

EMBARGADO HASTA EL JUEVES 22 DE JUNIO A LAS 13:00

DOS AÑOS DE LEY DE EUTANASIA: MUCHO QUE MEJORAR

La Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia (LORE) entró en vigor hace dos años e hizo efectivo el derecho a una muerte médicamente asistida. Desde entonces, DMD ha recogido toda la información posible para evaluar su puesta en práctica, identificar fallos y aciertos y proponer caminos de mejora. Sin embargo, tras 24 meses, **la información ofrecida por las administraciones implicadas es escasa**, heterogénea y, a menudo, hueca.

En la práctica, los datos disponibles no permiten analizar la situación más que de manera superficial. Con alguna excepción, los informes que elaboran las Comisiones de Garantía y Evaluación, las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad se publican tarde –o nunca–, ignoran dificultades y errores, omiten datos importantes y no siguen un modelo común que permita comparar entre territorios. Así es muy difícil distinguir las estrategias eficaces de las que suponen un obstáculo para quien demanda ayuda para morir.

La eutanasia, necesaria

Aunque no se ha publicado oficialmente, sabemos que, entre junio de 2021 y diciembre de 2022, **unas 370 personas recurrieron a la eutanasia** (y probablemente más de mil la solicitaron). Es una buena noticia y la constatación de que era una norma necesaria. Es de esperar que la cifra crezca en los próximos años, a medida que este derecho se consolide entre la ciudadanía y mejore la respuesta de los servicios sanitarios.

En 2022, la eutanasia supuso menos del **0,07% del total de fallecimientos anuales en España**. Un porcentaje muy alejado del de países donde el derecho a la muerte asistida está bien asentado; en estos, **representa entre el 1% y el 4% del total de defunciones**.

El porcentaje en España no es homogéneo entre comunidades. Mientras que en **Navarra, Euskadi o Cataluña se practicó más de una eutanasia por cada mil fallecimientos (>0,1%)**, en otros territorios como **Murcia, Extremadura o Galicia** la muerte asistida tuvo una incidencia **diez veces menor, de poco más del 0,01%**. Es una disparidad muy acusada, difícil de explicar solo por diferencias socioculturales.

EMBARGADO HASTA EL JUEVES 22 DE JUNIO A LAS 13:00

Sabemos que hay problemas

Durante estos dos años, DMD ha asesorado a decenas de personas sobre sus peticiones de eutanasia y conocido los detalles de cerca de un centenar de casos. Sabemos que hay problemas y que estos son más frecuentes –o más graves– en algunas comunidades autónomas. Sin embargo, la baja calidad de los datos disponibles impide tener una imagen fiable de la situación. No podemos distinguir con rigor las incidencias puntuales de los problemas estructurales.

Cuando la LORE cumplió doce meses, en **junio de 2022**, la ausencia de información oficial era casi total. Por eso, DMD elaboró un modesto estudio interno, limitado en metodología y capacidad explicativa, que permitiese pintar un **primer esbozo de la situación** y formular hipótesis de trabajo inspiradas en las recomendaciones que la asociación remitió a todos los gobiernos autonómicos tras la aprobación de la LORE. Con la ayuda de personas que habían seguido la implantación de la eutanasia en sus comunidades, el trabajo evaluó catorce criterios cualitativos de cada una. Quedaron fuera Murcia, La Rioja, Ceuta y Melilla, donde no conseguimos información suficiente.

Otro objetivo del estudio era evaluar la implantación de la prestación de ayuda para morir **desde una perspectiva que no ofrecen otros: la de la persona que quiere solicitar una eutanasia.**

El estudio muestra **grandes desigualdades** entre comunidades autónomas y sugiere que algunas han hecho un mejor trabajo de implantación de la LORE. Los resultados concuerdan razonablemente bien con la tasa de eutanasias por millar de fallecimientos que se han publicado a posteriori. Las limitaciones metodológicas del trabajo no permiten extraer conclusiones nítidas, pero sí sugerir puntos de fricción frecuentes o estrategias eficaces que se pueden implementar en todos los territorios. Por ejemplo, **la importancia de contar con grupos de referentes** –sanitarios expertos en la LORE capaces de acompañar y asesorar a los compañeros que afrontan por primera vez una petición de ayuda para morir– o de **establecer protocolos de respuesta para que las solicitudes no se prolonguen innecesariamente.**

