarios garantizarán la ordenación asistencial, los recursos y las condiciones organizativas necesarias para que el/la MR, el/la MC, la enfermera y el equipo asistencial puedan desarrollar la prestación de ayuda para morir en condiciones óptimas para su realización con medidas como liberación de agendas, traslados u otros apoyos organizativos.

4.2. Médico/a consultor/a

A los efectos de la LORE, el MC es el facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no forma parte del equipo asistencial del/la MR, a fin de garantizar una valoración objetiva y cualificada.

La función de MC puede ser desempeñada por un/a facultativo/a de atención primaria, intermedia u hospitalaria.

Son **funciones** del médico/a consultor/a:

1. Comprobar que la solicitud cumple los requisitos establecidos en los apartados 5.1 o 5.2 de la LORE.
2. Valorar y examinar a la persona solicitante para este fin, con el soporte de la información disponible en su Historia Clínica en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud.
3. Redactar un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas a la persona solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.

Estándares de Actuación

- El/la médico/a consultor/a podrá prestar sus servicios en el mismo centro de salud o servicio hospitalario que el/la MR.
- El/la médico/a consultor/a podrá conocer al paciente por consultas previas dependiendo de su patología.
- Deberá abstenerse si existiera un conflicto de intereses o pudiera obtener algún beneficio del fallecimiento del paciente por la aplicación de la prestación.
- Las administraciones sanitarias le facilitarán el apoyo y asesoramiento precisos para su función, incluido el acceso a la historia y documentación clínica.
- Las administraciones sanitarias facilitarán la ordenación asistencial y los recursos necesarios para que el/la MC pueda realizar, con tiempo suficiente y en condiciones de seguridad clínica y calidad, la evaluación del paciente y la elaboración del informe preceptivo en el marco de la prestación de ayuda para morir.
- El médico/a consultor/a estará sujeto al mismo deber de secreto y confidencialidad que el médico/a responsable respecto a toda la información conocida durante el ejercicio de su función.
- El MC debe adaptarse a las circunstancias de la persona solicitante.

4.3. Enfermera/o del equipo asistencial

Es la enfermera/o que, en coordinación con el médico/a responsable y con el resto del equipo asistencial, desempeña las funciones que le son propias en el proceso de prestación de ayuda para morir, en el ámbito de sus competencias profesionales. Dependiendo de cómo estén formados u organizados los equipos asistenciales, puede darse el caso en que haya más de una

enfermera que atienda a la persona solicitante, pero siempre debe tener conocimiento del procedimiento y de la persona solicitante, especialmente cuando deba administrar la medicación en la última fase.

Son funciones de la/el enfermera/o del equipo asistencial:

1. Recibir la primera solicitud protocolizada firmada (sin perjuicio de que pueda realizarlo cualquier profesional sanitario) y remitirla al/la MR que la incluirá en la Historia Clínica.
2. Facilitar a la persona solicitante, en coherencia con la información proporcionada por el/la MR, el acompañamiento informativo necesario sobre sus derechos durante el proceso, sin duplicar la información clínica aportada por el/la MR.
3. Participar, en coordinación funcional con el/la MR (sin requerir simultaneidad temporal ni presencial con el MR), en el apoyo al proceso deliberativo desde la perspectiva de los cuidados de enfermería, sin asumir funciones de verificación de requisitos legales ni de decisión clínica.
4. Colaborar en la preparación del entorno asistencial y del material necesario para la prestación, de acuerdo con la indicación y responsabilidad del médico responsable.
5. Valorar, en el ámbito de sus competencias, la opción más adecuada para la canalización de la vía intravenosa y ejecutar las actuaciones de enfermería que resulten clínicamente indicadas, conforme a la prescripción médica.
6. Asistir al paciente hasta el momento del fallecimiento, de acuerdo con los principios de buena práctica clínica y cuidado al final de la vida.
7. Una vez fallecido el paciente, prestar la atención que requiriere el seguimiento y valoración de las personas cuidadoras, familia y allegados que acompañaron el acto de aplicación de la prestación.
8. Informar de los recursos disponibles para apoyar el duelo.
9. Realizar los cuidados *"post mortem"* que sean aplicables.

Estándares de actuación

- A efectos organizativos y asistenciales, se identificará una enfermera/o de referencia dentro del equipo asistencial, pudiendo tratarse de su profesional de atención primaria, atención intermedia o atención hospitalaria.
- La enfermera/o del equipo asistencial, actuará en coordinación con el resto de profesionales que lo integren y en un marco de colaboración con el paciente y, en su caso, familiares en los términos dispuestos por el paciente.
- Se recomienda que la enfermera del equipo asistencial—preferiblemente una profesional que conozca al paciente con anterioridad a la prestación— realice una valoración y evaluación de la situación general, revisión de necesidades asistenciales y valoración de accesos venosos u otros procedimientos pertinentes de la persona solicitante en el ámbito de sus competencias. Esta intervención puede situarse en el momento de la remisión de la documentación a la CGyE o, alternativamente, una vez autorizada la prestación; deberá determinarse el momento más adecuado en función de la organización asistencial y de las necesidades de la persona solicitante.
- Las administraciones sanitarias facilitaran la ordenación asistencial y los recursos precisos para que el/la enfermera del equipo asistencial desarrolle, con seguridad clínica y calidad, su participación en la prestación de ayuda para morir.
- En caso de que la enfermera designada para el proceso no pudiera, por cualquier circunstancia, continuar con sus funciones, la Administración sanitaria competente deberá designar a otra enfermera que garantice la continuidad del procedimiento.

- No podrá intervenir en el proceso ninguna enfermera/o que tenga un conflicto de intereses o que pudiera obtener algún beneficio del fallecimiento del paciente como consecuencia de la realización de la prestación
- Mantendrán una actitud de comunicación, escucha, apoyo y acompañamiento a los familiares y allegados, de acuerdo con las instrucciones dadas por el paciente.
- La enfermera del equipo asistencial estará sujeta al mismo deber de secreto y confidencialidad que el MR y el MC respecto a toda la información conocida durante el ejercicio de su función.

4.4. Equipo asistencial

Para cada persona solicitante se configurará un equipo asistencial en el momento oportuno. Está integrado por el conjunto de profesionales que garantizan la continuidad asistencial durante todo el proceso de la prestación de ayuda para morir, desde la solicitud inicial hasta la verificación posterior a su aplicación. Forman parte del equipo asistencial el/la MR, el personal de enfermería y los demás profesionales implicados en la atención de la persona solicitante y sus familiares o personas allegadas, así como aquellos otros que a juicio del MR y según las particularidades del caso, se deban incluir. El/la MR coordinará y supervisará las actuaciones del personal de enfermería y del resto del equipo asistencial

Estándares de Actuación

- Corresponde a las Administraciones sanitarias organizar los equipos asistenciales de forma que se garantice la prestación de ayuda para morir, definiendo su composición y competencias, incluyendo expresamente al MR y a la enfermera o enfermero del equipo asistencial. Esta organización deberá respetar, en su caso, el derecho a la libre elección de profesionales sanitarios. Cuando no sea posible contar con profesionales elegidos por la persona solicitante, la Administración sanitaria adoptará las medidas necesarias para designar profesionales que aseguren el correcto desarrollo del procedimiento. Esta designación se realizará con la máxima celeridad posible para evitar demoras en el desarrollo del procedimiento.
- Si el equipo asistencial no pudiera dar cobertura completa al proceso, se podrán incorporar otros profesionales, garantizando en todo momento la continuidad y calidad del procedimiento, incluyendo interconsultas a otros especialistas como trabajo social, especialmente en situaciones de vulnerabilidad social, etc.
- Cuando el Equipo asistencial pertenezca al ámbito de atención primaria y la prestación se vaya a realizar en el hospital, las Administraciones sanitarias establecerán los circuitos y los protocolos necesarios para facilitar la acogida en dicho centro del Equipo asistencial.
- Las Administraciones sanitarias facilitarán la ordenación asistencial y los recursos precisos para que el Equipo Asistencial desarrolle, con seguridad clínica y calidad, la prestación de ayuda para morir.
- Las Administraciones sanitarias proporcionarán regularmente la formación continuada necesaria a los profesionales que integran los equipos asistenciales, para ello contarán con la colaboración y participación de la CGyE.

4.5. Unidades Técnicas de Apoyo a la Prestación de Ayuda para Morir

Diversas CCAA cuentan ya con una figura organizativa de soporte a la prestación (denominada “Unidad técnicas de Eutanasia”, “Unidad de Soporte para la PAM” o “Equipo Referente”). Este Manual recomienda su implantación en las CCAA restantes.

Asimismo, se sugiere que estas unidades —existentes o de nueva creación— dispongan de una dotación suficiente de recursos para apoyar la implementación de la LORE y garantizar procedimientos correctos, accesibles y homogéneos en su territorio.

