

# PRIMER INFORME SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

DE LA ASOCIACIÓN DERECHO  
A MORIR DIGNAMENTE

DESDE JUNIO 2021 A JUNIO 2022

La Asociación  
Derecho a Morir  
Dignamente analiza la  
implantación de la ley  
de eutanasia en  
España

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE  
#libreshastaelfinal

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN -----	4
2. LA APLICACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS -----	5
• Acciones legislativas -----	5
• Análisis de los datos numéricos -----	6
• Análisis de la implementación de la prestación de ayuda para morir en las diferentes comunidades -----	9
• Criterios para la valoración -----	10
• Resultados del análisis por comunidades -----	13
- Andalucía -----	15
- Aragón -----	16
- Asturias -----	17
- Baleares -----	18
- Canarias -----	19
- Cantabria -----	20
- Castilla- La Mancha -----	21
- Castilla y León -----	22
- Cataluña -----	23
- Comunidad Valenciana -----	24
- Euskadi -----	25
- Extremadura -----	26
- Galicia -----	27
- Madrid -----	28
- Navarra -----	29
• Comparaciones -----	30
3. PROBLEMAS DETECTADOS EN EL ANÁLISIS DE CASOS -----	32
• Casos relevantes -----	32
• Problemas identificados -----	34
1. Retraso en la creación de la Comisión de Garantía y Evaluación -----	34
2. Falta de colaboración de entidades privadas -----	34
3. Dificultades para entregar la primera solicitud -----	34
4. Retraso en la designación de Médico/a Responsable -----	34
5. Fallecimiento durante la tramitación -----	35
6. Dificultades en el análisis y la documentación de los casos -----	35
7. El rol del médico consultor -----	35
8. Problemas en la comunicación entre la CGE y el ámbito sanitario -----	36
9. La CGE: ¿verificación o nueva valoración? -----	36
10. Repetición de solicitudes -----	36
11. Aplazamiento de la prestación -----	36

4. APORTACIONES A LA REVISIÓN DEL MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN EUTANASIA -----	37
1. Evitar los retrasos en la elección de Médico/a Responsable (MR), relacionados con la objeción de conciencia -----	37
2. Suprimir la recomendación del MBP de que el/la médico/a consultor/a (MC) no haya tenido relación asistencial previa -----	38
3. Promover en todas las CCAA un sistema de referentes -----	38
4. La verificación previa debe ser de tipo administrativa cuando la realiza la dupla y garantista del derecho a la eutanasia cuando dictamina el pleno en la resolución de reclamaciones -----	38
5. El aplazamiento de la eutanasia no tiene límite de tiempo -----	39
5. SOLICITUD DE INFORMACIÓN A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN) -----	40
1. Datos sobre la tramitación de la eutanasia -----	41
2. Ciudadanía: Información y asesoramiento -----	42
3. Profesionales: Apoyo al personal sanitario: gerencias, CGE, unidad administrativa, referentes, formación -----	42
4. Herramientas de gestión: Guía del proceso y sistema de registro de documentación -----	43
6. LECTURA CRÍTICA DEL INFORME DEL MINISTERIO DE SANIDAD -----	44
7. GLOSARIO DE TÉRMINOS -----	46

## 1. INTRODUCCIÓN

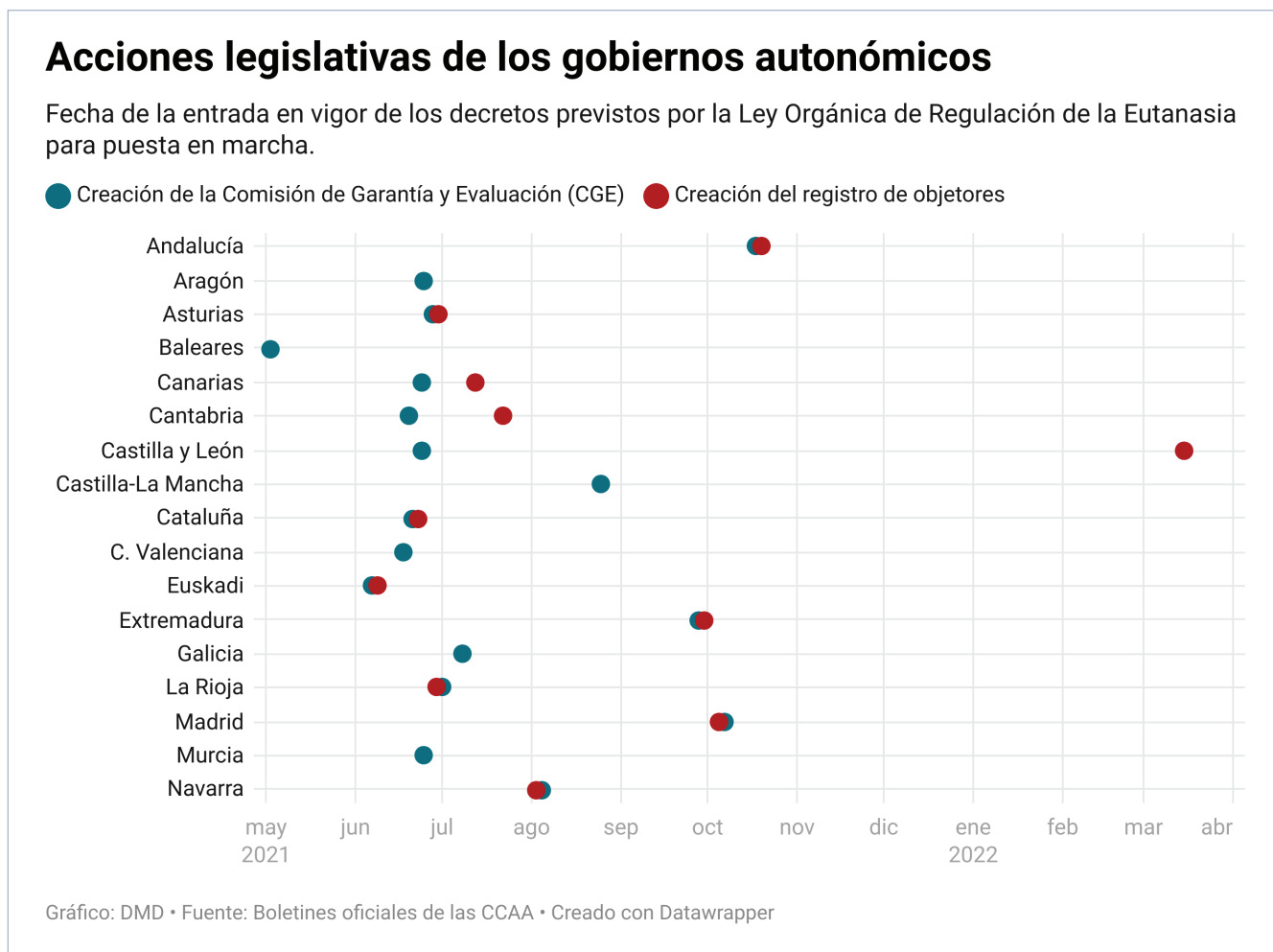
El 24 de marzo de 2021 se aprobó la Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia (LORE). En cumplimiento de la norma, cada comunidad autónoma aprobó la normativa necesaria para constituir su Comisión de Garantía y Evaluación (en adelante CGE) e implementar la prestación de ayuda para morir (en adelante PAPM). El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el 'Manual de buenas prácticas en eutanasia' y el 'Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho'. Tres meses después, la LORE entró en vigor con algunas dificultades y con grandes desigualdades entre comunidades.

Como movimiento ciudadano de referencia sobre los derechos al final de la vida, DMD ha querido evaluar los primeros doce meses de funcionamiento de esta nueva prestación para ofrecer propuestas informadas de mejora y, en última instancia, "defender el derecho de toda persona a decidir en libertad cómo y cuándo finalizar su vida" (Estatutos de DMD).

## 2. LA APLICACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

### Acciones legislativas

Aunque la mayoría de las comunidades autónomas cumplieron el plazo de tres meses previsto en la ley para sus acciones legislativas, se produjeron algunos retrasos significativos. No es un dato tan evidente como parece: la LORE marcaba un periodo bastante ajustado tanto para legislar como para organizar la PAPM. Algunas comunidades, como Cataluña y Euskadi, habían empezado a trabajar incluso antes de la entrada en vigor de la norma.



Otras, como Navarra, se retrasaron a la hora de legislar, pero trabajaban mientras tanto en la implementación de la prestación y lograron buenos resultados.

La mayoría de las comunidades autónomas que sufrieron retrasos significativos han llevado a cabo un desarrollo deficiente de la PAMP. En Madrid, Extremadura y Andalucía tenemos constancia de que el retraso en la creación de la Comisión de Garantías y Evaluación (en adelante, CGE) perjudicó a algunas personas. Al terminar nuestro estudio, ocho comunidades no habían creado aún un registro de objeción de conciencia.

## Análisis de los datos numéricos

Las cifras, así como toda la información relativa al proceso de desarrollo de la LORE, se manejó de formas muy diferente en las distintas comunidades. Algunas, como Cataluña o Euskadi, fueron más transparentes y facilitaron información cuando se les solicitaba o, incluso, por iniciativa propia. La tónica general no fue esa. La mayoría optó por informar poco o nada. Canarias, Extremadura y Comunidad Valenciana ni siquiera hicieron públicos los nombres de quienes integraban sus respectivas CGE.

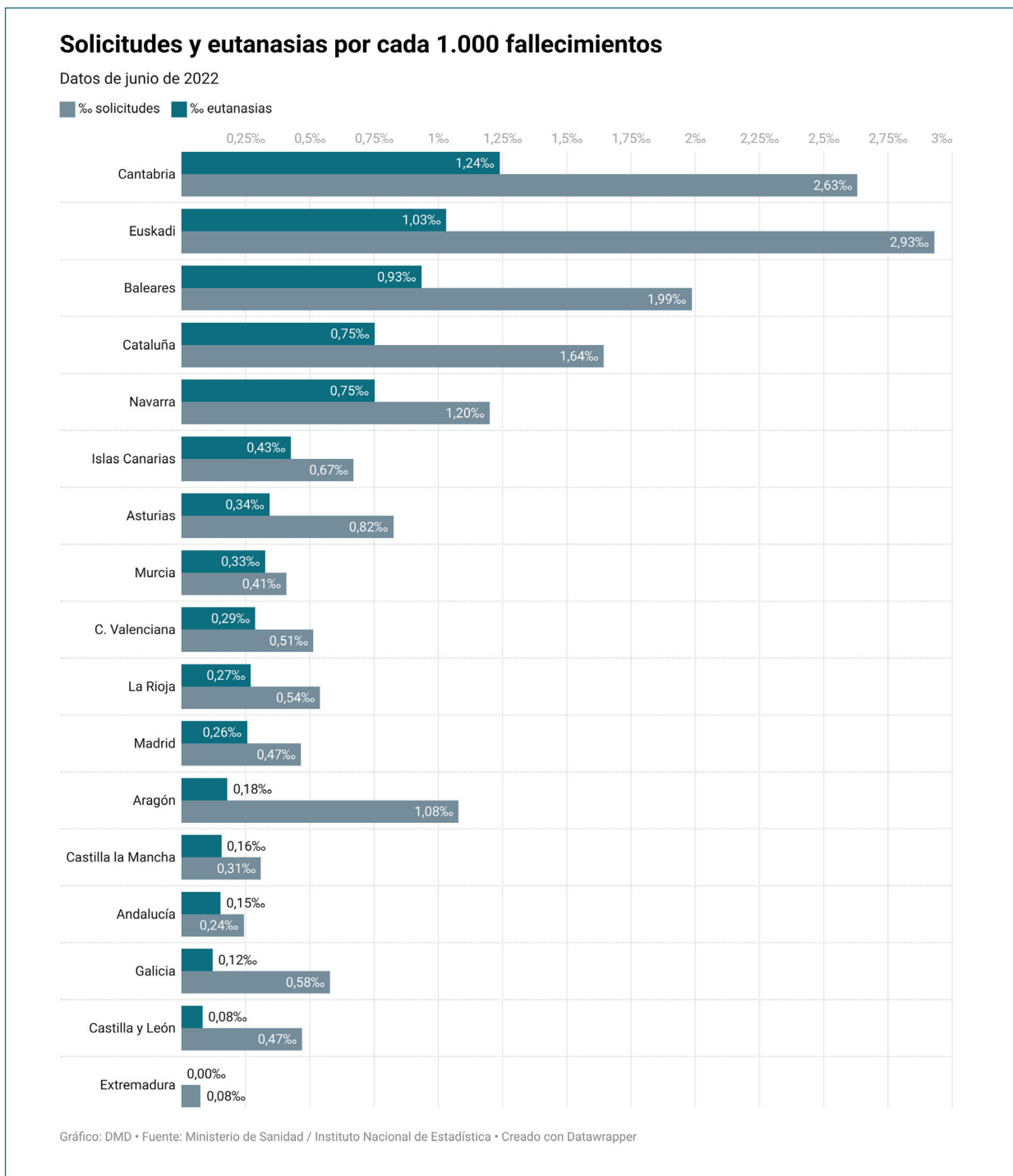
En julio de 2022, todas las comunidades habían facilitado datos numéricos sobre los primeros doce meses de implantación, aunque en conjuntos muy dispares que hacen difícil su comparación. Esos datos y el análisis que hacemos deben ser leídos con prudencia tanto por la heterogeneidad de su origen como por la escasa duración de las series.

