

PRIMER ENCUENTRO VIRTUAL DE COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Tres años de la LORE. Una visión crítica desde las Comisiones de Garantía y Evaluación

27/09/2024

Aportaciones de DMD

1. **Agradezco**, en nombre de la asociación Derecho a Morir Dignamente la invitación a participar en este encuentro entre las Comisiones de Garantía y Evaluación de todas las comunidades autónomas y promovidas por iniciativa de la de Andalucía, con la presencia de la responsable del Ministerio de Sanidad. Este encuentro pretende poner en común un visión analítica y crítica desde todas las Comisiones sobre cómo se está gestionando esta nueva prestación **con el objetivo de mejorarla**.
2. En primer lugar, queremos **reconocer el esfuerzo realizado por todas las Comunidades** en la puesta en marcha de la Prestación de la Ayuda para Morir. Nuestra aportación se va a ceñir a propuestas de mejoras en la misma.
3. Los datos con los que contamos para analizar la implementación de la LORE son los plasmados en los **Informe anuales de las Comisiones autonómicas**, prescriptivos según el art. 18, e) de la ley y, sobre todo, el informe elaborado y hecho público por el **Ministerio de Sanidad** del conjunto de todos los datos aportados por las Comunidades Autónomas (Disposición adicional tercera).

Respecto a dichos informes, queremos indicar que **no todas las Comunidades los vienen haciendo públicos**. Por otra parte, la **información aportada en los mismos es muy dispar y son muchos los datos que no constan**; todo ello hace prácticamente imposible un análisis pormenorizado de los datos para poder sacar conclusiones y propuestas concretas de posibles mejoras.

El informe del Ministerio, a parte de su publicación muy tardía (el del año 2022 se hizo público en diciembre del 2023) adolece, así mismo, de datos incompletos (hay muchas lagunas en el mismo) y, de un análisis de los mismos muy mejorables.

Todo ello parece indicar **la necesidad de mejorar el Sistema de Información de la Eutanasia y la exigencia de que todas las Comunidades complementen todos los datos requeridos**.

3.1. **Algunos ejemplos de “fallos” en los datos aportados por el Informe del Ministerio del año 2022:**

- **No se sabe exactamente el número de solicitudes** (el informe dice “no se registran aquellas solicitudes que no llegan a tener un informe del médico responsable” (Informe Ministerio 2022, pág. 19) ¿Son, o no, solicitudes? De esta manera “se pierden” un número importante de solicitudes (48 de ellas) y, lo que es más grave, se dificulta enormemente el análisis de uno de los problemas más comunes en la tramitación de la solicitud, la dificultades para “lograr” un médico/a responsable.
- **No se puede saber cuántas personas solicitaron la eutanasia por el procedimiento 5.1 y por el 5.2.**, dado el importante número de casos en que no consta este dato. De 576 solicitudes en el año 2022, 347 (60,24%) se realizaron por el procedimiento 5.1. (capacidad de hecho); 14 (2,43%), por el procedimiento 5.2. (T.V) y en 215 (37,32%) casos no consta (Informe Ministerio 2022, pág. 25).
- Otros casos en los que son muy numerosos los “no consta”:
 - Edad de las personas solicitantes. No consta 67 (11,63%). (Informe Ministerio 2022, pág. 21).
 - Enfermedad de base de la persona solicitante. No consta en 48 solicitudes (8,33%). (Informe Ministerio, pág. 23).
 - Ámbito de realización de la prestación. No consta el dato en 18 casos (3,40%). Informe Ministerio 2022, pág. 27).
 - Modalidad de la prestación. Modalidad 1, 265 casos (92,01%); modalidad 2, 5 casos (1,73%); no consta el dato en 18 casos (6,25%). (Informe Ministerio 2022, pág. 29).
 - Especialidad de lo/as médico/as implicado/as. En el caso del M.R. no consta en 76 casos (14,39%) y en el de lo/as M.C., no consta en 256 casos (48,48%). (Informe Ministerio 2022, pág. 30).

4. **Datos que consideramos de interés y no constan en el informe del Ministerio (deberían incluir en un futuro):**

- **Modalidad del contexto eutanásico.**
- **Motivo de la denegación.**
- **Nivel socioeconómico y lugar de residencia (rural o urbana) de las personas solicitantes.**

5. Datos que se deberían analizar minuciosamente para intentar buscar mejoras posibles:

- **El 28,78 % de las personas solicitantes fallecen** sin completar la tramitación. (Informe Ministerio 2022, pág. 36). Habría que hacer un seguimiento para saber de qué y cómo murieron.
- **La relación entre solicitudes y prestaciones realizadas es muy dispar según Comunidades** (desde el 80% en La Rioja al 27% en Islas Baleares y en Extremadura). (Informe Ministerio 2022 págs. 18-19).
- **El porcentaje de prestaciones realizadas respecto al número de defunciones en el 2022, varía hasta 10 veces más (o menos)** de unas Comunidades a otras (del 2,06 x 1000 fallecimientos al 0,15 x 100 fallecimientos). Esa enorme diferencia debería analizarse, preguntándose por qué ocurre. (Informe Ministerio 2022, págs. 18-20).
- **La duración media del proceso**, desde la primera solicitud hasta la prestación **es de unos 75 días**, mucho más de lo previsto por la ley. (Informe Ministerio 2022, pág. 39).
- Ha habido **algunos casos**, que no por ser minoritarios, nos deben hacer reflexionar para evitar en el futuro situaciones tan límites **que han convertido el proceso en un “calvario” para las personas solicitantes y sus familias.**