La unidad será fácilmente accesible para los/las profesionales sanitarios, mediante la difusión pública y actualizada de sus datos de contacto. Su actividad se desarrollará en coordinación permanente con los servicios de salud.

Recomendaciones de funcionamiento de la unidad

- **Información a la ciudadanía:** Facilitar, a través de la página web, de las unidades de atención a la ciudadanía **o, según se disponga en cada CCAA**, mediante los medios habilitados para ofrecer esta información, que cualquier persona que presente una solicitud o consulta disponga de información clara, comprensible y accesible sobre la prestación y sobre el procedimiento correspondiente.
- Prestar **apoyo operativo** a los y las profesionales sanitarios en cualquier fase del procedimiento, mediante un equipo específicamente formado, ofreciendo criterios y pautas ante dudas relativas a la tramitación, consentimiento informado, plazos, documentación y coordinación asistencial.
- Se recomienda que las unidades técnicas de apoyo a la prestación impulsen un modelo basado en **profesionales referentes**, dotados de formación específica y experiencia en la LORE, en el procedimiento y en la aplicación de la prestación. Estos profesionales actuarán como recurso técnico especializado a disposición de los profesionales implicados que requieran su apoyo.
- **Registro y trazabilidad**: Registrar todas las solicitudes de prestación de ayuda para morir presentadas en su ámbito, con independencia del centro de inicio, asegurando la trazabilidad y el seguimiento activo de cada expediente a lo largo de todas sus fases y eventualidades
- **Facilitar la comunicación** bidireccional entre áreas asistenciales y miembros de la CGyE.
- **Homogeneidad institucional**: Impulsar la respuesta institucional homogénea en todo el territorio, apoyando la elaboración, actualización y supervisión de protocolos corporativos coherentes con este Manual en centros sanitarios, tanto públicos como privados (recepción de solicitudes, información a la persona solicitante, uso de formularios, contactos con la unidad y obligaciones del personal, incluidas las relativas a la objeción de conciencia).
- Dar soporte para el efectivo ejercicio del **derecho a la objeción de conciencia** por parte de los profesionales sanitarios, de acuerdo con la normativa vigente sobre el registro de objetores, y en coordinación con las autoridades de los centros sanitarios, con el fin de asegurar la adecuada organización de la prestación sanitaria.
- **Formación**: Promover y facilitar programas de formación continuada específica en la prestación de ayuda para morir, garantizando la capacitación adecuada del personal para el correcto desempeño de sus funciones.
- Participar en el **Comité Institucional** de Eutanasia del SNS.
- Integrar la información sobre la PAM en el **Sistema de Información de Eutanasia** (SIE) estatal.

5.- PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

5.1.- Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir

De acuerdo con el artículo 5 de la LORE, para recibir la prestación de ayuda para morir la persona deberá cumplir los siguientes requisitos:

1. Tener nacionalidad española o residencia legal en España o acreditar permanencia continuada en territorio español por un tiempo superior a doce meses, que se acreditará mediante Certificado de empadronamiento.
2. Ser mayor de 18 años.
3. Sufrir una enfermedad grave e incurable o, un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, **entendiéndose ambas como situaciones alternativas, que pueden presentarse de forma independiente o concurrir simultáneamente**, de acuerdo con lo previsto en los artículos 3.b) y 3.c) de la LORE.

- «**Enfermedad grave e incurable**»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, y con un pronóstico limitado de vida, en un contexto de fragilidad progresiva.
- «**Padecimiento grave, crónico e imposibilitante**»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, que impiden valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación. Todo ello asociado a un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, con seguridad o alta probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer incluso la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

4. Ser capaz y consciente en el momento de realizar la solicitud.
5. En los casos en los que exista sospecha de incapacidad de hecho, se seguirá el *Protocolo de valoración de la incapacidad de hecho*[4] aprobado en 2021 por el CISNS. Si se confirmara dicha sospecha, para continuar el procedimiento, deberá existir un documento de instrucciones previas, o documento análogo, que exprese su voluntad de recibir la prestación de ayuda para morir en los términos establecidos en dicho documento.

5.2 Reconocimiento y aplicación de instrucciones previas en la solicitud de eutanasia

A través de un documento de instrucciones previas o documento análogo legalmente reconocido, una persona mayor de edad, capaz y libre, **manifiesta anticipadamente su voluntad**, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en las que no sea capaz de expresarla personalmente, pudiendo si lo desea designar un interlocutor al efecto.

Mediante el Real Decreto 415/2022, de 31 de mayo (BOE núm. 130, de 1 de junio), se modificó el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, que regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero de datos de carácter personal. La modificación aplicable al caso consiste en incorporar, entre los aspectos que pueden constar en la declaración obrante en el Registro, los relativos a la "prestación de ayuda para morir".

[4] Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho. En el apartado Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm

Tal es el caso de la situación de incapacidad de hecho que puede presentar la persona solicitante, cuya valoración se contempla en el **Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho[5].**

Si la persona solicitante no pudiera expresar su voluntad y existe un documento de instrucciones previas, el/la MR deberá registrarlo en la Historia Clínica e iniciar el procedimiento.

Si en el Registro Nacional o en la Historia Clínica constara un documento de instrucciones previas o análogo sin interlocutor disponible, el/la médico podrá iniciar el procedimiento de la solicitud del procedimiento.

De conformidad con el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el documento de instrucciones previas solo puede ser otorgado a personas **mayores de edad**, capaces y libres.

5.2.1 Condiciones de eficacia de la declaración de instrucciones previas o documento equivalente.

1. En situación de incapacidad de hecho, únicamente podrá iniciarse o un proceso de ayuda para morir si consta un documento de instrucciones previas o equivalente, legalmente válido, que exprese de forma clara e inequívoca la voluntad de solicitar dicha prestación.
2. En estos supuestos no procede la realización de proceso deliberativo alguno, ni será necesario el trámite de segunda solicitud ni el consentimiento informado.
3. Cuando la persona haya iniciado el procedimiento contando con capacidad de hecho, pero la pierda posteriormente antes de otorgar el consentimiento informado, únicamente podrá continuarse la tramitación si consta un documento de instrucciones previas o equivalente, legalmente válido, que exprese de forma clara e inequívoca su voluntad respecto a la prestación.
4. Tanto la persona representante designada, si la hubiera, como el equipo sanitario deberán atenerse estrictamente a lo dispuesto por el paciente.
5. En los casos en los que se detecte una posible situación de indefensión de la persona solicitante, se valorará la procedencia de instar la designación de un defensor judicial o, en su caso, de recabar el asesoramiento jurídico oportuno. Asimismo, se actuará en el mismo sentido cuando concurra una pluralidad de potenciales representantes.

Recomendaciones

El documento de instrucciones previas o documento equivalente solo será útil si la **voluntad del paciente** se ha **expresado** de **manera clara** e **inequívoca** en dicho documento, y a tales efectos:

- El/la médico/a responsable y el equipo asistencial deberán valorar los casos en que resulte aconsejable que el paciente, atendida su situación, suscriba un documento de esta naturaleza o revise y actualice el existente en el Registro y en su historia clínica.

---

[5] Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho. En el apartado Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm

- Las comunidades y ciudades autónomas deben proporcionar los formularios de instrucciones previas o documentos análogos, que incluyan de forma expresa la posibilidad de que la persona manifieste su voluntad de que, en caso de pérdida de su capacidad de hecho, se inicie el procedimiento de valoración de la prestación de ayuda para morir.
- Las CCAA deben facilitar el acceso al documento de instrucciones previas o análogo a los/las profesionales en la forma que estimen más adecuada.

5.3.- Fases del proceso

5.3.1. **Plazos** del procedimiento

Los plazos previstos en las distintas fases del procedimiento son **plazos máximos** y no preclusivos, dirigidos a fijar el tiempo máximo de respuesta o actuación. Por tanto, la superación de los plazos no invalida ni impide continuar la tramitación, salvo que así se disponga expresamente.

La LORE fija sin embargo dos plazos cuyo trascurso es obligatorio, pues lo son en garantía del solicitante y del rigor en el procedimiento. Son los siguientes: el plazo de al menos **15 días** entre la primera y la segunda solicitud (art.5.1,c), y el plazo de **24 horas** entre la finalización del segundo proceso deliberativo y la manifestación del/de la paciente de continuar con la tramitación de su solicitud (art. 8.2).

Para aquellas personas cuya situación clínica suponga un riesgo de fallecimiento o de pérdida inminente de la capacidad de hecho (alrededor del 33 % de las solicitudes registradas en 2024), se aconseja aplicar una tramitación abreviada en la medida de lo posible, incluida la reducción del plazo de 15 días entre la primera y la segunda solicitud, situación clínica que justificará el MR en su informe. Ello requiere una coordinación ágil entre todos los intervinientes, de manera que los tiempos del procedimiento se reduzcan al mínimo compatible con las garantías establecidas. La agilización del procedimiento, incluida la reducción del intervalo entre solicitudes cuando exista riesgo inminente de fallecimiento o de pérdida de la capacidad, no puede comprometer el tiempo necesario para la deliberación clínica, la valoración por el/la MR y MC, ni la verificación de la capacidad y la libertad de la decisión. Si MR o MC consideran necesario solicitar interconsultas, deberá garantizarse un circuito ágil para que la persona solicitante pueda ser valorado con prontitud evitando que dichas interconsultas puedan constituir una barrera de acceso al derecho reconocido en la ley.