En la siguiente tabla se muestra un resumen de los datos oficiales disponibles en julio de 2022.

	Andalucía	Aragón	Asturias	Balears	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla la Mancha	Cataluña	Com. Valenciana	Euskadi	Extremadura	Galicia	La Rioja	Madrid	Murcia	Navarra
<b>Nº de solicitudes</b>	19	18	12	17	11	17	17	8	131	25	71	1	19	2	31	5	8
<b>Solicitudes con Informe+</b>	12		10	13	7	13	5	5	78	18	47	1	4	1	19	4	6
<b>Solicitudes con Informe -</b>	6	8	1			2	5		8	5	6				10	1	2
<b>% denegadas</b>	32	44	8			12	29		6	20	9				32	20	25
<b>Solicitudes completadas</b>	12	3	5	8	7	8	3	4	60	14	25		4	1	17	4	5
<b>Fallecidos por otras causas</b>		5	5					1	37	2	4	1					
<b>Duración media en días</b>			60	35					47		46						

Con los datos disponibles en julio de 2022, en algunas comunidades no era posible saber (ni calcular) datos tan relevantes como el número de solicitudes con informe negativo –es decir, rechazadas por parte de la CGE- el número de personas fallecidas por otras causas durante el proceso de tramitación o la duración media de los procesos, que sólo se facilitó en 4 territorios.

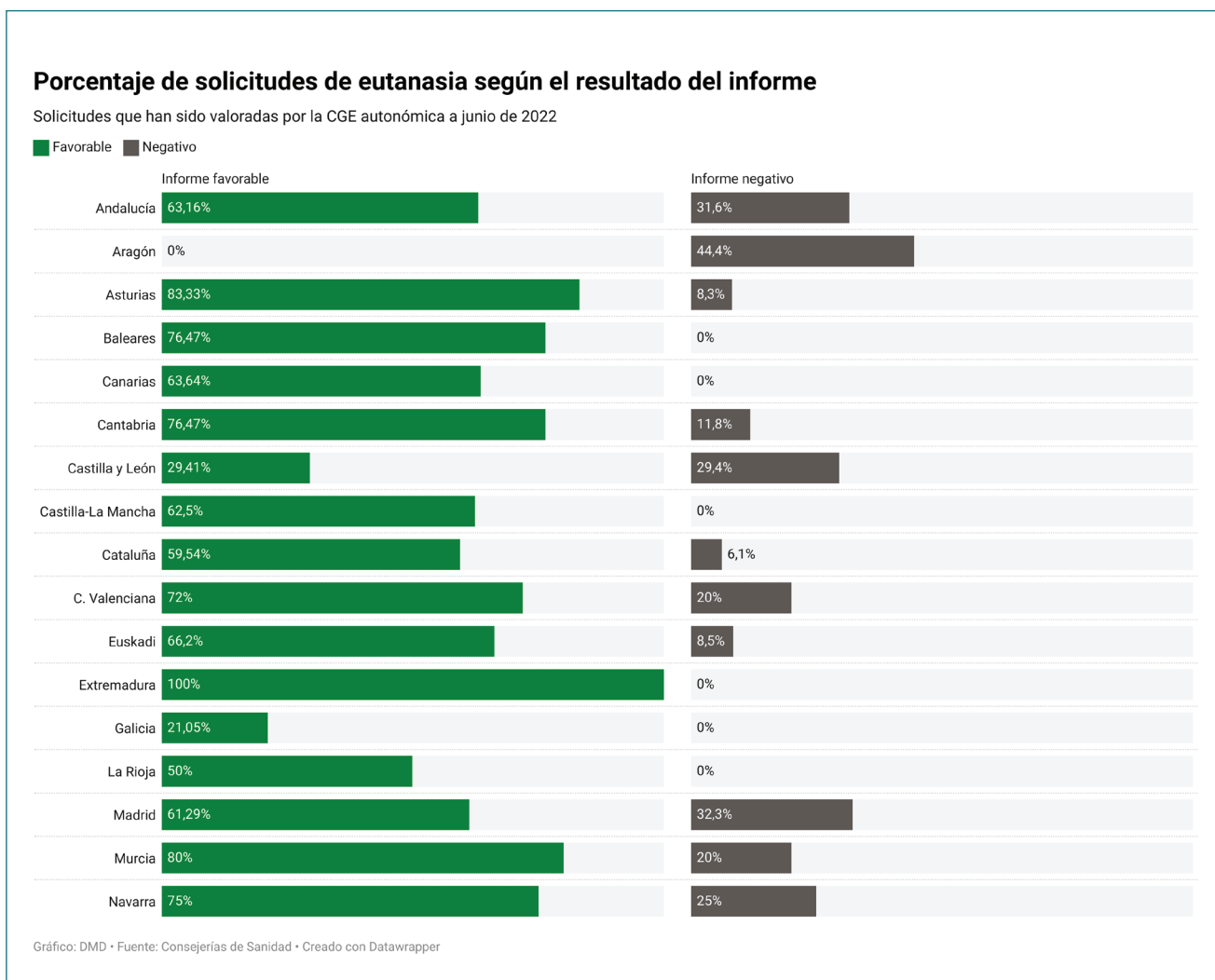
A partir de estos datos, y de los datos de población de cada comunidad publicados por el INE, calculamos las tasas de mortalidad por eutanasia y número de solicitudes por cada 1.000 personas fallecidas por todas las causas.



Hay un grupo de comunidades (Cantabria, Euskadi, Cataluña y Navarra) con una proporción en torno a una eutanasia por cada mil fallecimientos, un porcentaje menor de lo esperado según la experiencia internacional. El resto de comunidades tienen tasas hasta diez veces menores. Es poco probable que estas diferencias tan pronunciadas se deban exclusivamente a factores culturales. Es razonable sospechar que hayan influido, también, diferencias en la accesibilidad del nuevo derecho.

La relación entre solicitudes de eutanasia y fallecimientos muestra una gran variabilidad y, por las características del propio proceso, su interpretación es más compleja: pedir ayuda para morir supone un trámite relativamente largo en comparación con el periodo analizado.

Creemos que es más informativo comparar las solicitudes que han llegado a ser valorados por las CGE y analizar la relación entre procesos con informe favorable y desfavorable de las distintas comisiones:



Si se excluye a Extremadura, que solo había tramitado una solicitud durante el periodo analizado, el porcentaje de informes favorables respecto del total de solicitudes es relativamente homogéneo entre comunidades.

Sin embargo, algunos territorios tienen una proporción de informes desfavorables claramente más baja que el resto. Coinciden, además, con los que han hecho públicas cifras de eutanasias más elevadas. Creemos que lo que mejor explica este fenómeno no son las diferencias en el trabajo de las CGE sino la calidad del proceso de selección y documentación de solicitudes que hacen los dispositivos de asistencia sanitaria.



## Análisis de la implementación de la prestación de ayuda para morir en las diferentes comunidades

Los datos presentados no permiten extraer muchas más conclusiones, pero nos hacen sospechar que las diferencias observadas tienen relación con diferencias en cómo se ha implementado PAPM en las distintas comunidades.

Analizar una realidad tan compleja es un reto, pero DMD cuenta con dos fuentes de información adicionales que permiten ahondar en la situación de la PAPM desde una perspectiva cualitativa: el acceso a personas que han seguido de cerca el trabajo de las comunidades y, además, nuestra experiencia asesorando a personas que solicitan ayuda a DMD para tramitar su eutanasia.

Para caracterizar las diferencias en los desarrollos de la PAPM, reunimos un grupo de personas, una en cada comunidad autónoma donde DMD tiene suficiente implantación (todas excepto La Rioja, Murcia y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla). Se eligieron teniendo en cuenta su conocimiento de la realidad social y sanitaria de su territorio, así como de la LORE y lo necesario para su desarrollo. La mayoría son activistas de DMD.

Les pedimos que contestaran una encuesta con 23 preguntas de respuesta abierta relativas al proceso de implementación de la LORE en su comunidad autónoma. Les Indicábamos que, además de expresar sus opiniones, podían solicitar la colaboración de otras personas o de los propios organismos de gobierno de su comunidad para documentar aspectos concretos.

Tras analizar sus respuestas, definimos catorce criterios con las siguientes condiciones:

- Debían ser relevantes de cara a la implementación de la PAPM.
- Debíamos tener suficiente información para poder informarlos con suficiente rigor.
- Los criterios debían tener cierta capacidad discriminatoria entre comunidades para evitar cuestiones que –aunque relevantes– hubieran obtenido respuestas idénticas en todos los territorios.

La mayoría de criterios elegidos proceden de las recomendaciones que, tras la aprobación de la LORE, DMD formuló a todos los gobiernos autonómicos. Una vez consensuados esos criterios, construimos una escala de tres categorías:

1. El criterio se cumple adecuadamente (verde)
2. El criterio ha sido abordado, pero necesita mejorar (naranja)
3. El criterio no ha sido abordado en la comunidad (rojo)

No debemos perder de vista que analizamos el proceso de la prestación definido por cada comunidad autónoma y no los resultados. No podemos, por tanto, afirmar que una comunidad que muestre muchos ítems en rojo esté haciendo las cosas mal, pero sí que, a nuestro juicio, tiene muchos aspectos que mejorar.

## Criterios para la valoración.

### 1. Difusión en la población del derecho a la eutanasia:

Acciones de difusión del nuevo derecho a la eutanasia entre la población general mediante comparecencias públicas, presentaciones en medios de comunicación, cartelera y otros soportes gráficos utilizados en las sedes de organismos públicos.

Este criterio se complementa con garantizar una información amplia y de fácil acceso sobre la PAPM: conceptos básicos, procedimientos y plazos, contexto eutanásico, etc., dentro y fuera del sistema sanitario (Criterio 7).

### 2. Cumplimiento de los plazos en la tramitación de solicitudes:

Muchas personas han tenido demasiadas dificultades para encontrar a una médica responsable dispuesta a tramitar su solicitud. Cualquier profesional sanitario que reciba una solicitud de eutanasia tiene obligación de rubricarla y tramitarla. Si no va a actuar como responsable del proceso, como en el caso del personal de enfermería o de las personas objetoras de conciencia, deberá entregársela al médico responsable o a un superior jerárquico.

Durante el primer año de la LORE se han producido demoras muy por encima de los plazos máximos que establece la norma. Sin duda, la novedad y la falta de formación han influido, pero sobre todo la actitud de algunos sanitarios que –en contra de las recomendaciones del Manual de Buenas Prácticas– se han negado a dar curso a solicitudes sin ofrecer otra alternativa y, por tanto, bloqueando el procedimiento. Las dificultades para encontrar médico responsable han provocado un gran sufrimiento a algunas personas solicitantes de ayuda para morir, que se han sentido ignoradas y ninguneadas por el sistema sanitario.

Este criterio no incluye el aplazamiento de la prestación decidido por la persona solicitante. En algunas comunidades, como Galicia y Asturias, la solicitud de eutanasia no se dirige no al médico responsable que se haya elegido sino a la administración sanitaria. Se entrega un escrito en el registro, y es éste el que le asigna un médico responsable para realizar todos los trámites del proceso de ayuda para morir. Todavía no tenemos datos significativos, pero es una propuesta a valorar en el resto del Estado, sobre todo en los territorios donde existen problemas para encontrar médico responsable.

### 3. Guía del proceso y sistema de registro:

Disponibilidad de una guía de orientación profesional que ayude al personal sanitario a integrar los distintos pasos del proceso en su agenda, y de un sistema de registro que cumpla los requisitos de la LORE, tanto en la documentación del proceso, como en la confidencialidad, sin que ello suponga una sobrecarga de tareas administrativas.

#### 4. Protocolo de objeción de conciencia:

El manejo de la objeción de conciencia es especialmente difícil de valorar. Por eso, de momento nos limitamos a indagar si las comunidades disponen de un protocolo de atención a una solicitud de eutanasia en caso de objeción de conciencia, con un compromiso de plazos para la designación de responsables alternativos.

#### 5. Adecuación del proceso de la PAPM a la LORE:

Analiza si las comunidades se han ceñido a los requisitos que marca la LORE, sin excluir ningún aspecto relevante y sin añadir otro tipo de exigencias. Ejemplos de falta de adecuación serían dificultar la libre elección de médico responsable, o solicitar trámites o documentación que no se exige en la LORE, por ejemplo, informe de cuidados de enfermería o la valoración obligatoria por trabajadora social. No valoramos si esas modificaciones son eficaces, sino el hecho de que no estén fundamentadas en la ley. Un solo episodio conocido genera una valoración negativa, sin que ello signifique que la falta de adecuación sea sistemática.

#### 6. Adecuación de lo relativo al testamento vital:

Adecuación de los modelos de instrucciones previas, de la información y formación, tanto de la ciudadanía como del personal sanitario, en lo relativo a la solicitud de eutanasia por instrucción previa.

#### 7. Información personalizada a la población:

Existencia de una unidad administrativa, dependiente de la comunidad, que facilite información personalizada a la ciudadanía sobre la PAPM: conceptos básicos, mecanismos y plazos, contexto eutanásico, etc.