Entre los casos individuales conocidos por DMD, algunas dificultades destacan entre las demás por su frecuencia o su gravedad. Queremos señalar las siguientes:

- **Falta de colaboración de las entidades privadas.** Conocemos casos de las principales aseguradoras privadas que no han dado respuesta a solicitudes de eutanasia recibidas.
- **Mal manejo de la objeción de conciencia.** La obligación de todos los médicos es recoger cualquier petición de eutanasia que se les presente, firmarla y tramitarla. En caso de ser objetores de conciencia, deben informar de esta condición a su paciente y remitir la solicitud a sus jefes para que busquen otro facultativo. Tenemos constancia de casos de médicos que se niegan a hacerlo, así como de plazos excesivos para designar un profesional alternativo.
- **Plazos excesivos.** Aunque la LORE no fija plazos máximos para algunas fases críticas de la tramitación de una solicitud de eutanasia, no es razonable que todavía haya personas que requieren de varios meses para completar un proceso que, en las circunstancias adecuadas, puede hacerse con todas las garantías en menos de 25 días.

Preguntas sin responder

Han pasado dos años desde la entrada en vigor de la ley y, aunque todas las comunidades autónomas han compartido datos con el Ministerio de Sanidad, no todas han hecho público sus informes anuales pese a que lo exige la ley. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud consensuó un conjunto mínimo de datos –insuficientes, a nuestro juicio– que debían aparecer en estos informes. No todas las comunidades los han respetado.

Lo más grave, sin embargo, es que la mayoría de **informes no consiguen describir la realidad de la eutanasia en sus territorios**. Omiten datos relevantes y, en consecuencia, dejan sin formular –y responder– preguntas clave. Algunos ejemplos:

- En muchas comunidades, la duración promedio de una prestación de ayuda para morir –desde la primera solicitud hasta el informe favorable de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE)– es muy superior a los plazos previstos por los legisladores. Pese a que todo el proceso **debería durar alrededor de 35 días, estos se extienden a menudo más allá de los 50**. ¿Hay algún punto del proceso que esté fallando? ¿Cuáles son los motivos más frecuentes para exceder los plazos previstos en la LORE? Y, lógicamente, ¿se puede hacer algo para solucionarlo?
- Según el primer informe del Ministerio de Sanidad, publicado en febrero de 2023 pero referido al periodo entre junio y diciembre de **2021**, se asegura que **32 personas fallecieron mientras tramitaban su solicitud de eutanasia**. Murieron, en promedio, 31 días después de empezar el proceso. ¿Con cuántas se podrían haber agilizado los trámites?
- En este mismo informe se afirma que hubo **28 solicitudes que nunca llegaron a la CGE**. ¿En qué punto se estancaron? **Se denegaron 25 solicitudes** ¿Lo hizo el médico responsable, el médico consultor o fueron los miembros de la comisión? ¿Cuántas solicitudes fueron denegadas por la CGE contra el criterio de los médicos? Siete personas interrumpieron la tramitación de su eutanasia ¿Cuáles fueron los motivos?

Los informes, tanto de comunidades como del Ministerio, pasan por alto una gran anomalía que se esconde entre los datos. Mientras que en **Bélgica, Canadá o Países Bajos el 80% de pacientes que recurren a la eutanasia son enfermos terminales** –sobre todo de cáncer, que acumula dos de cada tres casos–, **en España son menos de la mitad**. Aquí, **las enfermedades neurodegenerativas –ELA, esclerosis múltiple, etc.– predominan en la muerte asistida**. ¿Hay alguna explicación para esta discrepancia con la experiencia internacional? ¿Es una circunstancia relacionada con el elevado porcentaje de personas que fallecen durante la tramitación de la eutanasia? Es una cuestión que merece más atención. Dársela puede ayudar a identificar escollos y a mejorar los procedimientos. Para hacerlo hay que recabar –y publicar– más información. Por ejemplo, señalar cuál fue la patología que motivó la solicitud de eutanasia en todos los casos, no solo en aquellas que sí se han llevado a cabo.