5.3.2. Inicio del procedimiento. Primera solicitud de la prestación de ayuda para morir

La solicitud debe realizarse por escrito y debe incluir fecha y firma, conforme a lo indicado en el artículo 6 de la LORE. También puede presentarse en cualquier soporte que garantice la expresión inequívoca y auténtica de la voluntad, y de contenido equivalente a la expresión escrita.

Las Administraciones sanitarias competentes deberán garantizar los recursos técnicos y humanos necesarios para que este acto inicial del procedimiento se desarrolle correctamente, asegurando máxima accesibilidad y calidad de la información.

Cuando el paciente no pueda cumplimentar o firmar el documento por su situación personal o condición de salud, podrá contar con la ayuda de otra persona que lo haga en su nombre. En este caso, se debe utilizar el formulario específico para estos supuestos o cumplimentar los apartados concretos en los casos que proceda, dejando constancia de los

motivos y circunstancias que justifican la intervención de la persona mayor de edad que firma en su nombre debiendo firmarse en presencia del profesional sanitario.

El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, dicho profesional sanitario se lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente (art. 6.2 LORE).

5.3.3.- Proceso deliberativo con el/la médico/a responsable

El/la médico/a, tras aceptar su condición de **MR**, iniciará el **proceso deliberativo** con la persona solicitante en un plazo máximo de **dos días naturales**, contados desde la fecha de la primera solicitud o, en su caso, desde su aceptación como médico/a responsable.

El proceso deliberativo es un elemento clave, consiste en una escucha activa y empática del paciente, atendiendo a sus razones, sentimientos y valores. Supone la **expresión de una decisión autónoma fundada en el derecho a su integridad física y moral (art. 10 CE).**

Tiene como finalidad **que el paciente tome conciencia de toda la información sobre su estado de salud para su decisión, y del alcance del derecho a decidir sobre su propia muerte. El proceso permite además verificar que posee capacidad de hecho,** y confirmar que su solicitud es congruente, voluntaria y libre de presiones externas. Por todo ello, este proceso requiere un especial cuidado orientado a lograr unas entrevistas empáticas emocionalmente, claras en los contenidos y **respetuosas con la dignidad y autodeterminación individual de la persona solicitante de la prestación.**

Durante dicho proceso, el/la MR explicará al paciente las distintas alternativas y opciones disponibles, incluyendo el acceso a **cuidados paliativos integrales** recogidos en la cartera común de servicios**,** con la expresa indicación de que tales cuidados paliativos **son compatibles con** la solicitud y el reconocimiento del derecho a **la prestación de la ayuda para morir.**

El MR informará también a la persona solicitante de las prestaciones de atención a la dependencia a las que tenga derecho.

Asimismo, el rechazo o la retirada de intervenciones y la limitación del esfuerzo terapéutico, ejercidos conforme a la Ley 41/2002, constituyen derechos de la persona solicitante plenamente compatibles con la solicitud y tramitación de la prestación de ayuda para morir; en consecuencia, su eventual ejercicio no constituye, por sí mismo, causa de denegación cuando concurran los requisitos establecidos en el artículo 5 de la LORE.

De todo ello el/la MR le proporcionará información por **escrito** o mediante cualquier medio que asegure su comprensión, en un plazo máximo de **cinco días naturales** desde el inicio del proceso deliberativo

En el caso de personas solicitantes que no dominen el idioma español, se deberá garantizar la disponibilidad de información y documentos traducidos a un idioma que comprendan, empleando recursos de interpretación profesional o medios equivalentes que aseguren una comprensión adecuada y completa del proceso.

Cuando exista una alta probabilidad de próxima pérdida de capacidad de decisión se deberá informar a la persona solicitante de la conveniencia de formalizar un documento de instrucciones previas o análogo, incluyendo, si así lo desea, su voluntad explícita respecto a la aplicación de la PAM. En los casos en los que el/la paciente ya disponga de un documento de

instrucciones previas, se recomendará su revisión, particularmente en pacientes con enfermedades progresivas, para garantizar que el contenido refleja adecuadamente su voluntad actual.

De no cumplirse con los requisitos establecidos por la LORE y antes de la presentación de la segunda solicitud, el/la MR denegará por escrito y de forma motivada la solicitud de PAM. De ello deberá informar al paciente, entregándole el correspondiente informe, en el que consten las causas que motivaron tal decisión y se informe de la posibilidad de efectuar una reclamación ante la CGyE en el plazo de 15 días naturales desde la comunicación escrita.

5.3.4.- Segunda solicitud

Transcurridos **al menos 15 días naturales** desde la fecha de la primera solicitud, el paciente podrá presentar al médico/a responsable la segunda solicitud, acreditando así su voluntad de seguir el proceso.

Presentada la segunda solicitud, el/la médico/a responsable, en el plazo máximo de **dos días naturales, retomará el proceso deliberativo** con la persona solicitante (segundo proceso deliberativo) para resolver cualquier duda o ampliar la información, ajustándose este proceso a un **plazo máximo de cinco días** desde la fecha de firma de la segunda solicitud.

Si el/la MR apreciase un **riesgo inminente de pérdida de capacidad** para otorgar el consentimiento informado, podrá reducir el período previsto entre la primera y la segunda solicitud —el establecido en la LORE en su artículo 5.1.c), fijado en 15 días— con el fin de posibilitar la firma del consentimiento informado en tiempo adecuado. Esta decisión deberá basarse en las circunstancias clínicas concurrentes y se dejará constancia de ella en la historia clínica y en el informe remitido a la Comisión de Garantía y Evaluación.

- En caso de **pérdida sobrevenida de la capacidad de hecho** durante el procedimiento, se actuará conforme a lo previsto en el artículo 5.2 de la LORE: así, cuando el procedimiento se hubiera iniciado con plena capacidad y el/la paciente hubiera firmado todos los documentos —incluido el consentimiento informado—, el proceso continuará su curso pues no se requieren instrucciones previas al constar la validez en el documento de consentimiento informado.
- Si se dispusiera de instrucciones previas válidas en las que la persona hubiera manifestado su voluntad de recibir la prestación, se procederá de acuerdo con lo establecido en dicho documento.

5.3.5.- Firma del documento de Consentimiento Informado

Finalizado el segundo proceso deliberativo y transcurridas **veinticuatro horas**, siempre que el/la MR valore que se cumplen los requisitos aplicables, el/la MR recabará de la persona solicitante su decisión de continuar (ratificación) o desistir de la solicitud de la prestación de ayuda para morir.

- Si **desiste** de su solicitud, el/la MR lo comunicará al equipo asistencial y se registrará en la historia clínica y documentará el procedimiento correspondiente que remitirá a la CGyE. La persona solicitante deberá firmar el documento de revocación.
- Si **desea continuar**, el/la MR lo comunicará al equipo asistencial y recabará de la persona solicitante la lectura y firma del consentimiento informado del acto de realización de la prestación que se incorporará a la historia clínica. También comunicará su voluntad, si lo desea la persona solicitante, a los familiares o allegados que él indique. Se recomienda

incluir la modalidad de prestación que la persona solicita entre las establecidas en el art. 3.g) de la LORE.

El consentimiento informado en relación con la aplicación de la PAM posee un carácter personalísimo por lo que nadie puede ser sustituido en su manifestación o expresión, pero sí suscribir en su nombre el documento que lo acredita. Siempre en los términos y circunstancias establecidas en la LORE y el resto de la normativa aplicable.

El soporte documental puede revestir presentaciones diversas: en documentación analógica y soporte papel, en cuyo caso deberá incluirse en la historia clínica una imagen digitalizada del documento escrito asegurando así su acceso al equipo asistencial y puede recogerse también mediante soporte digital original, dotado de identificadores de autenticidad.

5.3.6.- Informe del/a médico/a responsable

Si se realiza la ratificación de la persona solicitante, obtenida la firma del documento de consentimiento informado, **el/la médico/a responsable elaborará y emitirá un informe motivado favorable a la solicitud**, que se incorporará a la historia clínica y que, conforme al procedimiento establecido, se remitirá a la CGyE. Se recomienda incluir la modalidad de prestación que el paciente solicita entre las establecidas en el art. 3.g) de la LORE.

5.3.7.- Informe del/a médico/a consultor/a

Finalizado el segundo proceso deliberativo, obtenida la ratificación y recabado el consentimiento informado, el/la médico/a responsable deberá someter el caso a un/a **médico/a consultor/a** con formación en el ámbito de la patología del paciente.