Se da por sentado que los dispositivos asistenciales están obligados a facilitar esa información, pero es importante que pueda obtenerse por otros cauces, como una página web con preguntas y respuestas frecuentes, un correo electrónico y un teléfono a donde dirigirse para resolver dudas de forma personalizada.

#### 8. Apoyo administrativo para el personal responsable:

La unidad administrativa de eutanasia debe facilitar asesoramiento al personal sanitario implicado, tanto para interpretar los requisitos, trámites, contenido de los documentos y plazos exigidos por la ley, como para configurar su agenda de tareas. Esta unidad debe ser accesible para los profesionales y servirles de apoyo durante toda la tramitación.

#### 9. Nombramiento de responsables en las gerencias:

Existencia de responsables nombrados en las distintas gerencias, tanto de Atención Primaria como de hospitalarias, para ocuparse de la gestión de todo lo relacionado con la eutanasia, incluyendo

el asesoramiento al personal sanitario interviniente, la comunicación entre estamentos (Primaria – Hospitalaria y viceversa, así como el ámbito sociosanitario), la localización de médicos consultores y responsables alternativos, etc.

## 10. Sistema de profesionales referentes:

El personal sanitario implicado está asistido y acompañado por colegas conocedores del proceso, designados como referentes. En caso necesario, estos referentes ayudan a resolver las dificultades técnicas y actúan como soporte emocional. De esta forma, el profesional cuenta con el apoyo de sus iguales, “sus jefes” (las personas que gestionan) y la comunidad (unidad administrativa).

## 11. Formación continuada para el personal sanitario:

Oferta formativa diversa, integrada en la práctica, configurable según necesidades, longitudinal, de calidad, generalizada y acreditada tanto para el personal sanitario en ejercicio, como en formación de postgrado.

## 12. Transparencia y adecuación en los nombramientos de la CGE:

Adecuación de las personas nombradas como miembros de la CGE a los objetivos de este organismo, según los establecen la LORE y el Manual de Buenas Prácticas del Ministerio de Sanidad. También, la publicación de sus nombres y currículums, requisitos ambos de extraordinaria trascendencia, pero que en algunas comunidades no se han cumplido.

## 13. Accesibilidad de la CGE para el personal sanitario y la población:

La Ley encomienda a la CGE la función de “resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto”. La CGE debe ser accesible tanto para el personal sanitario, como para la ciudadanía. En aquellas comunidades donde exista, la unidad administrativa de eutanasia debe tener capacidad para asumir la mayor parte de este trabajo de información y asesoramiento, realizándolo en estrecha coordinación con la CGE.

## 14. Extralimitaciones y otras irregularidades de las CGE:

Evalúa si tenemos conocimiento de algún caso en el que un dictamen de la CGE, o de la pareja de médico y jurista que realiza la evaluación inicial (en adelante, dupla), incumple las funciones que establecen la LORE, el Manual de Buenas Prácticas, la normativa autonómica. Como en los criterios 5 y 12, el conocimiento de un solo caso genera una valoración negativa, sin que signifique que la extralimitación sea sistemática.

Si bien reconocemos diferencias relevantes en la trascendencia de cada uno de los criterios elegidos, hemos renunciado por operatividad a ponderarlos.

Una vez recogidos los datos de las encuestas, construimos las escalas correspondientes y los devolvimos a las personas informadoras para discutirlos con ellas, de manera que pudieran hacer las matizaciones o nuevas aportaciones que consideraran oportunas y ampliar así el consenso.

## Resultados del análisis por comunidades

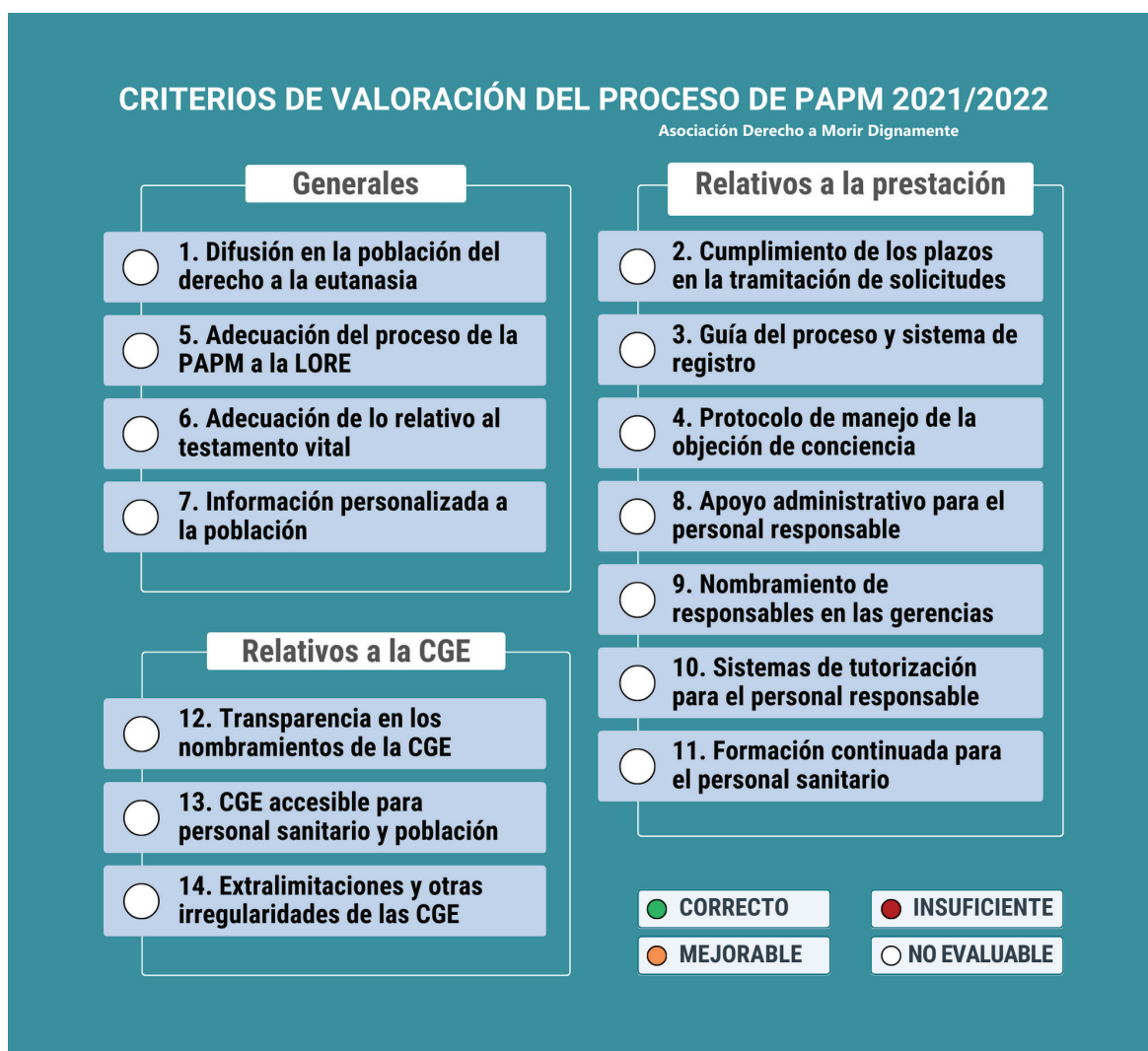
Recordamos que este análisis solo es una valoración procedente de las opiniones de personas particularmente bien informadas y no se basa, en general, en aspectos cuantificables. Tiene una importante carga de subjetividad y está más cerca de ofrecer una fuente de hipótesis de trabajo que un diagnóstico de situación. Por otra parte, refleja una imagen de la situación en junio de 2022. Algunos de los aspectos descritos han cambiado significativamente desde entonces.

Esta es la presentación global de los resultados de todas las comunidades autónomas en los términos que se describen más arriba, a modo de semáforo.

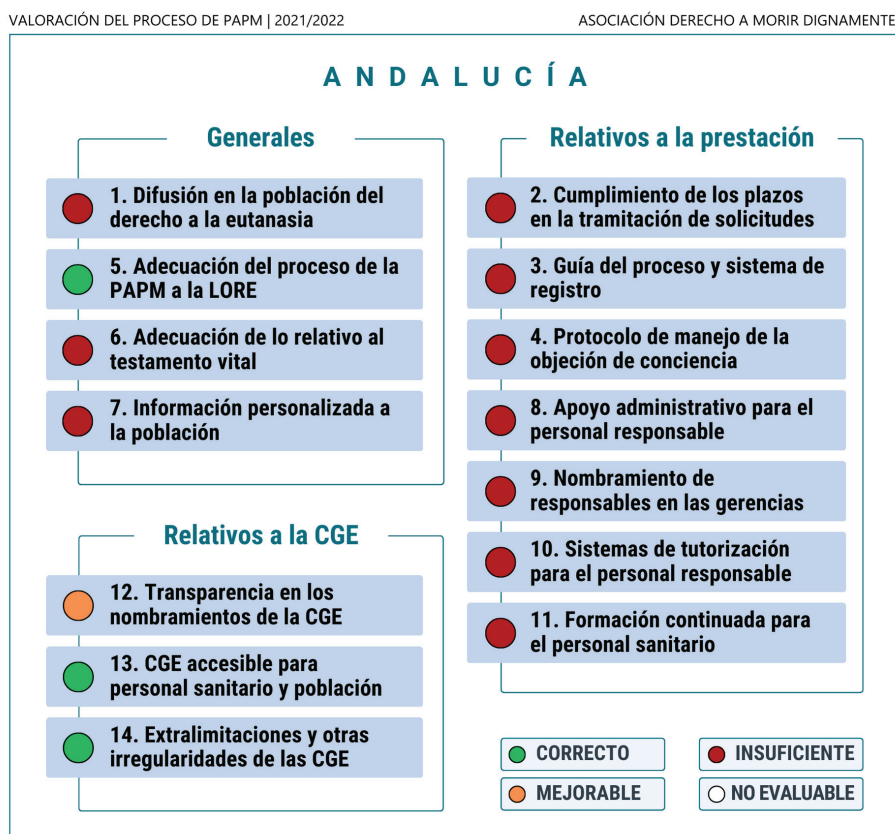
	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	C. y León	C.- La Mancha	Catalunya	C. Valenciana	Euskadi	Extremadura	Galicia	Madrid	Navarra
1. Difusión entre la ciudadanía	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●	○	○	○	●	○
2. Cumplimiento de los plazos en la tramitación de solicitudes	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●	●	●	●
3. Guía del proceso y sistema de registro	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
4. Manejo de la objeción de conciencia	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●	●
5. Adecuación de la PAM a lo prescrito en la LORE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
6. Adecuación del testamento vital	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
7. Información disponible para la ciudadanía	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
8. Apoyo administrativo al médico/a responsable	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●	●	●	●
9. Nombramiento de responsables en las gerencias	●	●	●	●	●	●	●	○	●	○	●	●	●	●	●
10. Sistema de tutorización para sanitarios (referentes)	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●	●	●	●	●	●
11. Formación continuada al personal sanitario	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
12. Transparencia en los nombramientos de la CGE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
13. CGE accesible para personal sanitario y ciudadanía	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●
14. Extralimitaciones e irregularidades de la CGE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

En adelante vamos a presentar esa misma información para cada una de las comunidades autónomas, con los criterios agrupados en dos columnas, con el fin de señalar un aspecto interesante: los criterios de la columna de la izquierda (criterios “políticos”) los consideramos dependientes de decisiones políticas de los gobiernos autonómicos. Los criterios de la columna derecha (criterios “técnicos”) son sensibles también a decisiones de los gestores de nivel intermedio como gerentes, jefes de servicio y coordinadores de equipos, lo cual tiene implicaciones para entender la realidad que tratamos de describir y para las estrategias de mejoras del proceso.

En los comentarios sobre cada comunidad justificamos las valoraciones negativas o indeterminadas y destacamos aspectos interesantes. Recordamos que las valoraciones proceden de personas particularmente bien informadas y que, aunque se basan en hechos concretos, tienen una carga de subjetividad y se refieren a un periodo concreto –los primeros doce meses de vigencia de la LORE–, por lo que no necesariamente coinciden con nuestra valoración actual. Han de entenderse como el punto de partida de una monitorización.



