

## REUNIÓN DE DMD CON EL MINISTERIO DE SANIDAD. 30 de enero 2024

### PROBLEMAS PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (PAM).

1. La LORE no garantiza **que la solicitud se tramite sin demora** cuando la persona solicitante la presenta en un centro sanitario. Conviene incidir en que **todos los sanitarios tienen la obligación de recibir, rubricar y tramitar una solicitud de eutanasia**. Sin embargo, se dan casos de negativa del personal sanitario a recibir la solicitud (objetores de conciencia que creen que la objeción ampara esa negativa). Por ello hay que establecer con claridad **qué debe hacer la persona solicitante y qué itinerario ha de seguir la solicitud** de modo que se garantice la designación de un MR en un plazo máximo, que debe ser breve.
2. Es conveniente que la primera solicitud de la PAM quede **registrada**, para que la unidad de eutanasia tenga constancia de su existencia y la contabilice, entregando copia de su solicitud (firmada y rubricada por un profesional sanitario) a la persona solicitante (así figura en el MBP, pero no se está haciendo).

### PROPUESTAS DE MEJORA Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS (MBP)

3. Suprimir la recomendación de que el **médico consultor (MC)** no haya tenido relación asistencial previa con el paciente (que no siguen algunas CCAA). Recomendar la teleasistencia para personas con dificultades para desplazarse a la consulta del MC.
4. Suprimir los plazos en caso de **aplazamiento**. El MBP ha establecido un límite de dos meses y el Informe de evaluación de la eutanasia del año 2022 lo amplía a seis meses. Esos plazos deben suprimirse porque la LORE no establece ningún límite. Otra cosa supone vulnerar el derecho en los términos en los que la LORE lo regula. Ni siquiera una norma reglamentaria podría establecer un límite no previsto en el LORE, menos aún el MBP, ni siquiera como recomendación.
5. Incluir que las CGyE deben indicar expresamente en sus resoluciones que el **plazo para impugnarlas** ante la jurisdicción contencioso-administrativa es de 10 días.
6. Reconocer el trabajo de los profesionales con la **liberación de sus agendas**, reservando tiempo suficiente para la deliberación, la 2ª solicitud y la prestación.
7. La **objeción de conciencia** es una excepción al cumplimiento de las obligaciones, que no debe permitirse de forma **sobrevenida**, durante la tramitación de un procedimiento. Tampoco es conveniente que un objetor participe de la tramitación.
8. Establecer un **modelo de profesionales referentes** en todas las comunidades, un sistema para ayudar a los médicos responsables en la tramitación por otro profesional con formación previa.
9. La **identidad de las personas de las CGE** debe ser pública. Establecer la incompatibilidad de los objetores a la eutanasia y de las personas que se hayan manifestado públicamente en contra de la misma para ser miembros de las CGyE.

10. Invitar a formar parte de la **Comisión estatal de la eutanasia** a DMD.

### **INFORMES ANUALES DE EVALUACIÓN DE LA EUTANASIA**

11. **Mejorar la calidad de los datos. Incluir todas las solicitudes de eutanasia en el SIE** (Sistema de Información de la Eutanasia), con la fecha de la 1ª solicitud.
12. Incluir los **motivos de denegación** y la **causa del fallecimiento** antes y después de la resolución de la solicitud (también los rechazados).
13. Publicar los datos en relación al nº de fallecimientos anuales de las CCAA (tasa de eutanasia).
14. Proponer un **modelo de informe común para todas las CCAA**.
15. **Establecer una fecha para la publicación de los Informes anuales de las CCAA** y del INGESA (marzo) y para la publicación del informe del MS (junio).

### **DECLARACIÓN OFICIAL DEL 12 DE ENERO COMO DIA DE LA MUERTE DIGNA. JORNADAS ANUALES SOBRE LA EUTANASIA.** (16)

### **ARMONIZAR EL DESARROLLO DE LA LORE A TRAVÉS DE UNA NORMA REGLAMENTARIA.** (17)

### **MODIFICAR EL ART. 9 DE LA LEY BÁSICA 41/2002 DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE.** (18)

En 2015, la Ley 26/2015 de protección a la infancia y a la adolescencia, modificó la ley 41/2002 de autonomía del paciente en su artículo 9: Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación. Al incorporar la afirmación “la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente”, y judicializar el consentimiento por representación de personas sin testamento vital (“aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal”), la familia pierde su autoridad para representar la voluntad de la persona incapacitada. Desde entonces DMD reclama a los Grupos Políticos que anulen esta modificación para devolverla a su redacción original.