Considerando las características del procedimiento y con el fin de asegurar el cumplimiento de los plazos establecidos, se recomienda, a criterio del/la MR, anticipar la previsión de la consulta con el MC, adoptando las medidas necesarias con la antelación suficiente para que éste/a pueda iniciarla y resolverla con la máxima diligencia.

El/la MC deberá estudiar el caso, examinar al paciente, y verificará el cumplimiento de los requisitos contemplados en el **artículo 5.1 de la LORE**. El Informe emitido por el/la MC deberá estar motivado, explicando las razones que fundan su decisión.

Además, comprobará:

- La existencia de las **dos solicitudes correctamente formuladas**
- El cumplimiento del plazo mínimo de 15 días entre ambas solicitudes, salvo que el riesgo inminente de pérdida de capacidad del solicitante haya aconsejado su reducción/ o la motivación de la reducción de dicho plazo decidida por el MR
- Que la persona solicitante dispone de la información necesaria sobre su proceso clínico.
- El cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 5.2 de la LORE en situaciones de incapacidad de hecho.

El/la MC deberá **remitir su informe motivado al/la MR en el plazo máximo de 10 días** naturales contados a partir de la fecha de la segunda solicitud.

- Si el informe es **desfavorable**, el/la MR informará al paciente de ello en el plazo máximo de 24 horas y de que dispone de un plazo máximo de 15 días naturales desde la comunicación escrita, para reclamar la decisión ante la CGyE.

- Si el informe es **favorable**, el/la MR lo comunicará al paciente en el plazo máximo de 24 horas.

5.3.8. Comunicación médica a la Comisión de Garantía y Evaluación

Cuando el informe del MC sea favorable, el/la MR comunicará al/la **Presidente de la CGyE**, en el plazo máximo de **tres días** desde la recepción del informe del/a MC, el cumplimiento de los requisitos del procedimiento mediante la remisión de la comunicación médica correspondiente.

5.3.9. Verificación previa de la Comisión de Garantía y Evaluación

Recibida la comunicación del/a MR, el/la presidente/a de la CGyE designará, de entre sus miembros y en el plazo máximo de **dos días hábiles**, un **médico y un jurista** (**dupla**) con el fin de verificar si, a su juicio, se cumplen los requisitos establecidos en la LORE.

Ambos miembros podrán, si lo consideran oportuno, entrevistarse con la persona solicitante y examinar su historia clínica, en el ejercicio de sus funciones y con respeto a los criterios de confidencialidad. Asimismo, podrán entrevistarse con el médico responsable, el médico consultor y/o el equipo asistencial si lo estimaran oportuno.

Examinado el caso y comprobado el cumplimiento de todos los requisitos, los dos miembros de la dupla elaborarán y remitirán su **informe en el plazo máximo de 7 días naturales** al/la Presidente de la CGyE.

El informe podrá ser favorable o desfavorable. Cabe también que el Informe contenga el desacuerdo total o parcial de los miembros de la dupla.

a) Si el informe fuera **desfavorable**, la CGyE lo notificará al/la MR y a la persona solicitante. La persona solicitante podrá reclamar contra dicho informe desfavorable ante la CGyE dentro del plazo de **15 días naturales** desde la notificación escrita.

La CGyE deliberará y **resolverá de la reclamación** con la ausencia de los dos miembros que realizaron el informe impugnado. Si la CGyE **confirmara la decisión desfavorable**, o no adoptara un acuerdo en el plazo de los **veinte días naturales**, la persona solicitante podrá recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa. En cambio, si la CGyE estima la reclamación y **resuelve favorablemente**, ésta lo notificará al solicitante y al médico/a responsable para que se retrotraiga el proceso de prestación de ayuda para morir al momento de previo de su denegación y se continúe con el procedimiento establecido.

b) Si la decisión fuera **favorable**, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación de ayuda para morir.

c) En el caso de **desacuerdo** entre médico y jurista, el pleno de la CGyE resolverá definitivamente.

La resolución definitiva se pondrá en conocimiento de la persona solicitante y MR en los siguientes **dos días naturales**. Las notificaciones de la CGyE, especialmente si fuere denegatoria, deberán incluir una instrucción sobre los recursos que pueden interponerse frente a la resolución.

5.4.- Estándares de actuación para el supuesto de personas con discapacidad y para aquellas con necesidades específicas de accesibilidad

Durante todo el procedimiento regulado por la LORE se deben garantizar los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las **medidas de accesibilidad universal** que resulten precisas y, en su caso, los ajustes que se consideren razonables para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

En especial, han de adoptarse las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de sus derechos reconocidos.

Recomendaciones

- Se deberá garantizar la **accesibilidad a la información y a la comunicación** haciendo uso de los recursos que se requieran para cada caso concreto en función, en su caso, de las necesidades asociadas al tipo de discapacidad. A modo ilustrativo -que no exhaustivo- los centros deberán disponer o podrán recurrir sin dilación a sistemas aumentativos y alternativos, *Braille*, lectura fácil, pictogramas, dispositivos multimedia de fácil acceso, intérpretes, sistemas de apoyos a la comunicación oral, lengua de signos, lenguaje dactilológico, sistemas de comunicación táctil u otros dispositivos que permitan la comunicación, así como cualquier otro medio que resulte necesario para garantizar la comunicación e interacción efectivas.
- Todos los documentos recogidos en la LORE deben ser facilitados en **formatos adecuados, accesibles y comprensibles** para todas las personas y, en particular, para las personas con discapacidad. En el caso de que no sean suficientes, deberán aplicarse los ajustes razonables pertinentes.
- Cuando el paciente tenga una discapacidad o alguna limitación que le impida cumplimentar, firmar y fechar la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Administración sanitaria pondrá a su disposición los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad universal y, en su caso, los ajustes razonables que le permitan expresar su decisión y dejar constancia por escrito de su voluntad.

De conformidad con lo dispuesto en el Código Civil, y en particular con la regulación vigente en materia de **provisión de apoyos a las personas que lo precisen** para el ejercicio de su capacidad jurídica, deberá valorarse en cada caso la posible concurrencia de figuras legales de apoyo del paciente (tales como la guarda de hecho, la curatela u otras medidas legalmente previstas), a fin de garantizar que la toma de decisiones se ajuste al marco legal aplicable y respete los derechos, voluntad y preferencias de la persona.

5.5.- Registro del procedimiento en la Historia Clínica

La LORE establece una serie de obligaciones de registro en la historia clínica del paciente de las actuaciones y decisiones que se vayan produciendo durante el proceso, a cargo del médico/a responsable, médico/a consultor/a y equipo asistencial.

En todo caso, deberán constar en la historia clínica, debidamente documentados y con la máxima protección en cuanto a acceso y trazabilidad los siguientes aspectos debidamente documentados:

- Documento de la primera solicitud debidamente cumplimentado por el paciente y el médico/a responsable, o profesional que lo recibiera.
- Acreditación de la recepción y comprensión por el paciente de la información sobre el proceso médico, que habrá sido facilitada por escrito por el/la MR de manera verificable.
- Decisión, si la hubiera, debidamente motivada, de acordar la reducción del plazo de 15 días entre la primera y la segunda solicitud.
- Documento de la segunda solicitud correctamente cumplimentado por el paciente y el médico/a responsable, o profesional que lo recibiera.
- Informe favorable, o desfavorable del/la MR.
- Consentimiento informado para recibir la prestación debidamente cumplimentado.
- Informe favorable, o desfavorable del/la MC.
- Resolución favorable, o desfavorable de la CGyE.
- Documento por el que el paciente renuncia al derecho a solicitar o, en su caso, recibir la prestación, (*revocación* del art. 6.3 LORE).
- Informe sobre la valoración de la situación de incapacidad de hecho, si procediera.
- Cualquier otro documento referido al proceso o exigido por éste que estimara oportuno el/la MR u otro miembro del equipo asistencial.
- Las actuaciones desarrolladas por la/el enfermera/o del equipo asistencial.
- Los informes aportados por cualquier otra disciplina sanitaria que haya participado en el proceso.

5.6. Aplazamiento de la realización de la prestación

De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, una vez emitido el informe favorable de la CGyE, la prestación de ayuda para morir debe realizarse en los términos y plazos legales establecidos según acuerdo de la persona solicitante y MR. Por otro lado, **el artículo 6.3** reconoce expresamente la posibilidad de que la persona solicitante pueda pedir el aplazamiento de la aplicación de la prestación reconocida.

5.6.1. Naturaleza del aplazamiento y coherencia con el espíritu de la Ley

La experiencia acumulada en los años de implementación de la LORE muestra que, si bien la fijación de la fecha de aplicación de la prestación forma parte de los derechos de la persona solicitante, han surgido **casos excepcionales de aplazamientos sin fijación de fecha cierta de aplicación de la prestación.**

De un lado, estas situaciones desde luego excepcionales suponen, en clave administrativa, una ruptura de la característica del “acto propio”, en la medida en que las situaciones de contexto eutanásico son, por su propia naturaleza, percibidas como insoportables por quien solicitó -y obtuvo- el derecho a recibirla.

