

CONSIDERACIONES Y APORTACIONES DE LA ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTEASTURIAS AL INFORME ANUAL DE EVALUACIÓN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN EN ASTURIAS DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EMITIDO POR LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS SOBRE EL PERIODO QUE ABARCA DE ENERO DE 2023 A DICIEMBRE DE 2023

La Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) de Asturias ha hecho público recientemente el informe anual de evaluación de la aplicación de la ley de eutanasia correspondiente al año 2023. Nos parece un informe más completo que el realizado tras el primer año de la aplicación de la ley. Tras su lectura valoramos positivamente, en líneas generales, el desarrollo en la cumplimentación de la ley en nuestra Comunidad Autónoma. Destacamos también de forma positiva el apropiado cumplimiento de los plazos a la hora de emitir los informes correspondientes tanto por el MC (médico consultor) como por la CGE. Sin embargo, queremos hacer una serie de consideraciones y unas propuestas con el fin de contribuir a la mejora de su desarrollo.

ANÁLISIS DEL INFORME:

1. Fallecimientos previos a la prestación de eutanasia -

De las 34 personas que han solicitado la ayuda para morir, 10 han fallecido antes de la realización de la prestación (29,4% del total)

Si bien se produce un descenso respecto al porcentaje del año pasado, de nuevo falta en el informe la aplicación de un criterio que permita evaluar la causa de una situación a todas luces anómala.

En el informe emitido por la CGE se aventuran dos posibles soluciones: una necesaria mejora de la información sobre todas las posibilidades que la legislación vigente ofrece para asegurar una muerte digna (Pág. 20) y una aplicación correcta de actuaciones que no pueden ser solicitadas por la persona en proceso final de vida: “sedación paliativa u otras medidas de limitación y alivio del sufrimiento” (pág. 24)

Medidas que dependen directamente de la buena praxis del personal sanitario y no de la persona en proceso de final de vida que lo único que puede hacer en ese momento, al que ha llegado, en muchas ocasiones sin conocer debidamente ni su situación de terminalidad ni los plazos para la tramitación de la eutanasia, es solicitar una ayuda a morir que la libre de un sufrimiento no deseado.

2. Respecto a la **distribución geográfica de las personas solicitantes, según Áreas Sanitarias**

No podemos dejar de llamar la atención sobre el hecho manifiesto de que todas se localizan en la zona central de Asturias: Áreas Sanitarias III (con cabecera en Avilés),

IV (cabecera en Oviedo), V (cabecera en Gijón) frente a las zonas oriental y occidental, I (Noroccidente), II (Suroccidente) y VI (Oriente), donde no se ha presentado ni una sola solicitud.

Esta situación muestra por una parte que se ha corregido la anómala distribución de solicitudes detectada para la zona centro en el informe del año pasado, que ahora se traslada a las zonas periféricas.

Al no conocerse qué tipo de medidas se han tomado para el cambio producido, nos es imposible saber las causas del mismo.

Por otra parte, es de señalar que en el Área II (Suroccidente) no se constatan solicitudes en ninguno de los dos últimos informes.

3. Tiempo transcurrido entre la primera solicitud y la designación de Médica/o Responsable.

El tiempo medio de designación fue de 17 días (en el informe del año anterior fue de 16 días). Según se señala en el informe, “el procedimiento de Asturias recomienda que la designación se realice dentro de los siete días naturales tras la primera solicitud.” (pág. 20); este límite solamente se ha cumplido a lo largo del año 2023 en 7 de las 24 ocasiones en que se designó MR. Según esto, de las 34 solicitudes presentadas, en 10 no se llegó a designar MR (29,4%); en 17 de las solicitudes presentadas se excedió el plazo de 7 días previsto en las recomendaciones (50%); y, finalmente solamente en un 20,5% de las solicitudes presentadas se cumplió el plazo recomendado.

La gravedad de esta situación queda patente si tenemos en cuenta que, según se deduce del informe, todas las personas fallecidas antes de terminar el proceso lo hicieron sin que se les hubiera siquiera asignado MR.

Un año más consideramos que éste debe ser un aspecto central de análisis y búsqueda de solución.

4. Lugar de la prestación.

Valoramos positivamente que en uno de los casos fuera en una residencia de ancianos con la implicación de los propios trabajadores. Queremos llamar la atención sobre el hecho de que “todas las prestaciones se han realizado desde los servicios públicos de salud del Principado de Asturias”, consideramos muy necesario poner el foco en este indicador porque es necesario atender a lo que está ocurriendo en los servicios privados de salud para detectar posibles anomalías.

5. Aspectos relativos a la figura de Médico/a Responsable (MR):

Es significativo que de nuevo la gran mayoría de las solicitudes, sobre las 24 designaciones, 19, tuvieran como MR a un profesional de Atención Primaria, lo que demuestra el compromiso de estos y estas profesionales de medicina y enfermería con las personas a las que han atendido a lo largo de su vida y no abandonan en el momento más importante y trascendente; así como la confianza de las personas solicitantes con ellos y ellas.