○ **ANDALUCÍA**



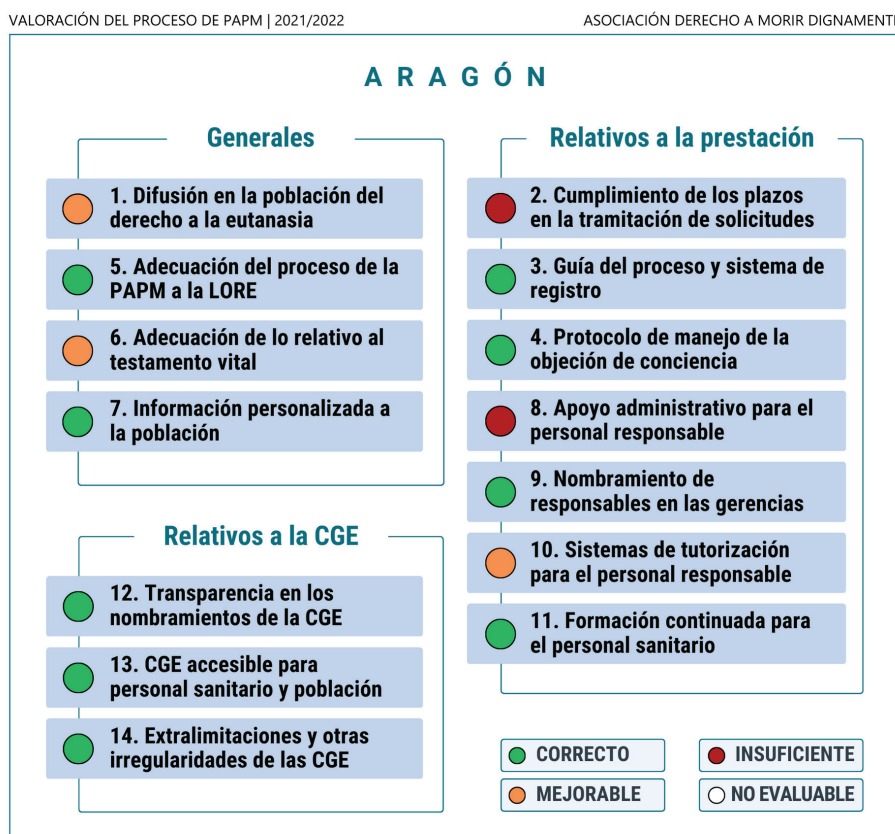
Andalucía fue una de las comunidades autónoma con peor valoración. El desarrollo normativo se retrasó mucho (hasta noviembre, cuando debía estar listo en junio) y no se identificaron esfuerzos de implementación de la PAMP (Criterios. 3 y 8) ni adaptación del testamento vital.

El personal sanitario no contó con formación específica durante el periodo evaluado (Criterio 11), ni con guías para orientarles en caso de recibir una petición (C. 3), ni con responsables designados en las unidades de gestión (C. 9). Tampoco se nombraron equipos de referentes (C.10).

El problema central fue el retraso en la tramitación de las solicitudes (C. 2), achacable a la desafección de buena parte del personal sanitario. Se conocieron más de 15 casos en los que todo un centro de salud se declaró objetor de conciencia, eludiendo incluso su inscripción en el registro (C. 4).

Algunas personas integrantes de la CGE se habían manifestado, antes de su nombramiento, contrarias a la eutanasia (C. 12). Sin embargo, el trabajo de la CGE fue valorado como positivo, particularmente la implicación para desbloquear situaciones de obstruccionismo de parte de instancias políticas sanitarias.

○ **ARAGÓN**



En Aragón, el desarrollo normativo y de apoyo a la PAPM fue adecuado, con reservas en cuanto al esfuerzo de difusión a la población (C. 1), como en casi todas las comunidades. Se modificó el modelo de testamento vital, pero no la documentación de ayuda a su redacción (C. 6).

Se produjeron algunas demoras en los primeros casos (C. 2). Si bien parece haber mejorado este aspecto durante el periodo de evaluación, la aparición de un caso particularmente grave y la importancia relativa en el número global de procesos justifica una valoración desfavorable de este aspecto.

El apoyo administrativo (C. 8) se articuló desde el principio a través unidades periféricas, radicadas en las gerencias. Aunque nos informan de un funcionamiento ágil, la recomendación de DMD era la implementación de unidades centralizadas y de acceso inmediato para el personal sanitario y de ahí la valoración negativa.

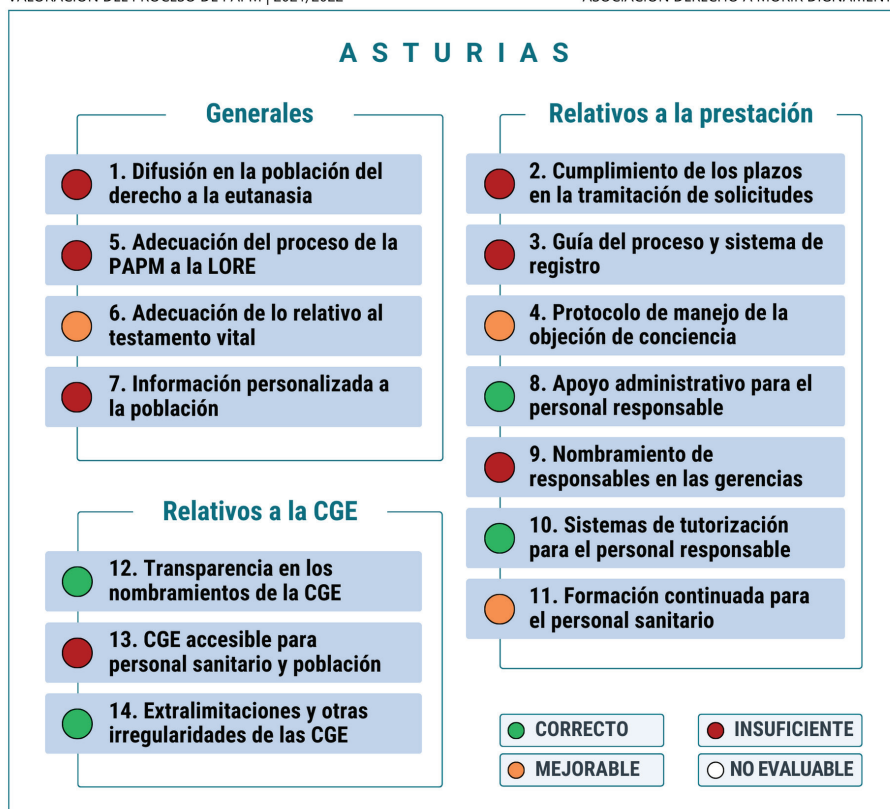
Se diseñó una red de equipos de referentes, se inició su formación y se pilotó, aunque al final del periodo de evaluación no estaba disponible aún en todo el territorio (C. 10).



○ **ASTURIAS**

VALORACIÓN DEL PROCESO DE PAMP | 2021/2022

ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE



Se valoró negativamente el esfuerzo de difusión (C. 1) y la ausencia de información personalizada a la población (C. 7). Como en otras comunidades, se modificó el modelo de testamento vital pero no los materiales explicativos (C. 6).

Asturias es una de las comunidades en las que la solicitud no se dirige a un médico elegido como responsable sino a la Dirección General competente: aunque a juicio de las personas que evaluaron la comunidad esto agiliza la tramitación de las solicitudes, seguimos

sin poder confirmar o desmentir esta hipótesis. Aun así, la valoración del C. 5 fue negativa por no ajustarse a lo que establece la LORE. También se valoró negativamente la accesibilidad de la CGE (C.13). Sin embargo, fue de las pocas comunidades que facilitó un informe detallado de su actividad dentro de periodo evaluado.

La valoración negativa de las demoras (C. 2) se debe a un único caso –relevante en una casuística tan limitada–, aunque no indica una tendencia. Hasta donde sabemos, no se ha repetido.

También valoramos negativamente que la información generada se archive directamente en la historia clínica (C. 3) y que no se hubiera nombrado responsables del proceso en las unidades de gestión (C. 9). La valoración del C.4 fue indeterminada porque, aunque es probable que existiera un protocolo centralizado, no se había dado a conocer. Nos informaron de la realización de varios cursos presenciales para personal sanitario (C. 11) que las personas informantes valoraron como insuficientes.

\* En el caso de Asturias, vemos claramente que algunas valoraciones negativas no se corresponden con la realidad de 2023, que ha mejorado sustancialmente. Recordamos que este informe se refiere a los primeros meses de la implementación y no al contexto actual.

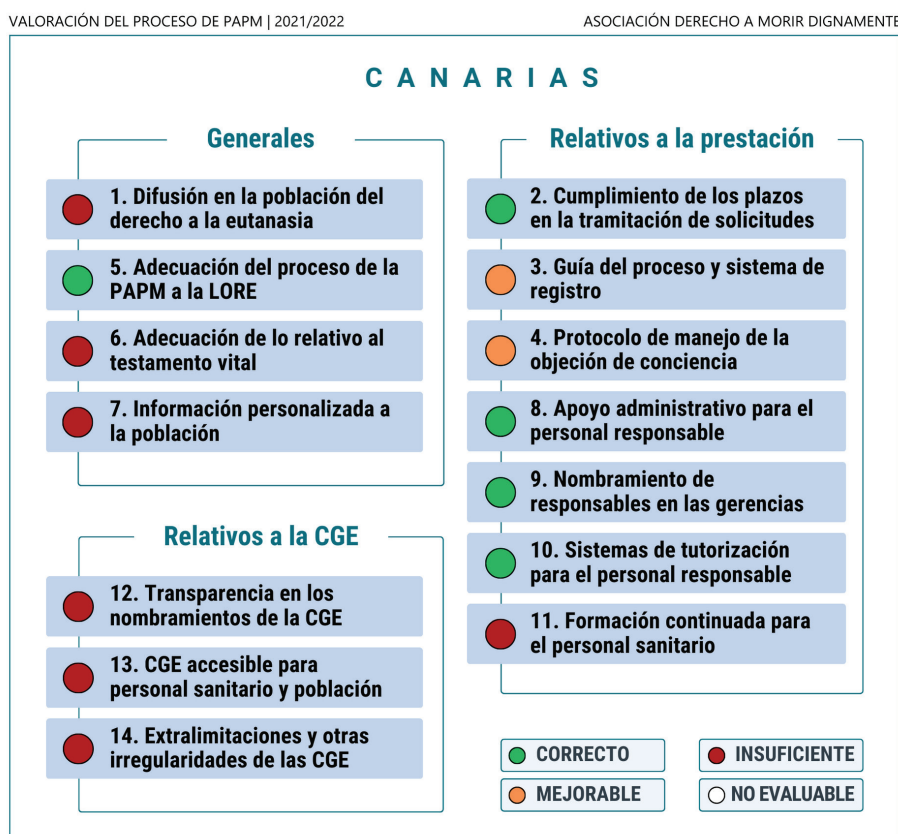
○ **BALEARES**



Los resultados de Baleares fueron de los mejor en nuestro informe. No hemos conocido demoras en la tramitación (C.2), tenemos constancia de casos en los que la objeción de conciencia se resolvió satisfactoriamente (C.4) y tanto el trabajo de la CGE (C.13, C.14) como del personal sanitario se consideró adecuado.

Baleares fue la única comunidad autónoma en la se valoró positivamente el esfuerzo de difusión a la población (C. 1). Sin embargo, no se modificó ni el modelo de testamento vital ni la documentación informativa al respecto (C.6).

○ **CANARIAS**



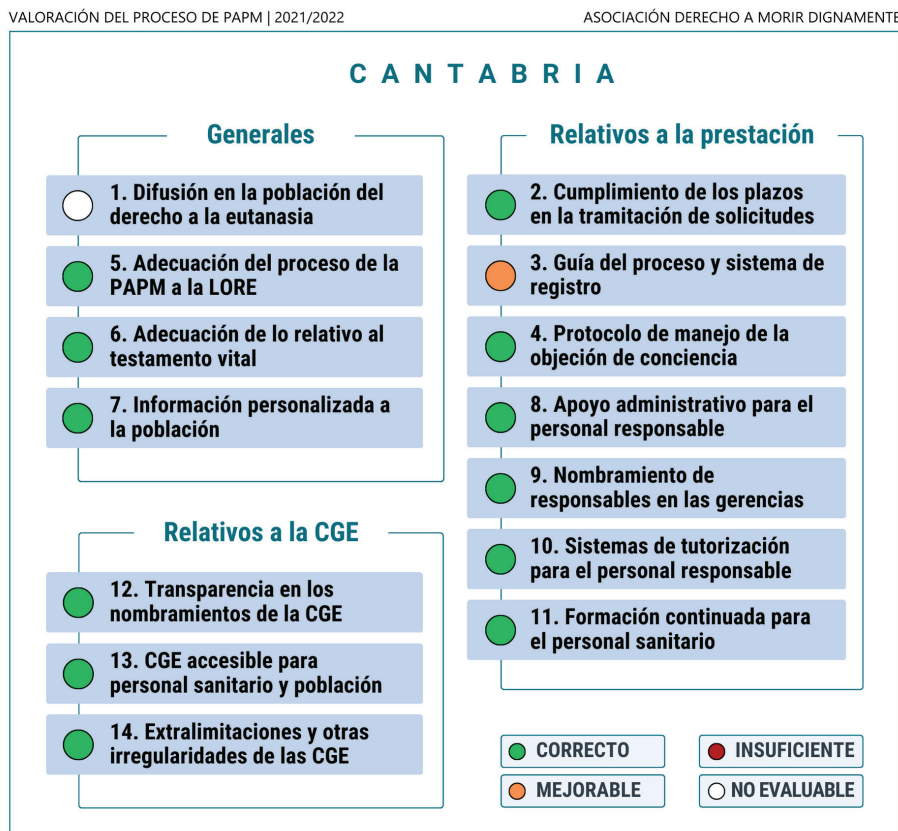
En Canarias se valoró negativamente el esfuerzo de difusión a la población general (C. 1), no se modificó el modelo ni los materiales informativos de testamento vital (C. 6) ni se facilitaba información personalizada a la población (C. 7).