Pero de otro, dada la naturaleza del derecho reconocido al titular, nada cabe objetar a su inacción, de acuerdo a la capacidad de autodeterminación máxima en que se funda su derecho.

La experiencia plantea que estos aplazamientos responden en muchos casos a decisiones razonables del solicitante.

En la anterior edición se optó por disponer como criterio general fijar en uno o dos meses, a juicio de cada CGyE y del caso concreto, un plazo que, trascurrido, suponía la apreciación de un desistimiento tácito del titular del derecho. Todo ello fundado como se ha dicho, en la naturaleza misma de los supuestos de contexto eutanásico.

Tras el estudio de los casos excepcionales y los procesos de estudio y tratamiento de tan singulares supuestos, se incluyen a continuación las pautas consensuadas para el tratamiento de estas situaciones.

5.6.2 Solicitud del aplazamiento

El aplazamiento deberá formalizarse mediante la cumplimentación del correspondiente **documento de solicitud** firmado por la persona solicitante. **El/la médico/a responsable**, firmará el documento a los **únicos efectos de la toma de conocimiento de dicha solicitud**, así como para proceder a su remisión a la CGyE.

Este procedimiento quedará documentado mediante la solicitud de aplazamiento y, se integrará en el expediente del procedimiento de solicitud de eutanasia originario.

5.6.3 Duración máxima del aplazamiento.

En ausencia de norma o regla jurídica en la LORE y de acuerdo con la naturaleza y objeto de la Ley, se acuerda fijar un plazo de referencia dirigido a respetar el derecho de la persona a recibir la prestación y el mantenimiento de todas las condiciones que motivaron el reconocimiento de su derecho.

La experiencia ha demostrado que el plazo de uno o dos meses era de una brevedad excesiva atendido el respeto debido al titular del derecho y a las circunstancias personales particulares que pudieran razonablemente abonar su deseo de dilación.

Por todo ello se ha alcanzado un escenario de consenso consistente en recomendar como pauta general, por aplicación analógica de lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, relativo a la obligación de resolver el expediente administrativo, un plazo de **seis meses**, **a contar desde la fecha de notificación del reconocimiento del derecho.**

Antes de que finalice el plazo de aplazamiento vigente la persona podrá solicitar una prórroga y la CGyE deberá evaluar si procede autorizarla o si da por finalizado el aplazamiento. Si la CGyE decide no conceder más tiempo, informará oficialmente al paciente de que ya no podrá solicitar más pausas dentro de este mismo expediente. En cualquier caso, la CGyE deberá explicar siempre por escrito las razones que justifican su decisión.

Si una vez agotado el periodo de aplazamiento concedido sin que se haya aplicado la prestación, no se hubieran retomado actuaciones por parte de la persona solicitante, se considerará caducada la posibilidad de ejercer este derecho en el ámbito del procedimiento en curso. La CGyE lo notificará a la persona solicitante y al /la MR desde el día siguiente a la finalización del plazo, archivándose el procedimiento.

Todo ello, sin perjuicio de que la persona interesada, si lo desea, pueda formular una nueva solicitud e iniciar de nuevo el procedimiento para acceder a la prestación.

5.6.4. Instrucciones previas en supuestos de aplazamiento

En el momento de formalizar la solicitud de un **aplazamiento**, el/la MR podrá recomendar a la persona solicitante la conveniencia de elaborar un **documento de instrucciones previas, si lo considerare oportuno. Ello permitirá, si así lo desea el paciente, hacer valer su voluntad si no pudiera llegar a expresarla válidamente durante el aplazamiento concedido**.

El documento de instrucciones previas, en su caso, deberá recoger las **indicaciones precisas** al respecto en relación con el modo de continuación del proceso, al carecer de las capacidades para expresar su voluntad actual.

5.6.5. Solicitud de realización de la prestación durante el transcurso del aplazamiento

Durante el transcurso del aplazamiento reconocido, la persona solicitante —representante o interlocutor válido en su caso— podrá **comunicar al/la MR su deseo de recibir la prestación**.

5.7. Desistimiento o revocación de la solicitud

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), atribuye a la persona solicitante diversas facultados durante la tramitación del procedimiento administrativo. Específicamente la LORE se refiere a la **revocación** de la solicitud (art. 6.3) y el **desistimiento** tras el proceso deliberativo (art. 8.2).

- **Artículo 6.3 LORE**: la persona solicitante **puede revocar su solicitud en cualquier momento**, debiendo incorporarse la decisión a su historia clínica.
- **Artículo 8.2 LORE**: tras el proceso deliberativo, el médico o médica responsable debe recabar si la persona solicitante **desea continuar o desistir** de la solicitud.

La revocación y desistimiento son facultades de las personas solicitantes de la prestación. Deben realizase por escrito y ponen fin al procedimiento.

5.8. Regulación de la suspensión del procedimiento

En ausencia de regulación específica sobre la **suspensión del procedimiento** en la LORE, resulta aplicable lo previsto en la **Ley 39/2015, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas)**. La suspensión será decretada por la CGyE, bien de oficio, bien a instancia del médico responsable o del propio solicitante.

La suspensión **de la tramitación** no altera la solicitud, y tiene carácter **excepcional, temporal y delimitado.** La **suspensión** supone una interrupción temporal del procedimiento, motivada por circunstancias **transitorias y excepcionales** que impiden su normal desarrollo y, en consecuencia, la adopción de resolución por la CGyE.

Por su naturaleza, y salvo casos excepcionales:

- No posee efectos retroactivos sobre lo ya actuado, que conserva su validez.
- **La suspensión se decreta por el órgano administrativo, la CGyE, bien de oficio, o a petición del solicitante, o a solicitud de el/la MR.**
- Persigue como única finalidad remover los obstáculos que impiden el curso normal del procedimiento, por lo que es temporal por naturaleza.

5.8.1. Causas que pueden motivar la suspensión

Serán causas de suspensión aquellas que expresamente adopte la CGyE en su resolución, que deberá ser debidamente motivada.

5.8.2. Duración de la suspensión y efectos

La suspensión tiene carácter **estrictamente temporal** y se limita al tiempo indispensable para la superación de la causa que la motivó. De conformidad con el régimen general previsto en la Ley 39/2015:

- Si transcurren **tres meses** desde la notificación de la suspensión sin que se reanude el procedimiento por causa imputable a la persona interesada, la CGyE iniciará el proceso de caducidad.
- La declaración de caducidad **no impide** que la persona interesada pueda iniciar una **nueva solicitud** en el futuro.

5.8.3. Reanudación del procedimiento

Desaparecidas las circunstancias que motivaron la suspensión, el procedimiento se reanudará desde el momento procedimental en que quedó interrumpido. En su caso, se reanudará el cómputo de los plazos que hubieran quedado interrumpidos, siempre que:

- Se mantengan las condiciones que fundamentaron la solicitud inicial.
- No se hayan alterado los supuestos que motivaron la tramitación hasta el momento de la suspensión (consentimiento informado, situación clínica y el cumplimiento de los requisitos legales).

En caso de duda, el/la médico/a responsable deberá elevar consulta a la CGyE, mediante un informe motivado.

5.8.4. Recomendaciones

Se recomienda a los Servicios de Salud de las CCAA que:

- Incorporen en las indicaciones de sus **formularios oficiales** referencias explícitas a la posibilidad de suspensión por un tiempo máximo de seis meses, a contar desde la fecha de notificación del reconocimiento del derecho y a los plazos aplicables conforme a la Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común.
- Informen a la persona solicitante de los **efectos y consecuencias jurídicas** de la suspensión, incluida la eventual **caducidad del procedimiento** si transcurren **tres meses de inactividad imputable a la persona solicitante**.
- Documenten en la historia clínica y en los sistemas internos de registro todas las fases de suspensión y reanudación, garantizando la **trazabilidad**, la seguridad y la calidad del proceso.

- **Antes de que transcurran tres meses sin producirse actuaciones por causas que fueran debidas a la persona solicitante**, el servicio sanitario competente deberá **contactar proactivamente** con la persona solicitante —o con su representante o interlocutor válido— para **recordarle expresamente** que, si no reactiva el procedimiento, en el transcurso de los tres meses se **producirá la caducidad del procedimiento** y el correspondiente **archivo** del expediente. De todo ello se dará cuenta en la historia clínica y la documentación acreditativa correspondiente se integrará en el expediente administrativo.

5.9. Caducidad del procedimiento

Cuando el procedimiento de prestación de ayuda para morir quede paralizado por causa imputable al interesado —ya sea por no formalizar la segunda solicitud o por no suscribir el consentimiento informado—, la Administración, una vez transcurridos tres meses desde la última actuación, le notificará que, si en el plazo adicional de tres meses no realiza las actuaciones necesarias para reanudar la tramitación, el procedimiento se declarará caducado, conforme al artículo 95 de la Ley 39/2015.