Consideramos muy preocupante y de nuevo creemos que debería ser objeto de análisis y búsqueda de solución, el hecho de que en dos casos fueran dos médicos

distintos los que se hicieran responsables del proceso por distintos motivos, que en este informe no son especificados.

6. Aspectos relativos a la figura de Médico/a Consultor/a (MC)

De nuevo queremos señalar que nos parece muy positivo que no se tome en consideración que el MC no deba conocer al paciente como se señala en el Manual de Buenas Prácticas, coincidimos con la argumentación que dicen al respecto.

Con todo, queremos señalar que hemos recibido algunas consultas por parte de personas solicitantes sobre las funciones de Médico/a Consultor/a (MC) ya que, si bien están claras en la Ley: “El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud [...]”, en ocasiones, algunos de estos profesionales hacen apreciaciones valorativas sobre la idoneidad o no del diagnóstico y los tratamientos seguidos hasta el momento e, incluso, llegan a poner en duda el celo profesional de quienes los prescribieron provocando gran ansiedad en la persona solicitante

7. Denegaciones-

Han sido denegadas por MR o MC 10 solicitudes. De éstas, 4 fueron reclamadas, dos de ellas habían sido denegadas por MR y las otras dos por MC. La CGE resolvió a favor de la reclamación en dos casos y mantuvo la denegación en los otros dos. Por lo que el número de denegaciones definitivas ha sido de 8.

Es de destacar, como un dato preocupante, que hubo el mismo número de denegaciones que de aceptaciones lo que, unido a los datos de fallecimientos antes de la resolución de las solicitudes, nos habla, como hemos señalado, de la necesidad de un análisis en profundidad de cuáles son los problemas que hacen que los procesos de aplicación de la prestación de ayuda a morir sean aún poco conocidos por parte de la ciudadanía y del personal sanitario.

En el informe no se señala ninguna de las causas que provocaron las denegaciones, tampoco se aclara las patologías que presentaban las solicitudes denegadas ni el momento en que se produjo la denegación. Tampoco se informa nada sobre la resolución de la solicitud presentada a través del DIP.

Esta falta de información impide conocer a la ciudadanía y a la profesión sanitaria en qué situaciones no es apropiado acudir a la solicitud de la prestación. Asimismo, dificulta una evaluación correcta de la Ley.

8. Equipo de Apoyo Técnico –

Se señala en el informe la importancia de la creación de este equipo para la mejora en el funcionamiento del desarrollo de la LORE a lo largo de este año. Coincidimos con la valoración de la CGE sobre la importancia de este equipo por el buen trabajo que desarrolla como apoyo a los y las profesionales implicados y la necesidad de su mantenimiento y su refuerzo si fuera necesario.

Nos llama la atención el dato aportado por el informe según el cual: “el funcionamiento normal administrativo provoca en alguna ocasión un retraso de días antes de que la solicitud pueda llegar a las instancias responsables de la designación de MR” (págs.

20-21), creemos que debería revisarse el problema que causa estos retrasos y de esta forma buscar soluciones.

PROPUESTAS

Además de las recomendaciones planteadas en el propio informe, proponemos

1. En primer lugar señalaremos que del informe se extrae algo que nuestra Asociación viene comprobando en todas las consultas que recibe de quienes quieren solicitar la ayuda a morir o ya han comenzado el proceso que son las dificultades de la persona solicitante para iniciar el proceso así como la falta de información sobre su desarrollo mientras se tramita que, como el propio informe indica, “se sitúa, en condiciones normales, en el entorno de 40 a 45 días” es por ello que **queremos iniciar nuestras propuestas centrándonos en las necesidades de las personas solicitantes:**

- **Consideramos imprescindible la creación de un equipo de seguimiento y apoyo, similar al ya existente para profesionales,** para las personas solicitantes que se ponga en contacto con la persona que solicita la ayuda a morir desde el momento en que presenta la primera solicitud y que esté disponible si la persona lo necesita.

Asimismo, creemos que debería habilitarse un teléfono y un correo electrónico de comunicación directa para responder a las dudas o problemas que pueden surgir a lo largo del proceso y al que se pueda comunicar de forma inmediata que se ha remitido la solicitud a través del registro de cara a solventar el problema detectado sobre el retraso administrativo en la recepción de las solicitudes.

- **El Informe debería incluir un apartado de evaluación en que aparecieran recogidos datos sobre las dificultades surgidas para las personas solicitantes sobre el proceso.**
- **Además de los datos aportados por la CGE en este informe creemos que convendría plantearse hacer un informe de evaluación cualitativa,** que recogiera las expectativas previas, las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso, la valoración final, el grado de satisfacción y las propuestas de mejora, **tanto de personal sanitario como de las personas solicitantes.**
- Uno de los aspectos que aparecen como más reseñables y preocupantes en los informes de estos dos últimos años de implementación de la LORE es el número elevado de solicitantes que fallecen antes de finalizar el proceso, este año incluso antes de nombrar MR.