Es una de las comunidades que no había hecho pública la composición de la CGE (C. 12) y la accesibilidad se valoró también negativamente (C. 13). Se informó de un caso al principio del periodo de evaluación en que el médico responsable consideró que podrían ser excesivas ciertas comprobaciones realizadas desde la CGE. Se trata de un caso aislado que no se ha repetido y que no indica en absoluto una tendencia, pero justifica la valoración negativa del C. 14.

Se nos informó de que la documentación generada se archivaba en la historia clínica, en una carpeta protegida a la que no tiene acceso el personal de enfermería (C. 3) y existía un protocolo de manejo de la objeción de conciencia, pero no contenía un compromiso de plazo máximo para su suplencia (C. 4).

El esfuerzo de formación continuada al personal sanitario (C. 11) fue insuficiente.

○ **CANTABRIA**



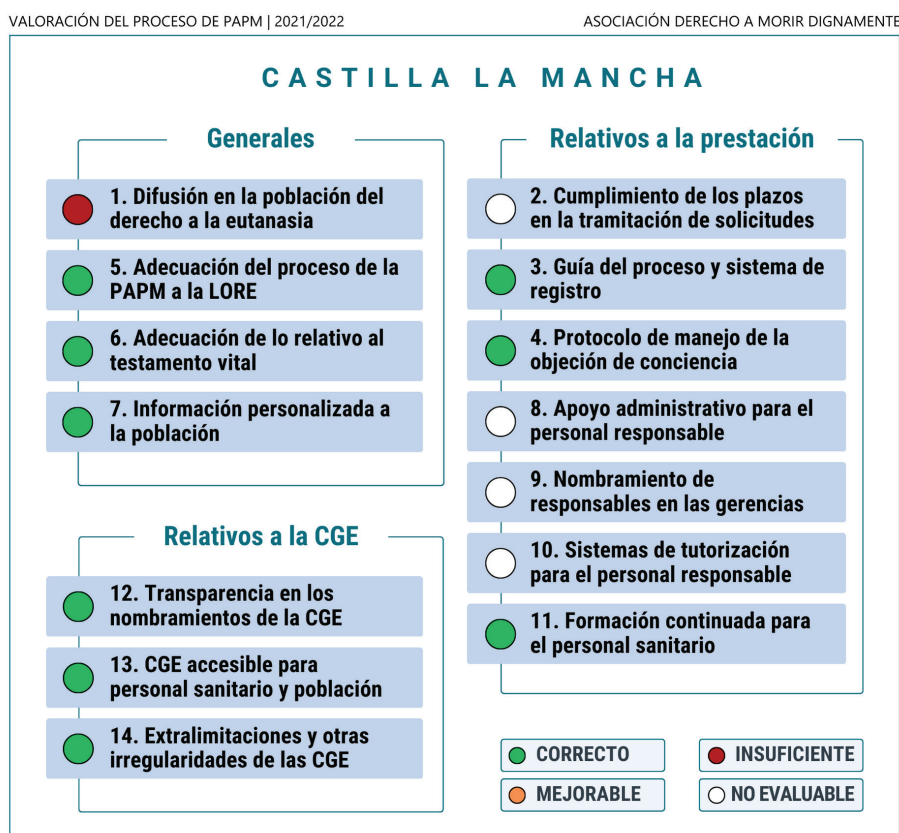
Cantabria inició pronto sus procesos de formación continuada (C. 11), sus desarrollos normativos y sus instrumentos de gestión.

No se produjeron demoras relevantes (C. 2) (se informó de un posible caso de obstrucción en los primeros meses que se resolvió adecuadamente y no se ha repetido).

La administración sanitaria insistió desde el principio en que los objetores debían inscribirse previamente y la objeción sobrevenida se consideraría excepcional y debería justificarse (C.4). Se habilitaron mecanismos de tutorización y de apoyo a todo el proceso (C. 10).

Las personas informantes no se han pronunciado sobre el esfuerzo de difusión (C. 1). La documentación generada se archiva directamente en la historia clínica, lo que justifica nuestra valoración negativa en el C. 3.

○ **CASTILLA LA MANCHA**



La información obtenida en Castilla la Mancha no permitió evaluar cuatro de los criterios (2, 8 9 y 10), lo que dificulta la comparación de resultados con el resto de comunidades.

El esfuerzo de difusión se consideró insuficiente (C. 1).

El resto de aspectos, con las limitaciones mencionadas, fueron valorados como adecuados.

○ **CASTILLA Y LEÓN**

VALORACIÓN DEL PROCESO DE PAM | 2021/2022

ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE



Los criterios “políticos” en Castilla y León fueron de los peor valorados del estudio: Mínimo esfuerzo de difusión (C. 1), en el proceso de solicitud se introdujo la exigencia de un informe de cuidados de enfermería que no se menciona en la LORE (C. 5), no se modificó el modelo de testamento vital (C. 6) y no se ofrecía información personalizada a la población (C. 7).

En cuanto a la CGE, la persona que fue nombrada para la vicepresidencia se había declarado

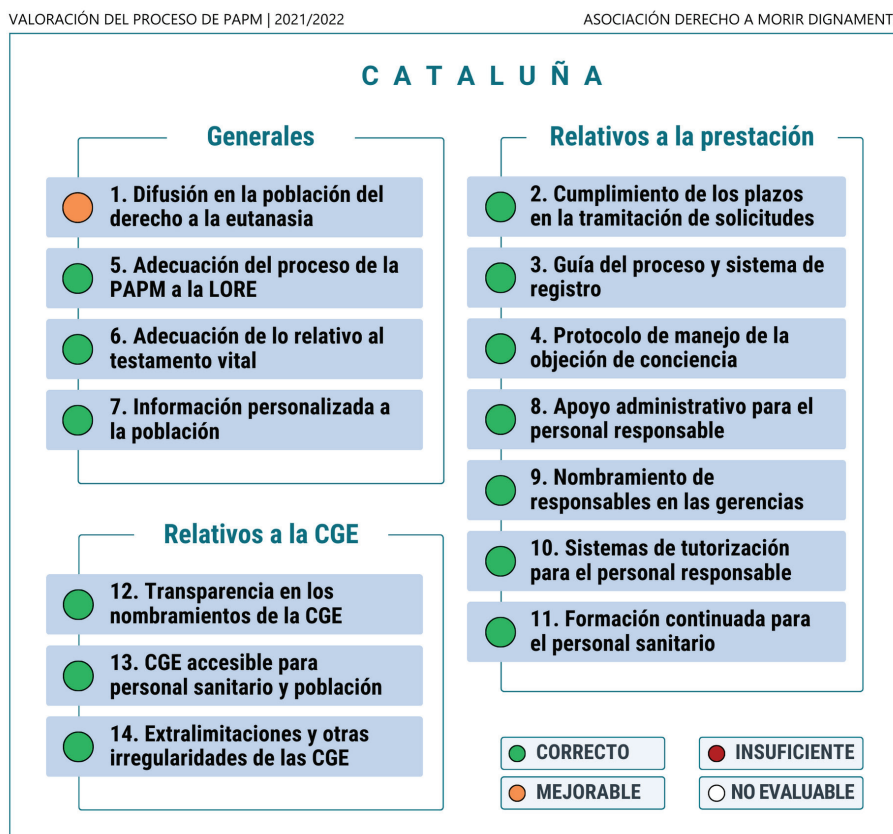
pública y reiteradamente contraria a la eutanasia y firmó e hizo pública su inscripción en el registro de objetores. Al menos otras dos de las personas nombradas no cumplían lo prescrito en la normativa aplicable (C. 12).

La comunicación del personal sanitario con la CGE no era directa sino a través de una oficina administrativa, que ciertamente funcionaba bien (C. 13). Una de las decisiones de la CGE, que denegó la prestación, fue cuestionable y motivó un recurso contencioso cuya sentencia condenó a repetir la evaluación del caso (C. 14)

Se produjeron demoras inaceptables desde el primer momento (C. 2). El sistema de registro cumplía las exigencias de discreción, pero resultaba demasiado farragoso para el personal implicado (C. 3) y durante el periodo de evaluación no se aplicaba un criterio común en el manejo de la objeción de conciencia, aunque se estaba elaborando un protocolo publicado posteriormente, que tampoco garantiza un plazo máximo en la suplencia (C. 4).

En contrapartida se apreciaba un esfuerzo importante de algunas unidades de gestión que compensó en parte estas dificultades.

○ CATALUÑA



Cataluña ha sido un modelo en el desarrollo de la prestación. Empezó sus trabajos de implementación de la PAMP antes incluso de la entrada en vigor de la ley, se dotó de un procedimiento bien diseñado, y bien apoyado, desarrollando incluso una aplicación informática específica como soporte del sistema de registro.

Se dotó también de una CGE muy activa e implementó un buen sistema de formación continuada (C. 11) y de equipos de referentes (C. 10) que consiguieron la implicación de la mayoría de personal sanitario.

El único aspecto que recibió una valoración más pobre fue el esfuerzo de difusión a la población (C.1).

Fue una de las comunidades que facilitó un informe completo de la actividad de la CGE dentro del periodo evaluado. En ese informe mencionan las desigualdades en la velocidad de desarrollo de la PAMP entre las diversas provincias, cuyas posibles causas están analizando desde entonces tanto DMD como la propia CGE, en términos de distribución de población, intereses políticos y administrativos, estructura familiar, renta, personalidad más o menos proactiva de los referentes territoriales.

○ **COMUNIDAD VALENCIANA**

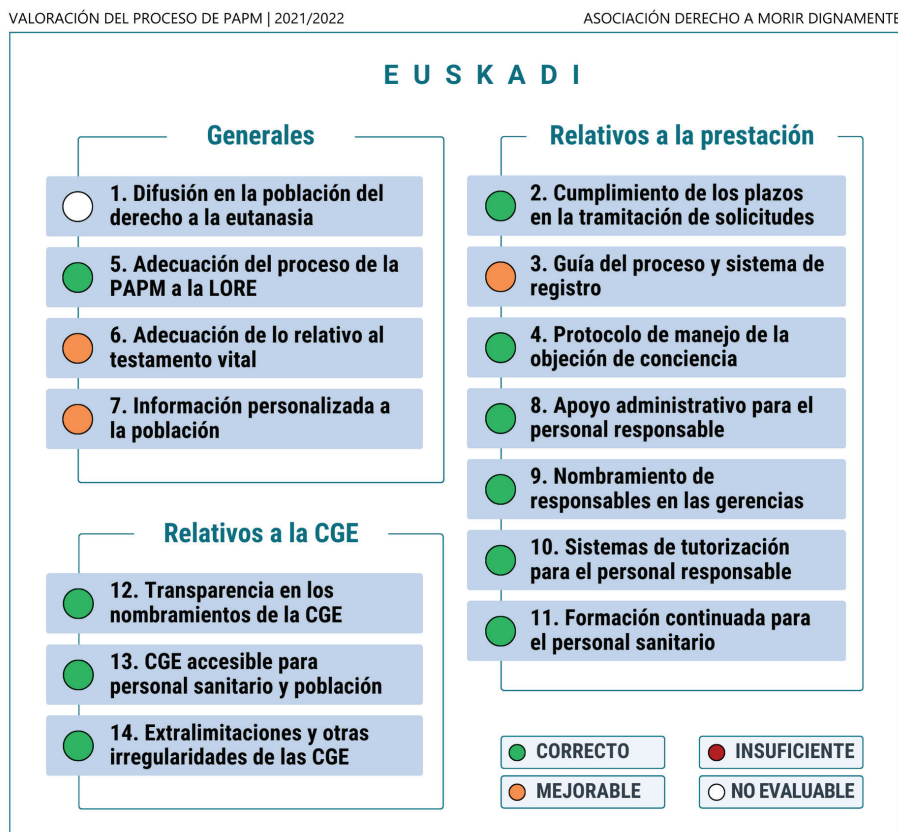


El esfuerzo de difusión a la población se calificó de insuficiente (C. 1), se modificó el modelo de testamento vital pero no la documentación de apoyo (C. 6) y no se disponía de información personalizada para la población (C. 7). Es otra de las comunidades que no hizo público el nombre de las personas integrantes de la CGE (C. 12)

En los primeros meses se produjeron demoras significativas que se corrigieron posteriormente (C. 2). Valoramos negativamente el que la documentación se almacene en la historia clínica durante el proceso de tramitación (C. 3). No existía unidad centralizada de apoyo administrativo (C. 8) ni existía un sistema de referentes (C. 10). La formación continuada no había comenzado al final del periodo de evaluación, pero estaba programada para fechas inmediatas (C. 11). No tuvimos información suficiente para valorar los criterios 4 y 9.



○ **EUSKADI**



Euskadi es otra de las comunidades que fueron más ágiles en sus trabajos preparatorios. No disponemos de valoración sobre el esfuerzo de difusión (C. 1). Se modificó el modelo de testamento vital pero no la información de ayuda correspondiente (C. 6). Tampoco se disponía de información personalizada a la población fuera del sistema sanitario (C. 7).

Se produjo una demora importante en un caso al inicio del proceso, pero resulta poco relevante numéricamente y no se ha vuelto a observar, por lo que la valoración del C. 2 fue positiva.