6.- PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Una vez adoptada y notificada la resolución favorable por la Comisión de Garantía y Evaluación al paciente y al/la médico/a responsable, ambas partes acordarán la realización de la prestación en los términos siguientes.

6.1.- Forma, tiempo y lugar de realización

El paciente comunicará **al médico/a responsable la modalidad de prestación que quiere recibir o confirmará la indicada en el documento de consentimiento informado.**

El/la MR y su equipo asistencial acordarán con el/la paciente la fecha, lugar y circunstancias de realización de la PAM, teniendo en cuenta todas las circunstancias.

6.1.1 Especificaciones del procedimiento

El/la MR reunirá a la enfermera/o y resto del equipo asistencial, planificará y organizará la asistencia según la modalidad de PAM elegida por el paciente.

El/la MR junto con la enfermera/o del equipo asistencial dialogarán con el paciente sobre las condiciones de realización de la prestación.

El/la MR junto con la enfermera/o del equipo asistencial se asegurarán de conocer los deseos del paciente en relación con el acompañamiento de familiares y allegados durante el acto de aplicación de la prestación.

De todo ello el médico/a responsable informará al equipo asistencial.

En caso de que la persona manifieste su voluntad de ser donante de órganos, será informada por el/la coordinador/a de trasplantes (véase el apartado 6.4 de este Manual).

En el supuesto de una situación de incapacidad de hecho, se procurará contar con la interlocución de algún familiar, allegados o persona cercana al paciente que haya iniciado el procedimiento en nombre del paciente. El/la MR llevará a cabo la realización de la prestación

de acuerdo con lo dispuesto en el documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido, o consensuándolo con la persona designada como representante en dicho documento de IIPP, si lo hubiere siempre que su situación clínica lo permita y no exista contraindicación fundada. Si el paciente no hubiera indicado la modalidad de realización de la prestación, se optará por la vía intravenosa

Recomendaciones

El acto de aplicación de la prestación de ayuda para morir deberá realizarse con la máxima **delicadeza, prudencia y respeto**, en consonancia con la trascendencia que su naturaleza implica.

Se garantizará al paciente, así como a sus familiares y allegados, un entorno asistencial que asegure el confort y humanización en los cuidados. El médico/a responsable, la/el enfermera/o, el equipo asistencial y la Administración sanitaria competente adoptarán las medidas necesarias para preservar la intimidad de los pacientes durante la realización de la prestación.

6.2.- Recomendaciones sobre medicamentos a utilizar en la prestación

- Véase **Documento de Recomendaciones sobre medicamentos a administrar en la prestación de ayuda a morir**[6].

6.3.- Certificado médico de defunción

La muerte causada por la aplicación de la prestación de ayuda para morir tiene la consideración jurídico -legal de muerte natural según establece la Disposición Adicional Primera de la LORE a todos los efectos, incluida la cumplimentación de la documentación que acredita el fallecimiento.

El médico/a responsable debe certificar el fallecimiento del paciente. Al tratarse de un fallecimiento programado se concretará con el paciente o persona que lo represente a quien se le entregará el certificado médico de defunción necesario para realizar los servicios funerarios. El certificado médico de defunción (CMD) deberá expresar:

• Como causa inmediata: Prestación de ayuda para morir (LORE 3/2021).

• Como causa inicial o fundamental: la patología de base que genera una «enfermedad grave e incurable» o un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante».

La Administración sanitaria competente garantizará que los centros sanitarios, especialmente los de Atención Primaria, dispongan de los certificados médicos de defunción necesarios para facilitar la tramitación del proceso y asegurar que el/la MR pueda acceder a ellos de forma ágil y sin demoras.

6.4. Recomendaciones en el supuesto de donación de órganos

[6] Documento de Recomendaciones sobre medicamentos a administrar en la prestación. En el apartado Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm

6.4.1 Proceso de información al paciente.

Toda persona que planifica su final de vida tiene derecho a recibir información sobre la posibilidad de donar órganos y tejidos.

Por ello, cuando una persona haya presentado la solicitud de PAM, el médico responsable (MR), en el marco del proceso deliberativo que establece la LORE, podrá informar al paciente, si éste lo desea, de que existe la posibilidad de ser donante de órganos tras la realización de la PAM.

En las fases del proceso de deliberación con el/la MR, se recomienda que la información sobre donación de órganos se proporcione a aquellas personas solicitantes que hayan expresado de forma explícita su interés en ser donantes.

Una vez que la prestación haya sido valorada favorablemente por la Comisión de Garantía y Evaluación (CGyE), se recomienda informar de manera sistemática sobre la posibilidad de donación, garantizando en todo caso que dicha información se ofrezca con pleno respeto a la autonomía de la persona y sin interferir en su proceso de decisión previo.

Si el paciente deseara ser informado, el/la médico/a responsable lo comunicará al Coordinador de Trasplantes (CT) y este evaluará, a través de la historia clínica, la viabilidad de la donación y contactará con el solicitante de la forma que le resulte más cómoda. En todos los casos, tanto el/la médico/a responsable como el coordinador de trasplantes destacarán que su decisión respecto a la donación no afecta a la decisión sobre su solicitud de prestación iniciada al tratarse de dos procesos de diferente naturaleza. De tal modo que podría no ser posible la donación y reconocérsele igualmente el derecho a la prestación. El hecho de expresar su deseo de ser donante no va a influir en ningún aspecto de la tramitación de la prestación.

Se recomienda que la información relativa a la donación sea completa y comprensible, incluyendo de forma explícita los posibles efectos que el proceso de donación pudiera tener sobre los cuidados al final de la vida, en particular en lo que respecta a eventuales modificaciones, limitaciones o interferencias en su planificación y desarrollo de la prestación de ayuda para morir.

La prestación de ayuda para morir constituye un proceso independiente del de la decisión de donar, aunque coincidentes en el tiempo.

El paciente podrá revocar el consentimiento para la donación en cualquier momento sin dar explicaciones, continuando en sus propios términos la realización de la prestación de ayuda para morir.

6.4.2 Coordinación clínica de la prestación y la donación

Autorizada la prestación por la CGyE, el CT se reunirá con el paciente para cerciorarse de que ratifica su deseo de ser donante y, en su caso, proceder a la firma del consentimiento informado sobre la donación de órganos y tejidos.

La persona que va a recibir la prestación, junto con el/la médico/a responsable, la/el enfermera/o del equipo asistencial y la/el CT, coordinarán ambos procedimientos —prestación y donación— de la manera más adecuada y conveniente para la persona solicitante. Esta coordinación se realizará conforme al protocolo de donación tras eutanasia establecido por la Organización Nacional de Trasplantes.

Confirmada la voluntad de donar y la idoneidad clínica, la persona podrá ser acompañada por sus familiares y allegados en su domicilio o en el hospital, pero deberá ser trasladada al centro hospitalario para la Administración de la prestación y la donación de órganos.

El equipo asistencial de la PAM es el encargado de administrar la prestación en la manera que el solicitante haya decidido, y firmar la certificación del fallecimiento. Solo a partir de ese momento el equipo de coordinación de trasplantes actuará de acuerdo al protocolo nacional para organizar la donación.

6.5. Verificación posterior de la Comisión de Garantía y Evaluación

Tras el fallecimiento del paciente, el médico/a responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de cinco días hábiles, **dos documentos que se describen a continuación.**

- El **Documento primero,** suscrito y firmado por el médico/a responsable, con los siguientes datos:
  - Nombre completo y domicilio de la persona fallecida receptora de la prestación.
  - Nombre completo, dirección profesional y número de identificación profesional del médico responsable
  - Nombre completo, dirección profesional y número de identificación profesional del médico consultor.
  - Nombre completo, dirección profesional y número de identificación profesional de la enfermera del equipo asistencial.
  - Nombre completo del representante que figura en el documento de instrucciones previas, de ser el caso. Nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en el supuesto de incapacidad de hecho.
- El **Documento segundo**, con los siguientes datos:
  - Sexo y edad de la persona fallecida por aplicación de la prestación.
  - Fecha y lugar de la muerte.
  - Tiempo transcurrido entre la presentación de la primera solicitud y la muerte de la persona por aplicación de la prestación.
  - Descripción de la patología principal padecida por la persona solicitante.
  - Descripción de la naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y de las razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.
  - Declaración del carácter voluntario, reflexionado y reiterado de la solicitud y de ausencia de presión en la formulación de la solicitud.
  - Copia adjunta, en su caso, del documento de instrucciones previas o de naturaleza equivalente, en el caso de paciente no capaz.
  - Descripción de las actuaciones del médico responsable y resto del equipo asistencial para la realización de la prestación.
  - Identificación de él/la médico/a actuante como consultor con indicación de fecha de las consultas.

7. RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES U OTROS INCIDENTES DURANTE EL PROCESO.

7.1.- Supuestos de reclamación

Las personas que solicitan la prestación de ayuda para morir, o su representante en su caso, pueden presentar **reclamaciones ante la CGyE** en el plazo máximo de quince días naturales en los casos siguientes:

a) Frente a Informe desfavorable emitido por el médico/a responsable (MR)
b) Frente a Informe desfavorable emitido por el médico/a consultor (MC)
c) Frente al Informe desfavorable de la dupla designada por la CGyE.

Plazo de resolución: Veinte días naturales a contar desde el día siguiente de la recepción por la CGyE de la reclamación por cualquiera de los medios previstos en la legislación de procedimiento administrativo común.

7.2.- Reglas generales del procedimiento de resolución

De acuerdo a lo dispuesto, el **plazo de resolución** por la CGyE en pleno **será de 20 días** naturales

La **deliberación y votación** y los pormenores del procedimiento de la formación de la voluntad de la Comisión y la adopción de acuerdos se ajustará a su normativa reguladora, es decir, además de la LORE, la norma autonómica de creación de la CGyE y la normativa interna de que se haya dotado. En lo no dispuesto se estará a lo establecido en la normativa reguladora de la formación de la voluntad de los órganos administrativos colegiados.

La CGyE, cuando lo considere necesario, podrá llevar a cabo las **actuaciones complementarias** que resulten precisas para la adecuada valoración del caso, incluyendo la solicitud de informes a profesionales externos expertos, por el procedimiento que se estime más adecuado, aun cuando ello pudiera requerir la suspensión del plazo de resolución. No obstante, se recomienda que estas actuaciones se ajusten, en la medida de lo posible, a los plazos previstos para la resolución y notificación.

No podrán tomar parte en la deliberación ni en la votación quienes estuvieran afectados por conflictos de interés o incompatibilidades en relación con el proceso objeto de pronunciamiento.

Todo miembro de la CGyE puede presentar por escrito su opinión para que conste adjunta al Acta de la sesión. El/la Presidente/a, de no hacerlo en el mismo acto, le indicará el plazo de que dispone para su entrega al Secretario/a de la CGyE.

La resolución adoptada será **notificada** de forma inmediata a la persona solicitante y al MR y, en todo caso, en el plazo de **dos días** naturales por el cauce más ágil y eficaz entre los previstos en la legislación de procedimiento administrativo común.

7.3.- Reglas específicas de procedimientos de resolución

7.3.1 En caso de informe desfavorable del médico/a responsable

a) Objeto. La Resolución del Pleno de la CGyE se ajustará a estimar o desestimar motivadamente lo específicamente alegado en la reclamación. La CGyE puede suspender el plazo de resolución para realizar aquellas acciones complementarias que considere necesarias

para la correcta valoración del caso. (Por ejemplo: visitar al paciente presencialmente, solicitar informes adicionales, etc.)

b) Efectos de la resolución. Si la CGyE desestima la reclamación, finalizará la vía administrativa y el reclamante dispondrá, en su caso, de los recursos en vía jurisdiccional ante los tribunales del orden contencioso-administrativo.

Si la CGyE estima favorablemente la reclamación, deberá notificarse, además de al/la paciente y MR, a la dirección del Centro sanitario correspondiente, que, en un plazo inferior a **siete días**, dará **continuidad al procedimiento** en los términos que resulte de la Resolución dictada por la CGyE.

7.3.2- Frente a informe desfavorable de médico/a consultor/a

a) Objeto. La Resolución del Pleno de la CGyE se ajustará a estimar o desestimar motivadamente lo específicamente alegado en la reclamación. La CGyE puede suspender el plazo de resolución para realizar aquellas acciones complementarias que considere necesarias para la correcta valoración del caso. (Por ejemplo: visitar al paciente presencialmente, solicitar informes adicionales, etc.)

b) Efectos de la resolución. Si la CGyE desestimara la reclamación, finalizará la vía administrativa y deberá notificarse a la persona solicitante, al MR y al MC. El reclamante, en su caso, dispondrá de los recursos en vía jurisdiccional ante los tribunales del orden contencioso-administrativo.

Si la CGyE estimara favorablemente la reclamación deberá notificarse, además de al paciente, médico/a responsable y médico/a consultor/a, a la dirección del Centro sanitario correspondiente, que, en un plazo inferior a siete días, dará continuidad al procedimiento en los términos que resulte de la Resolución dictada por la CGyE.

7.3.3. Frente a informe desfavorable de la dupla designada por la CGyE

a) Objeto. La Resolución del Pleno de la CGyE se ajustará a estimar o desestimar motivadamente lo específicamente alegado en la reclamación. La CGyE puede suspender el plazo de resolución para realizar aquellas acciones complementarias que considere necesarias para la correcta valoración del caso. (Por ejemplo: visitar al paciente presencialmente, solicitar informes adicionales, etc.).

b) Los dos miembros que integraron la dupla no podrán participar en la resolución de la reclamación frente al informe desfavorable de la dupla.

c) Efectos de la resolución. Si la CGyE confirmara el informe desfavorable, finalizará la vía administrativa, se notificará a la persona reclamante que, dispondrá en su caso de los recursos en vía jurisdiccional ante los tribunales del orden contencioso-administrativo.

Si la CGyE adoptara un acuerdo favorable a la reclamación, la resolución deberá notificarse al paciente y médico/a responsable para la realización de la prestación.

7.4. Supuestos de discrepancia de la dupla en el Informe de verificación

a) **Falta de acuerdo sobre la completa satisfacción de los requisitos**. El Pleno de la CGyE, tras escuchar los motivos de desacuerdo expuestos por ambos miembros, se pronunciará

mediante resolución motivada que dirima la cuestión. Ambos podrán integrar el órgano para la deliberación y adopción del acuerdo.

b) **Integración en el órgano colegiado**. Salvo acuerdo contrario adoptado conforme a la normativa interna de la CGyE, los miembros de la dupla podrán participar en el órgano colegiado en el momento de adoptar el pronunciamiento para exponer sus posturas, pero no podrán participar en la decisión.

c) **Supuestos de resolución**: Si la resolución de la CGyE concluyera que no se cumplen las condiciones para autorizar la prestación, se notificará a la persona solicitante, al/la médico/a responsable (MR) y al/la médico/a consultor/a (MC) en el plazo de **dos días**, poniendo fin a la vía administrativa y quedando abierta para el solicitante la vía jurisdiccional ante los tribunales del orden contencioso-administrativo.

Si la CGyE estimase que se cumplen las condiciones legales establecidas para la realización de la prestación, la resolución deberá notificarse a paciente y médico/a responsable para la continuación del proceso.

Si en el caso de **discrepancia entre los dos miembros de la dupla designada**, el Pleno de la CGyE emite una resolución desfavorable, esta será **susceptible de recurso contencioso-administrativo, al igual que el resto de las resoluciones desfavorables de la CGyE**.

7.5 Sustitución de MR o MC

En todo procedimiento puede surgir la necesidad de sustituir a cualquiera de sus responsables por muy diversas razones (enfermedad, baja laboral, cambio de destino, etc.). Ello aconseja la adopción de medidas, atendida cada circunstancia, para paliar en lo posible el perjuicio al solicitante del proceso.

En todo caso, deberá garantizarse la continuidad del proceso mediante la designación de otro profesional si fuera necesario.

8.- REGULACIÓN DE LOS SUPUESTOS DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA

8.1.- Marco normativo específico

Art. 16.1 LORE: “Los profesionales sanitarios **directamente implicados** en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia”.

A su vez, la objeción de conciencia se define en el art. 3 f) LORE: “Derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones”.

El derecho abarca a todos los profesionales sanitarios cuya intervención directa es imprescindible para la aplicación de la prestación, preservando así tanto la libertad de conciencia del profesional como el acceso efectivo de los pacientes a la prestación.

En síntesis, el derecho a la objeción de conciencia se reconoce por la LORE con el fin de garantizar la **seguridad jurídica de todos los profesionales directamente implicados en la prestación de la ayuda a morir.**

El profesional que decida objetar deberá hacerlo del modo más adecuado para facilitar su más pronta sustitución por otro profesional.

La decisión de objetar es **de naturaleza individual y personal,** y deberá expresarse **por escrito e inscribirse en el Registro correspondiente**. Las Administraciones sanitarias dispondrán del correspondiente **Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia** en los términos recogidos en el art. 16.2 LORE a los solos efectos de facilitar a la Administración sanitaria la información precisa para garantizar una gestión adecuada 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.