Actualizar el Manual de Buenas Prácticas

Para coordinar la implementación de la LORE, las comunidades acordaron un 'Manual de buenas Prácticas en eutanasia' en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La experiencia de estos dos años ha mostrado que algunas de sus recomendaciones deben ser actualizadas. DMD ha elaborado una serie de recomendaciones que adjuntamos como anexo a este documento (Primer informe sobre la evolución de la eutanasia en España, capítulo 4).

Entre nuestras peticiones destacan:

- **Exigir** que todos los **centros sanitarios** y sociosanitarios (públicos y privados) cuenten con un **protocolo de respuesta a una solicitud de eutanasia** que facilite una respuesta ágil.
- **Suprimir** la recomendación de que el **médico consultor no haya tenido relación asistencial previa con el paciente**. Es un obstáculo innecesario y perjudicial, como señaló la CGE de Cataluña en uno de sus documentos de posicionamiento.
- **Implantar un sistema de referentes en todas las comunidades**. Es una de las medidas que se ha mostrado más eficaz para agilizar la tramitación de las solicitudes de ayuda para morir.
- Los responsables de evaluar las peticiones de eutanasia son los dos médicos (responsable y consultor) designados para ello. La CGE no es un tercer evaluador. **La verificación previa**, por tanto, **debe ser** de tipo administrativo cuando la realiza la dupla –la pareja de sanitario y jurista de la CGE– y **garantista del derecho a la eutanasia** cuando el Pleno de la CGE responde a una reclamación.
- **Eliminar los límites de tiempo cuando la persona decide aplazar** el momento de morir una vez concedida la eutanasia.

Dar algunas cifras no es suficiente

La eutanasia es un nuevo derecho, está avalado por el Tribunal Constitucional y cuenta con un respaldo abrumador entre la ciudadanía. Aunque siempre será una prestación a la que recurra una minoría, toda la sociedad se beneficia de ella. **Permite afrontar el final de la propia vida con la tranquilidad de que, si el deterioro de la salud se vuelve insoportable, existe una salida de emergencia.**

Que la eutanasia pueda ejercerse con normalidad depende del trabajo de muchas personas a muchos niveles: dirigentes políticos, gestores, cargos intermedios y profesionales de todos los ámbitos de la salud. Muchos están haciendo un gran esfuerzo, que DMD celebra y agradece. Pero **no es posible mejorar lo que no se conoce. Hace falta más información para evaluar con rigor la prestación de ayuda para morir**. Sabemos que hay problemas, los conocemos de primera mano, pero nos faltan herramientas para identificar las posibles soluciones. Dar algunas cifras no es suficiente. La ciudadanía merece más.

Porcentaje de eutanasias respecto del total de fallecimientos anuales (2022)

Comunidad autónoma	Población (en millones)	Eutanasias	Fallecimientos totales	% de eutanasias / fallecimientos anuales
Navarra	0,7	13	6.292	0,206%
Cataluña	7,8	91	70.727	0,128%
La Rioja	0,3	4	3.456	0,115%
Euskadi	2,2	24	23.850	0,101%
Cantabria	0,6	6	7.048	0,085%
Madrid	6,8	38	50.137	0,076%
Asturias	1	9	13.958	0,064%
I. Baleares	1,2	6	9.401	0,063%
Canarias	2,2	10	18.553	0,053%
Aragón	1,3	8	15.353	0,052%
C. Valenciana	5	26	50.464	0,051%
C.-La Mancha	2	8	20.895	0,038%
Andalucía	8,4	29	79.382	0,036%
C. y León	2,4	10	31.629	0,031%
Extremadura	1	3	12.462	0,024%
Galicia	2,7	8	34.970	0,022%
Murcia	1,5	2	13.124	0,015%
ESPAÑA	47,45	295	462.704 (provisional)	0,064%