El sistema de registro y la guía de proceso se consideró satisfactorio en lo relativo a la confidencialidad, pero probablemente demasiado farragoso para el personal sanitario implicado (C. 3)

○ **EXTREMADURA**



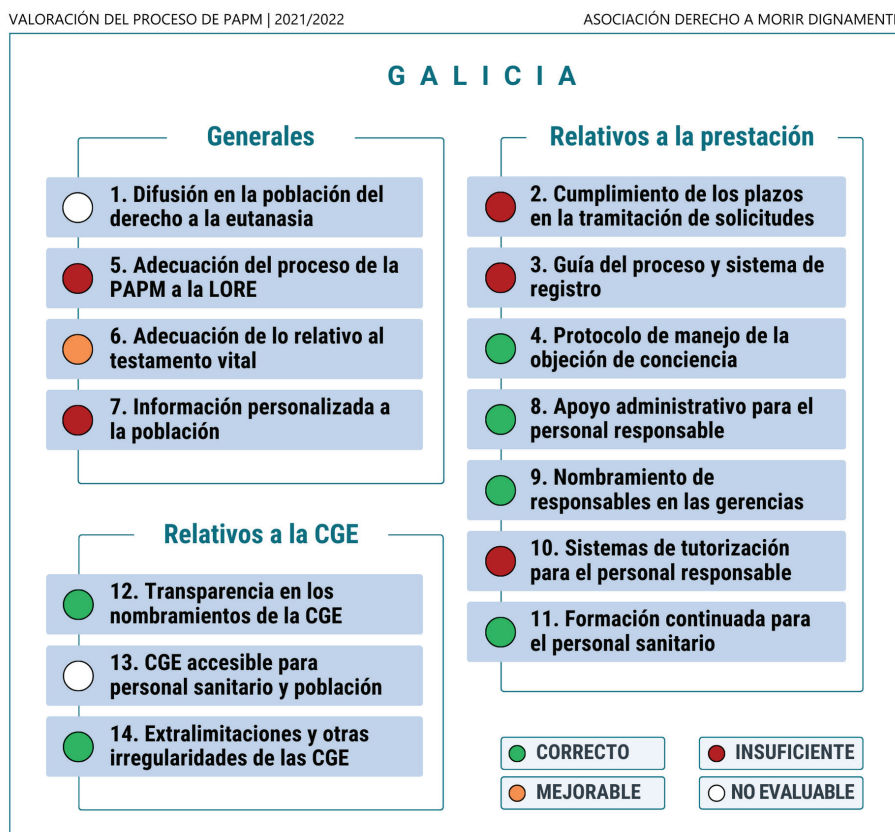
Con una casuística muy limitada. No disponemos de información para valorar el esfuerzo de difusión (C. 1). No se modificó nada de lo relativo al testamento vital (C. 6). Se valoró negativamente que no se hicieran públicos los nombres de las personas integrantes de la comisión (C. 12).

Esta fue una de las comunidades que retrasó varios meses la constitución de su CGE, lo que afectó al menos a una persona que había empezado el proceso (C. 2).

Se valoró negativamente que la documentación generada se archive directamente en la historia clínica (C. 3).

Extremadura ha sido de las pocas comunidades que, durante el periodo evaluado, programó actividades formativas sobre la eutanasia para los médicos residentes en formación (C. 11).

○ GALICIA

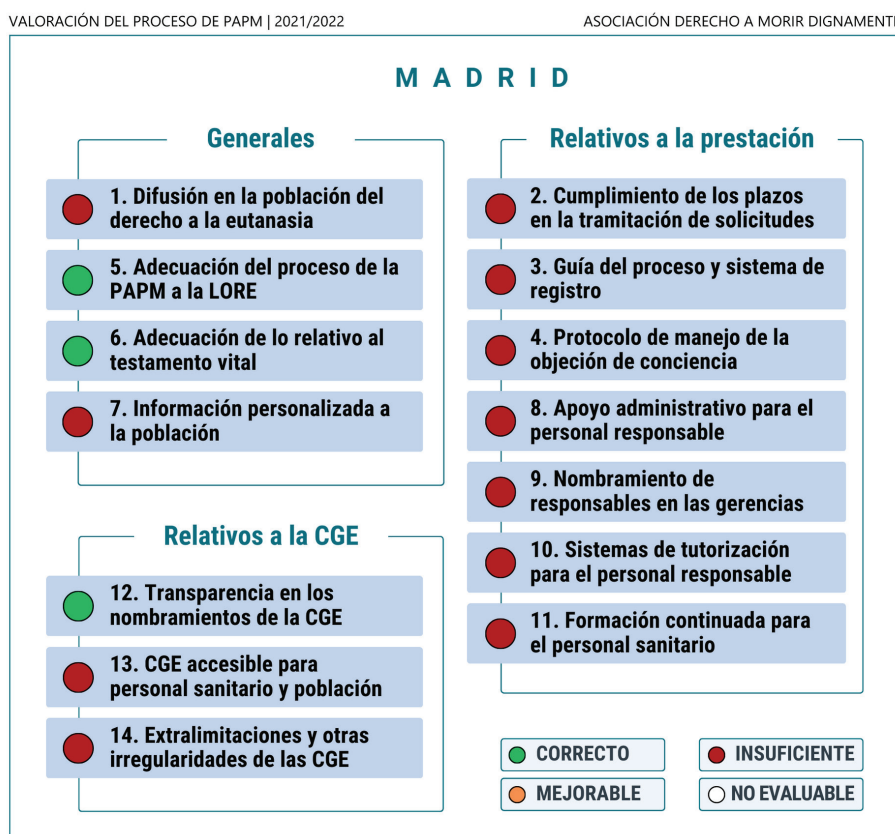


Galicia es otra de las comunidades en que la solicitud no se dirige al médico elegido como responsable sino a la Dirección General competente, que es quien lo designará, tratando de respetar las preferencias de la persona solicitante (C. 5).

Se ha modificado el modelo de testamento vital pero no la información que lo acompaña (C. 6). No se dispone de fuentes institucionales de información personalizada a la población, fuera de los servicios sanitarios (C. 7). No disponemos de información para valorar los criterios 1 y 13.

Hubo al menos dos casos con demoras importantes, lo que se consideró relevante numéricamente (C. 2). Se valoró negativamente que la documentación generada se archivara directamente en la historia clínica (C. 3). No contaba con un sistema de referentes para el personal sanitario (C. 10).

○ **MADRID**

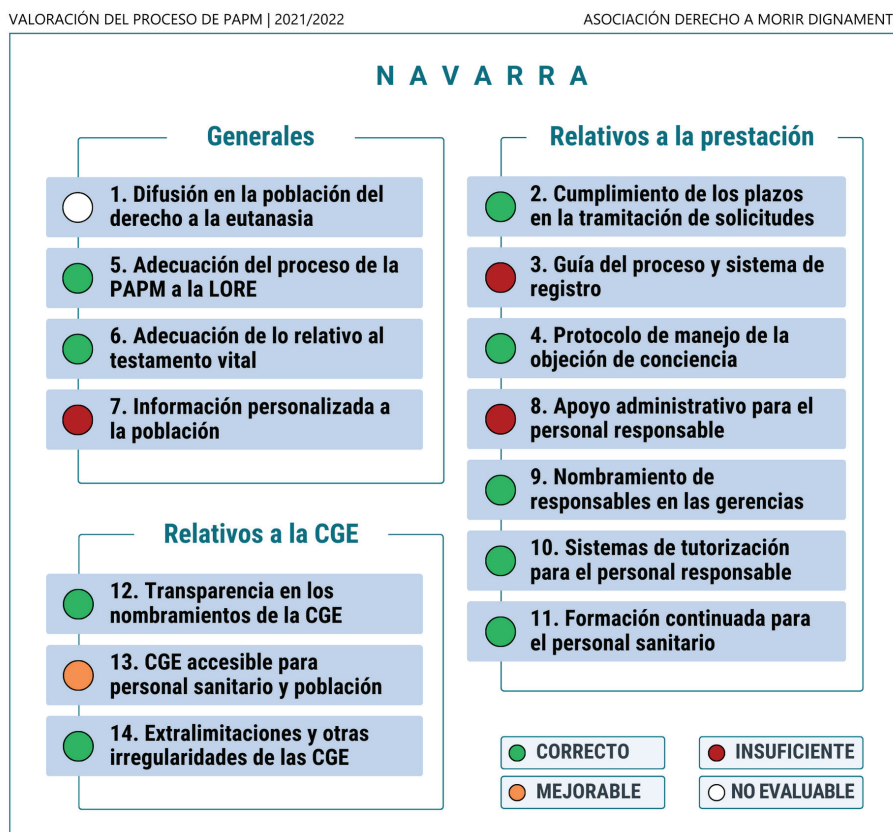


No hubo esfuerzo de difusión a la población (C. 1) y no contaba con información personalizada a la población (C. 7). La población tampoco tenía acceso a la CGE (C. 13). Hemos conocido al menos una actuación de la CGE que se podría considerar extralimitada. Generó una reclamación a la CGE que prosperó (C. 14).

Hubo demoras inaceptables en la tramitación, achacables algunas al retraso en el nombramiento de la CGE, pero sobre todo a dificultades para conseguir médico responsable en casos de objeción, para lo que no existía un protocolo definido (C. 2 y 4).

El sistema de registro era respetuoso con la confidencialidad, pero no parecía sostenible por lo laborioso y por no garantizar la incorporación final a la historia clínica (C. 3). El apoyo administrativo no está bien organizado, no se nombraron responsables en las unidades asistenciales, ni referentes (C. 8, 9 y 10). No hubo formación continuada de sanitarios (C. 11).

○ **NAVARRA**



A pesar de un cierto retraso en el nombramiento de la CGE, la comunidad hizo un esfuerzo de planificación y desarrollo que dio sus frutos.

No disponía de un sistema de información personalizada a la población (C. 7). La población no tenía acceso a la CGE (C. 13).

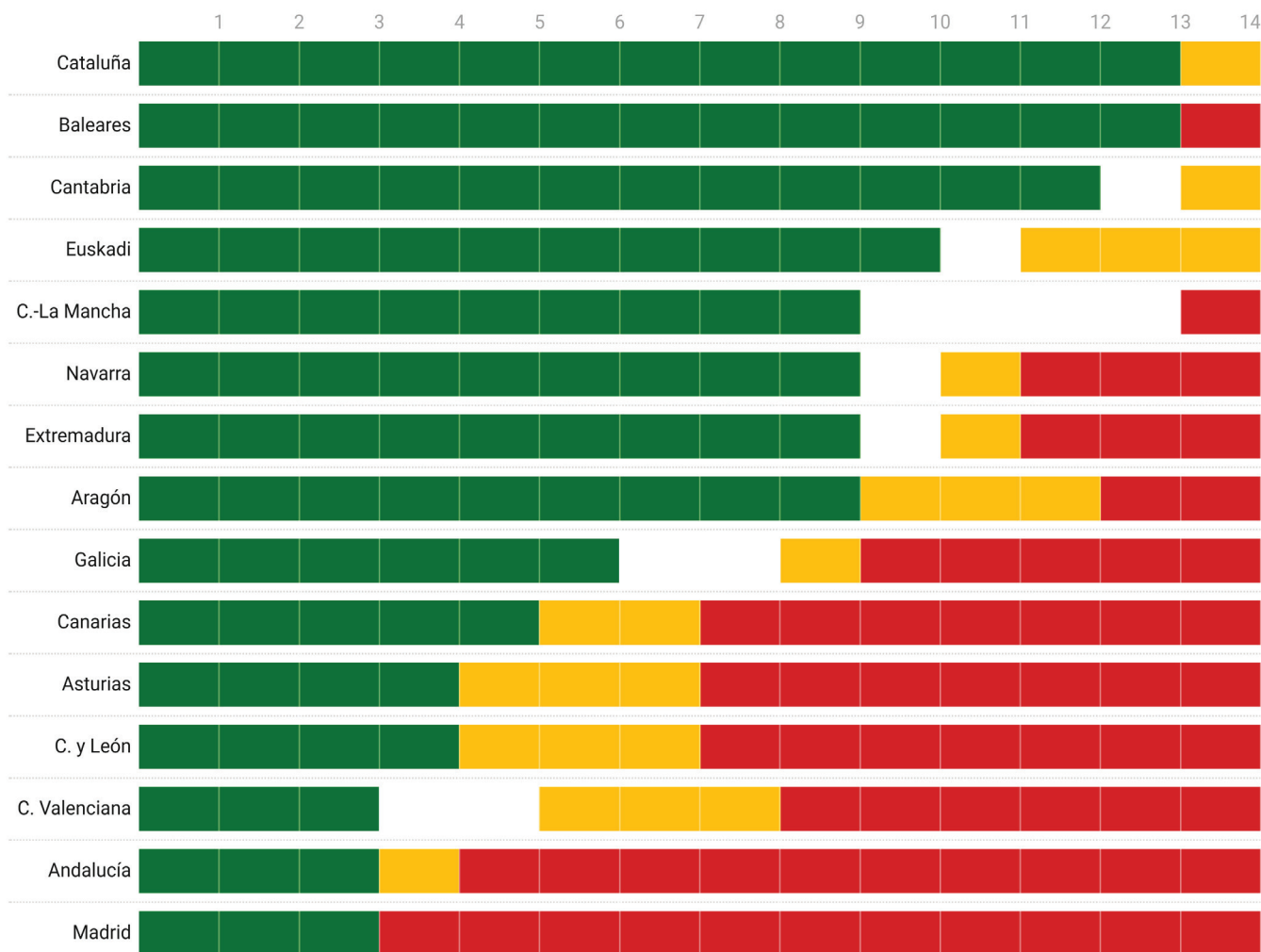
No disponemos de información para valorar el C.1.