8.2.- Indicaciones para el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia en el marco de la LORE

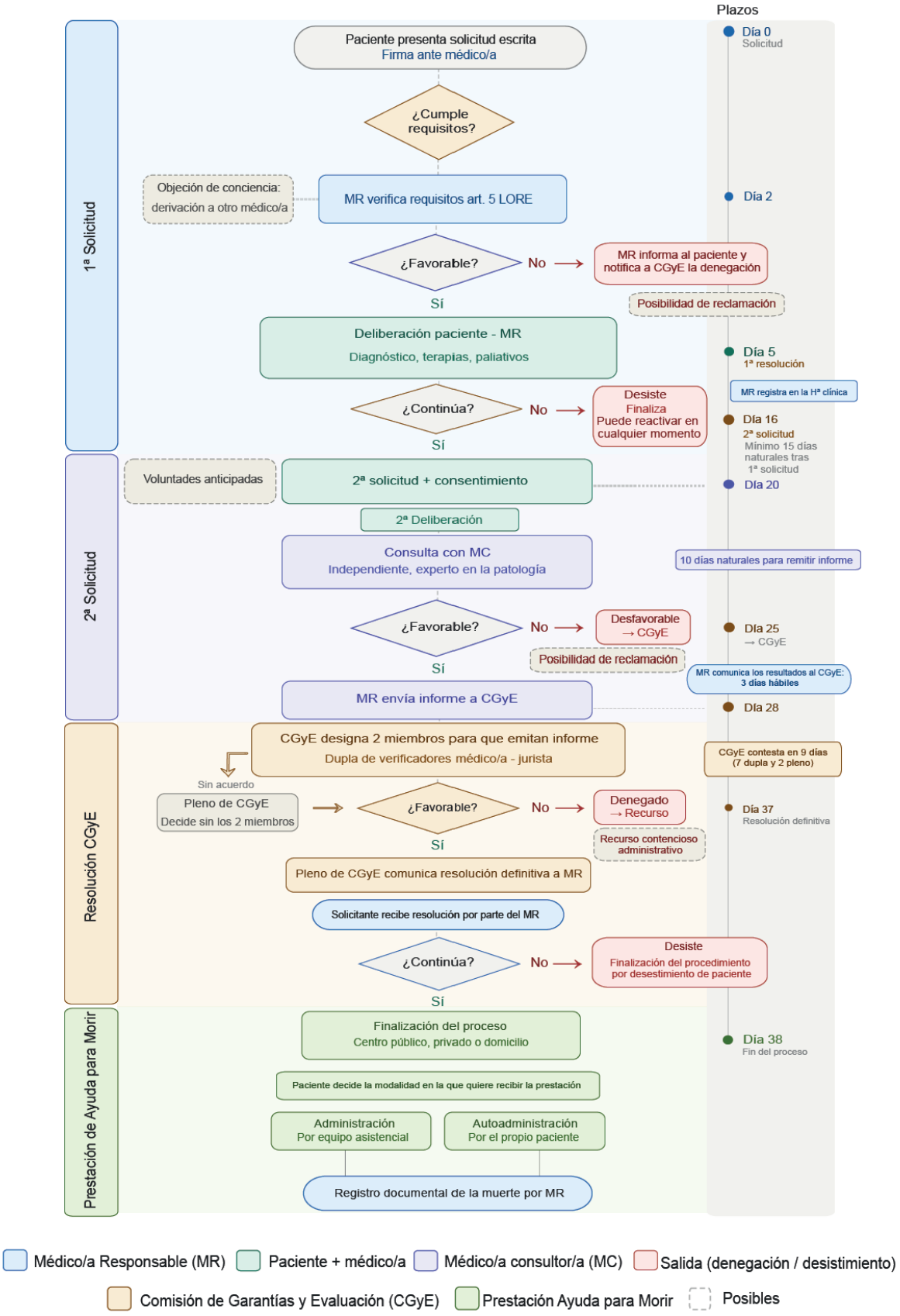
Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para **garantizar el ejercicio del derecho a la prestación de ayuda para morir** en los supuestos, y con los requisitos establecidos en la LORE.

- La objeción de conciencia es un **derecho individual, de carácter personal.** No son titulares del derecho, en ningún caso, una institución, centro, servicio o unidad (STC 19/2023, FJ 10.C) y [STC 94/2023, FJ 4.B. b) ii)]
- Se recomienda que las **Administraciones sanitarias** articulen las medidas organizativas necesarias para garantizar que el ejercicio legítimo del derecho a la objeción de conciencia no genere demoras indebidas, sobrecarga de determinados profesionales ni obstaculice la aplicación de la ley, incorporando para ello recomendaciones organizativas concretas que faciliten una gestión ágil y equitativa de ambos derechos.
- La objeción de conciencia es de carácter **concreto,** por lo que, en cuanto al alcance de la misma, este Manual se ciñe a las **acciones y actos referidos** en el artículo 16.1 de la LORE, que reconoce el **derecho a la objeción de conciencia** individual para los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir, entendiendo como tales a quienes realicen **actos imprescindibles para su aplicación**.
- El profesional sanitario que sea objetor de conciencia y reciba una solicitud de ayuda para morir debidamente firmada por el paciente deberá:
  - Informar a los pacientes que así lo requieran del procedimiento y condiciones de acceso a la prestación de ayuda para morir.
  - Informar a la persona solicitante de su condición de objetor de manera explícita.
  - Tramitar la primera solicitud de prestación de ayuda para morir debidamente cumplimentada y firmada por la persona solicitante o por sus representantes legales, en caso de una persona que presente incapacidad de hecho y así lo plantee en el documento de Instrucciones previas o análogo.
  - Derivar la solicitud de prestación de ayuda para morir registrada a su inmediato superior, para que este pueda designar a un profesional sanitario, de acuerdo con lo establecido por cada comunidad autónoma.

- El acto de objeción es de libre disposición, pudiendo modificar o anular la inscripción registral en cualquier momento.
- El acceso al Registro será realizado exclusivamente por los órganos competentes, en los términos previstos en la normativa estatal y autonómica aplicable. Los accesos a tal fin se realizarán bajo el requisito de la más estricta confidencialidad y trazabilidad con la única finalidad de proveer el normal funcionamiento del sistema de prestación de ayuda para morir.
- La creación y gestión del **Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia** establecido por la LORE es competencia de las CCAA, en la forma que estimen más conveniente para la correcta realización de los procedimientos de PAM, todo ello siempre en el marco de la LORE, la normativa vigente y el aseguramiento del sistema de la más estricta confidencialidad.
- Las actuaciones del objetor en relación con sus valores y creencias deberán ser **coherentes en el conjunto de su actividad sanitaria**.
- **No podrá discriminarse a ningún profesional sanitario por el ejercicio de su derecho a la objeción establecido en la LORE. Tampoco podrán ejercerse presiones,** ni **conllevar** repercusiones negativas, ni generar ninguna clase de incentivos que busquen el desistimiento o la revocación de la objeción por parte de las instituciones y equipos, en los términos que señala la LORE.
- **Los profesionales sanitarios tienen derecho a ser informados** sobre la naturaleza y funcionamiento del registro de objetores de conciencia de su comunidad autónoma, de la obligatoriedad de su inscripción en el registro en el caso de que deseen ejercer su derecho a la objeción de conciencia y, especialmente, del grado de protección de sus datos personales.
- El ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación sanitaria de ayuda para morir **no será aplicable al resto de actuaciones** sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información a pacientes y familiares, acompañamiento ni a los traslados intercentros.

ANEXOS

ANEXO I. Diagrama del procedimiento de solicitud de la prestación. *Elaboración propia*. Grupo de Trabajo elaboración MMBBPP



ANEXO II

Páginas web del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas relacionadas con la eutanasia y registros de instrucciones previas

A. Enlaces a las páginas web de Ministerio y de las Comunidades Autónomas en relación con la eutanasia: normativa específica y formularios requeridos para los procedimientos propios de la prestación de ayuda para morir regulados en la LORE.

B. Enlaces a registros y documentación sobre instrucciones previas: recursos del Ministerio de Sanidad y de las Comunidades Autónomas.

A. Enlaces a las páginas web de Ministerio y de las Comunidades Autónomas en relación con la eutanasia: normativa específica y formularios requeridos para los procedimientos propios de la prestación de ayuda para morir regulados en la LORE.

- Ministerio de Sanidad - Eutanasia - Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España
- **Enlaces a las Webs de las CCAA**
  - **Andalucía**
  - **Aragón**
  - **Principado de Asturias**
  - **Illes Baleares**
  - **Canarias**
  - **Cantabria**
  - **Castilla y León**
  - **Castilla - La Mancha**
  - **Comunidad Valenciana**
  - **Cataluña**
  - **Extremadura**
  - **Galicia**
  - **Comunidad de Madrid**
  - **Región de Murcia**
  - **Comunidad Foral de Navarra**
  - **País Vasco**
  - **La Rioja**

B. Enlaces a registros y documentación sobre instrucciones previas: recursos del Ministerio de Sanidad y de las Comunidades Autónomas.

- Registro Nacional de Instrucciones Previas
- Registros Autonómicos de Instrucciones Previas