

## Iniciativas de DMD sobre la ley de eutanasia. Febrero 2021

### Resumen de la reunión de Junta Directiva de la AFDMD del 28/1/2021.

Existen tres ámbitos fundamentales para el desarrollo de la LORE: la **difusión** en la sociedad, la **formación** de profesionales y la existencia de una **red de apoyo** a los profesionales sobre la ayuda a morir, que deberán desarrollarse a los **6 meses de su publicación en el BOE** (previsiblemente en abril, en vigor a los 3 meses y otros 3 meses para el nombramiento de las CGE).

Como la aplicación de la LORE es responsabilidad de las CCAA, con el fin de **colocar la LORE en la agenda**, es importante que DMD pregunte en las Consejerías de Sanidad “¿Quién lleva esto?” y proponga varios temas de trabajo, que abordamos tomando como referencia el documento “**La organización de la ayuda a morir en Castilla y León. Propuestas de los grupos de trabajo en Castilla y León de la asociación federal Derecho a Morir Dignamente**”.

### Comisión de Garantía y Evaluación (CGE)

La LORE (art. 17) establece que tendrá un mínimo de 7 miembros, entre personal médico y juristas (multidisciplinar), con naturaleza de órgano administrativo, creada por los gobiernos autonómicos, en un plazo de 3 meses desde la entrada en vigor de la Ley, quienes determinarán su régimen jurídico, con un reglamento de orden interno elaborado por la propia CGE. Los presidentes se reunirán anualmente con el Ministerio para homogeneizar criterios.

La CGE debe realizar una **verificación previa de tipo técnico y administrativa**. Por ello, debe contar con el apoyo de **unidades administrativas** de funcionarios que garanticen el cumplimiento de las obligaciones de la CGE en el plazo que establece la Ley. Como órgano técnico, **la CGE no debe tener ningún sesgo ideológico**, por lo que sus miembros firmarán un **documento de aceptación** comprometiéndose a realizar su labor sin influencia de sus posiciones ideológicas o morales personales. Para evitar conflictos innecesarios, conviene que la Administración evite el nombramiento de personas que se han manifestado públicamente en contra del derecho a la eutanasia. Esperamos que las CCAA escuchen las propuestas de DMD sobre personas candidatas a la CGE (personas asociadas, profesionales de asociaciones en defensa de la sanidad pública u otras).

Como **órgano administrativo**, la entrevista de dos miembros de la CGE con los profesionales sanitarios y la persona solicitante debe ser entendida como algo excepcional, limitándose a las reclamaciones por denegación de la prestación o dilación indebida.

Para evitar desigualdades es necesario evaluar el funcionamiento de la LORE en todo el Estado. Para ello, debe existir un **sistema común de notificación** mediante una aplicación web, que facilite el procedimiento, la tarea de la CGE y permita auditar con transparencia su actividad (solicitudes aprobadas, denegadas, motivos de la denegación, plazos de la verificación previa).

## Objeción de Conciencia

LORE (art. 16): Los profesionales directamente implicados en la eutanasia podrán objetar, manifestándolo anticipadamente y por escrito. Las administraciones sanitarias crearán un registro de objetores para garantizar la prestación.

Asumimos que, hoy por hoy, la objeción de conciencia es un derecho que, como la eutanasia, también se debe garantizar, pero **sin permitir que esta decisión individual se utilice políticamente como una forma antidemocrática de boicot a la Ley**, tal y como ha ocurrido con el aborto. Por ello, debe quedar claro que la objeción de conciencia **es una excepción al cumplimiento de la ley, no una norma**.

La ayuda a morir es una decisión de **mutuo acuerdo**. Ningún profesional puede ser obligado a practicar una eutanasia, que puede denegar libremente por motivos de conciencia o porque a su juicio no cumple con los requisitos de la Ley. A su vez, para garantizar la eutanasia, la administración necesita conocer qué profesionales se oponen, mediante un registro de objetores.

Un **registro de objetores** obligatorio y confidencial es conflictivo y polariza la profesión, entre otras cosas por la beligerancia de Colegios de Médicos que, en contra de lo que manifiestan sus colegiados, han adoptado una posición fundamentalista respecto a la eutanasia. **La objeción puede ser genérica, frente a toda muerte voluntaria, o caso por caso**. Una opción sería que los profesionales que se plantean objetar lo comuniquen de forma voluntaria y razonada a los responsables de los dispositivos asistenciales, sin perjuicio de que todos puedan objetar ante un caso concreto. Obviamente, la conciencia es individual, por lo que ninguna institución puede excusarse en la objeción de conciencia para rechazar de una forma general la eutanasia.

## Otros temas:

Garantizar la **libre elección del profesional** responsable de la eutanasia, con apoyo técnico en atención primaria en las mismas condiciones asistenciales que en un hospital.

**Los cuidados paliativos no son una especialidad** (ni debe serlo, pero el modelo de CP por el que apuesta DMD es un debate pendiente). Todos los profesionales de medicina y enfermería pueden hacer cuidados paliativos. La obligación de los profesionales de ofertar todas las opciones clínicas, incluyendo **el enfoque paliativo**, no significa que todas las personas solicitantes de eutanasia deban ser atendidas por **equipos específicos de cuidados paliativos**, o recibir atención psicosocial. El deseo de adelantar la muerte, tal y como aparece en documentos de paliativos, no es un indicador de complejidad que requiera la intervención de un equipo específico, sino solo aquellas personas que, a iniciativa propia o del médico responsable, así lo deseen.

Incluir al personal de **enfermería** en el proceso de formación, organización y acompañamiento de la prestación de ayuda a morir.

Nombrar a un **profesional responsable de la LORE en cada servicio hospitalario** que atiende el proceso de morir y en cada **equipo de atención primaria**, capacitado para atender las solicitudes de eutanasia, formar a otros profesionales y facilitar el desarrollo de la LORE.

Desarrollar el **testamento vital** (instrucciones previas o voluntades anticipadas), con un **nuevo modelo oficial que incorpore la eutanasia**: difusión en la población, incorporar el asesoramiento en atención primaria en la cartera de servicios, facilitar su registro, garantizar el acceso profesional (icono específico de alerta en la historia clínica).

Sobre el **modelo de TV de DMD** hay dos enfoques: que se centre en la eutanasia o que permita otras opciones como la sedación paliativa y el rechazo del soporte vital. Se abordará en la comisión de TV.

Otras iniciativas: Dirigirse a la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad para la elaboración de una Guía de Práctica Clínica de la Eutanasia o documento similar (Manual de Buenas Prácticas, protocolos, etc.) y a la Agencia Española del Medicamento para incorporar los medicamentos necesarios para la eutanasia al vademécum, gestionados a través de la farmacia hospitalaria para evitar la objeción de conciencia farmacéutica.