Valoramos negativamente que la documentación sobre una petición de eutanasia se almacene directamente en la historia clínica (C. 3).

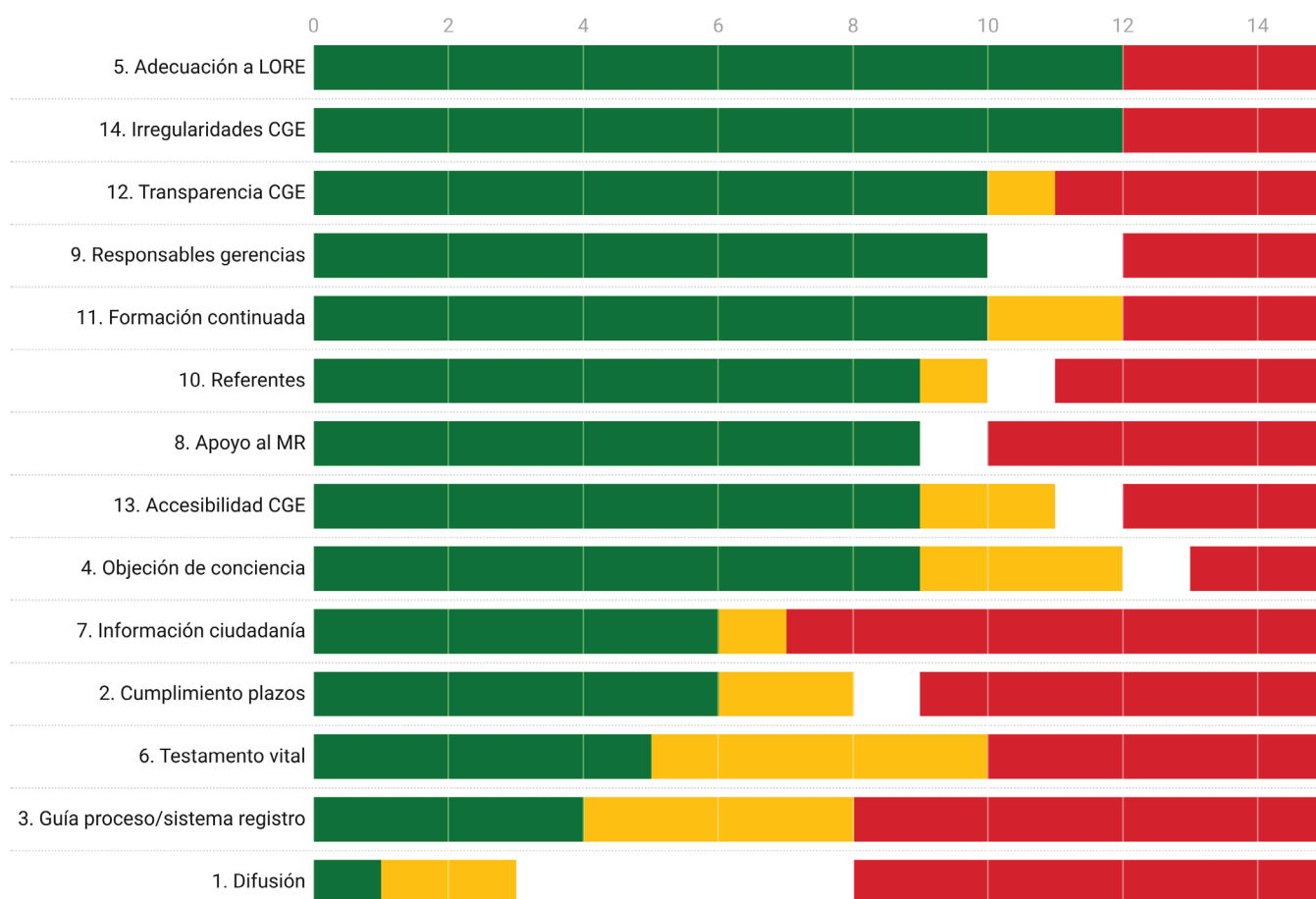
Al final del periodo de evaluación aún no se disponía de un dispositivo centralizado de apoyo administrativo, aunque estaba en desarrollo avanzado (C. 8).

## Comparaciones

Conocidos los datos de cada comunidad, vale la pena compararlos agrupados por cuántos de sus criterios se enmarcan en cada una de las calificaciones definidas.



También nos interesa mostrar un gráfico que representa cuántas comunidades cumplen (o no) cada uno de los criterios.



El criterio peor valorado es la difusión entre la población. El soporte documental para la tramitación del proceso, muy diferente entre unas comunidades y otras, también recibe una valoración mala. No es un aspecto determinante, pero implica una dificultad añadida para el trabajo del personal sanitario y probablemente también para la integración de la información en todo el Estado. Pocas comunidades ofrecen, durante el periodo evaluado, información personalizada a su población. Queda mucho trabajo por hacer alrededor del testamento vital. Además de adaptar los formularios para incluir la eutanasia es necesario adaptar la documentación que lo acompaña.

Desde el extremo positivo, la mayoría de comunidades hizo un buen diseño del proceso de la PAMP. El trabajo de la CGE también es mayoritariamente correcto. Nos parece satisfactorio que la mayoría de comunidades hayan establecido referentes y responsables de gestión para la PAMP, pero es imprescindible que se establezcan en todas.

### 3. PROBLEMAS DETECTADOS EN EL ANÁLISIS DE CASOS

De las decenas de solicitudes conocidas por DMD, hemos seleccionado 12 ejemplos, todos de los primeros doce meses de la norma, que muestran las dificultades más destacadas a la hora de ejercer el derecho a la eutanasia. Todos ellos encajan en el perfil de personas con un “padecimiento grave, crónico e imposibilitante” y la gran mayoría han sufrido demoras importantes.

#### Casos Relevantes (hasta junio 2022)

**Caso 1:** mujer, 69 años, solicitud en julio de 2021. Se suicida dos meses después tras no haber recibido ninguna respuesta. La CGE de su comunidad autónoma se formó en octubre, un mes después de su muerte.

**Caso 2:** varón, 41 años, solicitud en julio 2021. ELA. Cuatro meses entre la 1ª y la 2ª solicitud (porque su médico le retrasaba la cita). Dos meses después obtiene el informe favorable de la dupla de la CGE. Solicita aplazamiento porque afirmó que “pensé que estaría peor y quiero esperar a que mi sobrina termine el colegio”. Se realiza la eutanasia el 4/7/22, con trasplante de órganos.

**Caso 3:** varón, 65 años, solicitud en julio de 2021. EPOC. La pareja evaluadora de la CGE rechaza la solicitud porque la médica consultora (neumóloga) no elaboró su informe en el modelo propuesto en el Manual de Buenas Prácticas, y aunque se deduce de su documento, no especificó si era favorable. La dupla nunca se puso en contacto ni con la persona solicitante ni con los profesionales que le atendían. La persona cursó una nueva solicitud en 2022 que fue aprobada.

**Caso 4:** varón, 58 años, solicitud en agosto de 2021. ELA. Tras cumplimentar los trámites previos, tuvo que esperar varias semanas a que se nombrara la CGE en su comunidad. Eutanasia en su domicilio, asistido por profesionales de su hospital de referencia.

**Caso 5:** mujer, 64 años, solicitud en agosto de 2021. Parkinson. El Médico Consultor hace un informe desfavorable porque “existen alternativas terapéuticas”, pese a que la solicitante rechaza recurrir a ellas. La CGE corrobora el rechazo a la prestación sin hablar con la solicitante.



**Caso 6:** mujer, 64 años, solicitud en octubre de 2021. Esclerosis múltiple avanzada. La dupla de la CGE, sin hablar con el médico responsable, ni con la solicitante, hace informe desfavorable. La solicitante presenta una reclamación al pleno de la CGE, que le da la razón.

**Caso 7:** mujer, 50 años, solicitud en noviembre de 2021. Necesitó más de dos meses para encontrar médico responsable que atendiese su solicitud hasta que la comunidad autónoma se implicó activamente en la búsqueda.

**Caso 8:** mujer, 57 años, solicitud en noviembre de 2021. Esclerosis múltiple. Consulta muy desagradable con una neuróloga como médica consultora, en presencia de dos médicos de paliativos, uno de los cuales se declara objetor de conciencia. Finalmente tiene que aceptar que la eutanasia sea en el hospital en una fecha cerrada (fin de semana), precipitando los planes familiares de despedida.

**Caso 9:** mujer, 71 años, solicitud en noviembre de 2021. El médico responsable envía mal la documentación y la pareja evaluadora rechaza la solicitud. Por cambios de plantilla en el centro inician la tramitación tres veces. Eutanasia 8 meses después de la primera solicitud.

**Caso 10:** mujer, 70 años, solicitud en enero de 2022. ELA. Afiliada a MUFACE atendida por ASISA. No encuentra médico responsable en ASISA, ni en la residencia privada donde vive desde hace 8 años. Por recomendación de MUFACE, cambia al sistema público. Finalmente recibe la eutanasia en su residencia.

**Caso 11:** Mujer de 41 años, solicitud en junio de 2021. Padecimiento grave, crónico e imposibilitante, Denegada por el médico responsable tras valoración incompleta e insuficientemente documentada. Reclamación a la CGE que fue desestimada. Hace una nueva solicitud que recibe el informe favorable del médico responsable. El médico consultor le ofrece sedación paliativa y la persona fallece sin completar la tramitación de su eutanasia, 10 meses después de la primera solicitud.

**Caso 12:** mujer de 69 años, solicitud en junio de 2021. Parálisis cerebral. El médico responsable solicita valoración psiquiátrica complementaria que se produce de forma irregular y demora el proceso. Denegación por el médico responsable, se reclama y la CGE confirma la denegación citando un informe psiquiátrico inexistente. Fuera del periodo evaluado, se presenta recurso contencioso que condena al servicio de salud a repetir la valoración. Se completa el proceso y la paciente fallece por eutanasia, 16 meses después de la solicitud.

## Problemas identificados:

---

### 1. Retraso en la creación de la Comisión de Garantía y Evaluación.

Cinco comunidades publicaron su decreto en el plazo previsto en la Ley (24 junio 2021) y el resto en las semanas siguientes, excepto Extremadura (septiembre), Madrid (octubre) y Andalucía (noviembre). Durante estos meses, las personas que querían adelantar su muerte mediante una eutanasia tenían el derecho a solicitarlo, pero ninguna manera efectiva de ejercerlo. Son los ejemplos 1 y 4.

### 2. Falta de colaboración de entidades privadas.

Varias aseguradoras privadas, como Adeslas, Sanitas y Asisa, han recibido solicitudes de eutanasia a las que no han dado respuesta. EL caso 10 es un ejemplo.

Tanto la Ley de eutanasia, como el Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado suscrito con entidades de asistencia sanitaria para los años 2022, 2023 y 2024, deja claro que estas empresas tiene la obligación de garantizar la eutanasia.

### 3. Dificultades para entregar una solicitud.

Las dificultades para entregar una solicitud se han dado en tres de los 12 casos seleccionados. El caso 1 fue particularmente grave, porque abocó a la persona solicitante al suicidio. No son todos. Hemos conocido otros muchos casos en los que personas en un contexto eutanásico –con deseo de adelantar su muerte y dentro de los requisitos que recoge la LORE– se encontraron con el rechazo del sistema sanitario, incapaz de responder en un plazo razonable. Nos preguntamos cuántas solicitudes se habrán quedado en las consultas, sin constancia para la CGE.

### 4. Retraso en la designación de Médico/a Responsable.

La LORE no garantiza una duración máxima para el proceso de tramitación. Algunas comunidades tienen una normativa para suplir a los objetores, pero sin garantizar plazos. De los ocho casos de ejemplo que han terminado con una eutanasia, excluyendo el aplazamiento, la duración media ha sido de cerca de 6 meses, con un rango entre dos y 16 meses. En los casos 4 y 7, la demora en la designación de MR estuvo asociada con la objeción de conciencia y su manejo.

Un año después de la entrada en vigor la ley, la mayoría de centros asistenciales no disponen de un protocolo de respuesta a una solicitud de eutanasia. En general, no se ha aclarado el carácter excepcional de la objeción, ni su limitación a situaciones de conciencia. No se actúa frente a la objeción de conveniencia, ni se ha regulado la contribución sustitutoria de la persona objetora. Todavía existen centros sanitarios que no garantizan la eutanasia.

## 5. Fallecimiento durante la tramitación.

Esta situación se produjo en 2 de los casos presentados (casos 1 y 11), pero es mucho más frecuente. Nos detenemos en dos situaciones: la tramitación de solicitudes de personas con esperanza de vida muy corta y la prolongación excesiva del proceso de tramitación. En el primer caso, la sedación paliativa puede ser una alternativa, pero el segundo caso es inadmisibles. Quien solicita la eutanasia no solo quiere morir, desea hacerlo de cierta manera y tiene derecho a ello.