Como se ha señalado en el apartado de análisis del informe, éste aventura dos posibles causas para explicar esta anomalía y ambas dependen de la buena praxis del personal sanitario que o bien no informa adecuadamente de la situación clínica y la expectativa real de supervivencia de cada persona a la hora de solicitar la prestación o, lo que sería más preocupante, no aplica adecuadamente los recursos que la ley de muerte digna define como derechos de la persona en el proceso final de vida y que dependen directamente de dicho personal: sedación paliativa o cualquier otra medida de limitación y alivio del sufrimiento de forma que a la persona inmersa en dicho proceso sólo le queda pedir la ayuda a morir.

Consideramos imprescindible que se realice un seguimiento detallado de cada uno de estos casos de forma que se puedan detectar de la forma más evidente posible las causas de cada caso y se arbitren las medidas de

corrección de la práctica profesional que sean necesarias **para evitar tales situaciones que implican el grado más alto de incumplimiento de las leyes pues impiden el ejercicio libre y responsable de la autonomía en el proceso final de vida de las personas enfermas.**

2. **En cuanto a los aspectos relativos a la tramitación** creemos que dado que la mayoría de las eutanasias son realizadas por profesionales de Atención Primaria y teniendo en cuenta que aparece en muchos casos la negativa a aceptar ser MR no por una verdadera objeción de conciencia sino por otros motivos, consideramos que debe valorarse adecuadamente estas objeciones y sus motivos e insistirse en que la objeción de conciencia solamente es factible para aquellos profesionales que están directamente implicados en la prestación, es decir dejar claro a qué se puede objetar y a qué no y minimizar al máximo la objeción a mitad de proceso.

Por otro lado, se debe facilitar la adecuación de las agendas de trabajo, e incentivar en la forma que se estime a las personas que asuman el responsabilizarse de una eutanasia por la carga de trabajo burocrático y emocional que supone y el tiempo que requiere. De igual forma, debe incentivarse la labor del MC y facilitar el desplazarse al domicilio de la persona solicitante si la situación lo requiere.

Asimismo, **es preciso que en las áreas sanitarias los equipos directivos se involucren tal como se recomienda en el informe**, “En particular, las áreas sanitarias o, en su caso, el Servicio de Salud en su nivel central, debe de garantizar el soporte en personal sanitario, medios y condiciones para asegurar la prestación de acuerdo con las exigencias legales, así como con las expectativas de las personas solicitantes y profesionales participantes” (pág. 30), **y tengan elaborado un plan de acción de manera que todo el proceso se engrane de forma adecuada, evitando demoras y aclarando el rol de cada profesional implicado.**

3. **Equidad y no discriminación en el acceso a las prestaciones.**
Se hace necesario el diseño de un **análisis en profundidad de las divergencias señaladas tanto en la distribución de solicitudes por Áreas Sanitarias como en la inexistencia de realización de prestaciones en ninguno de los servicios privados de salud del Principado de Asturias** pues uno de los principios rectores de la Sanidad Pública es la equidad y la no discriminación en el acceso a las prestaciones que ofrece.

4. Información

Realizar **campañas de difusión de amplio alcance y sostenidas en el tiempo de los derechos sanitarios en el proceso final de vida.**

Especial atención debería ponerse en las áreas sanitarias donde no se ha realizado ninguna prestación pudiendo utilizarse los espacios de atención a usuarios de los centros de salud y hospitales para la difusión de dichos derechos, podría servir de ejemplo la campaña realizada con el DIP, haciendo especial hincapié en la posibilidad de solicitar la ayuda a morir en un contexto eutanásico, ya que es un derecho más reciente y aún poco conocido.

Como cierre no queremos dejar de señalar que, como se deduce de los datos aportados por el informe analizado, se va produciendo poco a poco una mejora respecto a las situaciones que reflejaban los informes anteriores en el desarrollo y aplicación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia y que esta mejora se refleja también si se compara con la situación de otras comunidades autónomas.

Ahora bien, consideramos imprescindible volver a insistir, como ya se ha hecho, en la necesidad de buscar fórmulas para recabar información que nos permitan descubrir las causas concretas en cada caso de las situaciones anómalas y, partiendo de ello, tomar las medidas necesarias para evitar un sufrimiento innecesario que contraviene los derechos formulados tanto en la Ley de referencia como en la Ley del Principado de Asturias sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida de 2018.

Así mismo, creemos imprescindible que el informe anual emitido por la CGE se publique lo antes posible y para ello proponemos, como ya se hace en otras Comunidades, que la propia Comisión recoja esta necesidad y se marque como fecha límite de emisión el primer trimestre del año siguiente al analizado.

Asturias, 8 de julio de 2024