6. Compartir entre CCAA lo que se sabe que funciona bien en el procedimiento:

- **Que haya un contacto de la administración, correo y teléfono** con respuesta rápida y efectiva, tanto con lo/as profesionales como con las personas solicitantes: información, asesoramiento, acompañamiento, ayuda en la búsqueda de M.C. etc. Ese contacto debe ser accesible y que cualquier persona, ante una solicitud, sepa dónde buscarlo.
- **Establecer un modelo de profesionales referentes o Unidades de Apoyo en todas las Comunidades.** Algunas han establecido un sistema para ayudar a los MR en la tramitación de los procedimientos de solicitud de la PAM. La ayuda la presta un profesional sanitario o un equipo que han recibido una formación dirigida a esa finalidad. Su ámbito de actuación es por lo general el Área de Salud.
- **Que estén claras las directrices de funcionamiento ante una solicitud (contar con protocolos claros):** el/la solicitante no tiene que buscar otro MR si se declara objetor el personal sanitario al que se dirige; conveniencia de ir pensando en posible MC cuando se tiene una 1ª solicitud, etc.

- **Agilizar plazos ante situaciones graves**, y con posibilidad de pérdida de capacidad empezando por no esperar los 15 días entre 1ª y 2ª solicitud y siguiendo por no apurar los plazos máximos del resto de los pasos (de hecho, se indica en el informe que el MR ha acertado en 82 casos (15,53%) el tiempo entre la 1ª y la 2ª solicitud. (Informe Ministerio 2022, pág. 26).
- **Dotar a las Comisiones de Garantía y Evaluación y al Ministerio de recurso suficientes**. Entre otros, es imprescindible contar con apoyo administrativo.

7. Analizar los problemas que están habiendo para tramitar la PAM en la sanidad concertada/privada y proponer soluciones.

En 2022 sólo hubo 4 casos (0,75%), Informe Ministerio pág. 28.

8. Facilitar la cumplimentación y el registro de las Directrices Previas. Hay Comunidades es las que no es fácil el hacerlo.

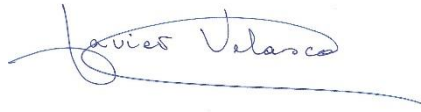
9. Nueva redacción del Manual de Buenas Prácticas.

Los datos acumulados durante estos tres años desde la entrada en vigor de la ley, tras su pormenorizado análisis, debe permitir el introducir cambios en el Manual (en enero de 2024, DMD ya transmitió al Ministerio de Sanidad 18 propuestas) que faciliten su aplicación, como, entre otros:

1. **Registro oficial de todas las solicitudes** de eutanasia desde la fecha de su presentación, para disponer de una fecha de inicio del proceso documentada e incontestable.
2. **Suprimir** la recomendación de **que el médico consultor no haya tenido relación asistencial previa con el paciente**.
3. **Suprimir los plazos de aplazamiento**; la Ley no los prevé. En unas Comunidades es de 2 meses, en otras de 6 y en otras no hay plazo.
4. La **objeción de conciencia** es una excepción al cumplimiento de las obligaciones. Garantizar la objeción que responde a una creencia firme y meditada de la persona objetora, **no implica reconocer la objeción sobrevenida** (durante la tramitación de un mismo procedimiento, que no debe permitirse). **Tampoco es conveniente que el objetor participe de la tramitación**.
5. **Elaborar protocolos para facilitar la actuación de primaria en hospitalaria y viceversa**.
6. **Establecer mecanismos para poder sustituir a los MR** por situaciones de baja laboral o vacaciones, sin que se tenga que reiniciar el proceso.

7. **Reconocimiento del trabajo de los profesionales (sobre todo de Atención Primaria) con la liberación de agendas.**
8. **Exigir (de hecho es una incongruencia) que los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación no sean objetores de conciencia.**
9. **Hacer pública la composición de las Comisiones de Garantía y Evaluación.**
10. **Mejorar la calidad de los datos de las memorias (tanto las de las Comunidades como la del Ministerio de Sanidad):** incluir todas las solicitudes, motivos de denegación, causas de fallecimiento durante la tramitación y tasas de eutanasia (según el total de fallecimientos anuales).
11. **Proponer un modelo de informe para todas las comunidades autónomas y una fecha de publicación.**
12. **Impulsar la Comisión Estatal de Coordinación de la Eutanasia** (en la que, como ya comunicamos al Ministerio, nos gustaría estar como representantes de la ciudadanía).

Firma:



dmd

DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
ASOCIACIÓN FEDERAL

Pza. Puerta del Sol, 6 3º Izda
28013 Madrid
CIF: G-78599578
TLF: 91 369 17 46