## 6. Dificultades en el análisis y la documentación de los casos.

Las primeras solicitudes se presentaron antes de que el personal sanitario hubiese recibido formación específica sobre el proceso deliberativo, que tiene grandes diferencias con el trabajo clínico habitual, ni sobre la complejidad del proceso de tramitación. La rigidez de los plazos ha sido un motivo de presión para el personal sanitario implicado. Citamos como ejemplos los casos 9 y 11.

Algunas comunidades se organizaron para que, desde el inicio, hubiese equipos de profesionales especialmente motivados y formados para actuar como referentes de sus colegas cuando precisaran ayuda o apoyo. Este procedimiento, que ha demostrado una gran eficacia, se fue generalizando progresivamente, pero aún hay comunidades que carecen de él.

Un caso particular ha sido la dificultad de insertar valoraciones clínicas complementarias en el proceso deliberativo: el caso de un médico responsable que requiere asesoramiento clínico de otro colega para la valoración del caso. Aunque se parece a la interconsulta –habitual en el trabajo clínico–, en el caso de la eutanasia es muy diferente ya que no busca reformular el diagnóstico y el plan terapéutico de un paciente sino responder a preguntas clínicas concretas. La mala orientación de este proceso ha producido problemas en el caso 9 y un auténtico caos en el 12.

La PAPM ha resultado ser especialmente sensible a la falta de continuidad asistencial, achacable a la crisis del sistema sanitario. Cuesta creer que, para un proceso asistencial cuya duración no debería exceder de los dos meses, no se pueda garantizar la continuidad del médico responsable en su puesto de trabajo. El caso 7 es un ejemplo de ello, y hemos conocido más

## 7. El rol del médico consultor.

El médico consultor (MC) es un facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente (y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable), que tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, certifica en un informe si la persona solicitante cumple las condiciones establecidas en la LORE. Para ello, tiene que conocer la LORE y el sentido del proceso deliberativo. En algunos casos, el MC no conocía el proceso (caso 3), no comprendía que un tratamiento es alternativo sólo si es aceptado para la persona, que también puede ejercer su derecho a rechazarlo (caso 5), había perdido por completo su rol (caso 8) o tomó decisiones relevantes, como la sedación terminal, sin contar con el médico responsable, es decir, asumiendo para sí el papel de médico responsable (caso 11).

## 8. Problemas en la comunicación entre las CGE y el ámbito sanitario.

En general las CGE han asumido su tarea de asesoramiento al personal sanitario implicado, con soluciones diferentes en cada comunidad: la creación de oficinas de asesoramiento administrativo accesibles al personal sanitario y en contacto con las CGE o la habilitación de una dirección de correo electrónico directa a la secretaría de la comisión, entre otras. En algunos territorios estas medidas han funcionado bien y el personal sanitario se ha sentido respaldado por las CGE. En otras, esa comunicación ha sido deficiente.

La LORE faculta a los miembros de la CGE implicados en la evaluación de un caso para que entren en contacto tanto con la persona solicitante como con el personal sanitario para recabar la información que necesiten para la verificación. No es razonable que se produzca una denegación sin que haya habido diálogo con los intervinientes, como en el caso 6. Cuando se analizan los detalles del caso 12, parece razonable pensar que semejante confusión se habría podido resolver con diálogo y evitado así su judicialización.

## 9. La CGE: ¿verificación o nueva valoración?

La LORE atribuye a las CGE un papel de verificación previa de las solicitudes enviadas por el MR (con informe favorable del MC), a través de dos vocales o "dupla" (jurista más médica). Pero también le encarga al Pleno de la CGE resolver las reclamaciones a la denegación de la prestación por parte del MR, MC o de la propia dupla. En el primer caso debería ser una verificación de tipo administrativo, de apoyo a los profesionales intervinientes, dispuestos a garantizar el ejercicio del derecho a la eutanasia. En el caso de las reclamaciones, la CGE debería poner a la persona solicitante en el centro del proceso y respetar el espíritu de la norma, sin cuestionar la voluntad de la persona, ni su experiencia de sufrimiento constante e intolerable.

Esta tarea debe hacerse con eficacia, con imparcialidad y con firmeza, resolviendo las situaciones derivadas de la inexperiencia, pero sin confundir la firmeza con la inflexibilidad. Por ejemplo, no se puede imponer un modelo o una retórica para los informes (caso 3), porque no se trata de verificar un formulario determinado, sino de que su contenido responda a las exigencias de la ley. En una situación extrema, en el caso 8, se impuso el día y el lugar de la muerte.

## 10.- Repetición de solicitudes.

En tres de los doce casos que presentamos (casos 3, 9 y 11) ha sido necesario repetir la primera solicitud después de una primera denegación. En uno de ellos cambió el criterio de la CGE en ese segundo intento y en otro llevaba camino de cambiar, pero la persona solicitante falleció antes de completar la valoración. Debería encontrarse otra forma de corregir errores.

## 11.- Aplazamiento de la prestación.

La Ley reconoce el derecho al aplazamiento de la eutanasia, que el Manual de Buenas Prácticas recomienda en un plazo máximo de dos meses. La experiencia (como en el caso 2) ha demostrado que este plazo es insuficiente y que tiene sentido admitir aplazamientos mucho más largos. Mientras algunas CGE consideran que las recomendaciones del Manual son de obligado cumplimiento, una CGE ha aprobado que el dictamen favorable tenga una validez de 6 meses, durante los cuales no es necesario comunicar un aplazamiento.

## 4. APORTACIONES A LA REVISIÓN DEL MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS (MBP) EN EUTANASIA

El MBP en eutanasia del Consejo Interterritorial del SNS expresa (pág. 4) el compromiso de actualizar su texto anualmente. Ese plazo se ha excedido notablemente sin que se haya publicado la primera actualización. Creemos que es importante respetar esa periodicidad.

La experiencia de estos primeros meses nos anima a formular sugerencias para su revisión. Las propuestas de DMD para el MBP, que hemos remitido a las administraciones pertinentes, son las siguientes:

### Propuestas de DMD para el MBP:

Las propuestas de DMD para el MBP, que hemos remitido a las administraciones pertinentes, son las siguientes:

#### 1) Evitar los retrasos en la elección de Médico/a Responsable (MR), relacionados con la objeción de conciencia.

El MBP debería ser más explícito y contundente en los siguientes aspectos:

**Tramitación de la 1ª solicitud:** La persona solicitante presentará su 1ª solicitud de PAPM (p.11) –según establezca la normativa de su comunidad autónoma–, **al médico/a que ella elija, a la administración sanitaria o a ambos**. De acuerdo con la LORE, todas las unidades prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud tienen la obligación de facilitar un médico responsable o médico consultor cuando reciben una solicitud de prestación de ayuda para morir.

El profesional sanitario que sea objetor de conciencia y reciba una solicitud de ayuda para morir deberá informar a la persona solicitante sobre el ejercicio de su derecho a la objeción y estará **obligado a rubricar** dicha solicitud y trasladarla a su inmediato superior.

Si la persona solicitante presenta la solicitud a otra profesional sanitaria, ésta deberá rubricarla y **trasladarla al MR o a su inmediato superior**. El MR deberá incorporar la 1ª solicitud a la historia clínica del paciente.

**Respuesta a la objeción de conciencia:** Las comunidades dispondrán, para cada centro sanitario y socio-sanitario público y privado, de un **protocolo de respuesta** a una solicitud de eutanasia (P.12) que garantice que el derecho a la objeción de conciencia no provoque un menoscabo o un retraso indebido en el ejercicio del derecho a la PAPM. Si el médico/a se declara objetor de conciencia, el paciente será atendido por el médico/a responsable que le indique la administración sanitaria, según lo establecido por las comunidades autónomas.

Las comunidades están obligadas a habilitar estrategias para la designación de **MR alternativo en**

**los casos de objeción** (P. 26) sin que ello suponga demora en la tramitación de la prestación, molestias o menoscabo de derechos para la persona solicitante ni perturbaciones inasumibles para la plantilla. Por ello y salvo casos excepcionales deberán facilitar responsable alternativo dentro de la misma unidad asistencial y en un plazo inferior a 4 días.

Las CCAA dispondrán de un **protocolo de respuesta** a una solicitud de eutanasia para cada centro sanitario y socio-sanitario público y privado que garantice que la persona solicitante conoce su derecho a reclamar a la Comisión de Garantía y Evaluación (P. 13) y el procedimiento para ejercerlo.

## 2) Suprimir la recomendación del MBP de que el/la médico/a consultor/a (MC) no haya tenido relación asistencial previa:

Para garantizar su independencia respecto al MR, la LORE establece que el MC no debe pertenecer al mismo equipo del MR. La existencia de una relación asistencial previa entre la persona solicitante y el MC no compromete su independencia, sino todo lo contrario, garantiza un mayor conocimiento de su situación clínica y de su contexto. Además, la recomendación de que no exista una relación previa en algunos casos ha provocado dificultades para encontrar un MC que no conozca previamente a la solicitante. Por esas razones, esta recomendación debe de ser suprimida.

## 3) Promover en todas las CCAA un sistema de referentes:

Varias comunidades han creado equipos multidisciplinares de referentes que han demostrado ser un excelente instrumento para la implementación de la LORE. Creemos que el manual debería recomendar que las administraciones garanticen la existencia de **equipos referentes**, entendidos como equipos multidisciplinares con especial formación en eutanasia, con funciones de asesoramiento al personal sanitario interviniente, apoyo técnico, emocional y logístico.

## 4) La verificación previa debe ser de tipo administrativa cuando la realiza la dupla y garantista del derecho a la eutanasia cuando dictamina el pleno en la resolución de recursos.

La LORE concibe la CGE como un órgano de verificación con perfil administrativo que garantiza antes y después de la prestación que se han cumplido las exigencias de la ley. Sin embargo, algunas CGE se han posicionado como un tercer evaluador, papel que la ley no les atribuye. El MBP debe aclarar este aspecto en el siguiente sentido:

**La verificación de la pareja evaluadora (dupla)** (P.16) **es un acto administrativo**, congruente con los informes favorables del MR y MC. Si alguno de sus miembros entiende que se debe completar la documentación o ampliar la información aportada, deberán solicitarla al MR y/o MC, así como a la persona solicitante, con quienes podrán entrevistarse si lo consideran necesario. Sin embargo, la verificación no permite sustituir el criterio del MR y del MC por el criterio de la dupla, salvo que la decisión del MR y del MC esté determinada por un error en el examen de los requisitos o por conclusiones contrarias a la racionalidad, absurdas o fuera de las más elementales reglas de la

lógica, circunstancia que la dupla tendrá que motivar debidamente.

**El pleno de la CGE resolverá las reclamaciones (P.17) de acuerdo con el objeto de la LORE:** garantizar el derecho a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas. Como órgano experto de referencia, justificará en su dictamen las decisiones que contradigan el informe desfavorable del MR, MC o de la dupla, y en su caso, ordenará la designación de nuevo MR cuando así se requiera.

## 5) El aplazamiento de la eutanasia no tiene límite de tiempo.

La LORE recoge el derecho a solicitar el aplazamiento de la prestación sin establecer un plazo. Sin embargo, el MBP recomienda **limitarlo** a un plazo máximo de 2 meses (p. 24) **sin ninguna justificación**, sin precisar qué requisitos exigidos podrían no cumplirse transcurridos dos meses.

Si la Administración rechaza el aplazamiento debe **motivar su decisión** porque es una limitación de un derecho subjetivo y porque es un acto de suspensión de la eficacia de una resolución administrativa. En ambos casos, la Ley de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) exige que la decisión sea motivada. **No se ha motivado porque no existe ninguna razón.** Por otra parte, es de sentido común que la Administración no puede recomendar a los ciudadanos que cumplen los requisitos de la LORE morir, pero morir cuanto antes, con la amenaza de perder ese derecho. Por ello, **limitar el aplazamiento es arbitrario y no tiene ninguna justificación.**

## 5. SOLICITUD DE INFORMACIÓN A LAS COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN (CGE) DE CADA CCAA

La información facilitada por las CGE autonómicas ha sido escasa y heterogénea. Muchas comunidades no han satisfecho la exigencia de la LORE de publicar un informe anual sobre el desarrollo de la ley en su territorio. A menudo, la lectura de los que se han hecho públicos suscita más preguntas de las que responde.

La transparencia en los datos que permita a la ciudadanía conocer la evolución de las cuestiones públicas es una exigencia en una democracia moderna. En el caso que nos ocupa concurren circunstancias que dan a la transparencia una importancia especial:

- El desarrollo de la LORE es un proceso novedoso, de un especial impacto social y que introduce mecanismos, como la verificación previa por parte de las CGE, sobre los que no existe experiencia en otros países.
- Nuestras primeras observaciones nos hacen sospechar notables desigualdades entre territorios sobre las que ningún organismo público parece y que amenazan con traducirse en desigualdades de acceso a una prestación sanitaria.
- Observamos fenómenos que sugieren posibles desajustes en el diseño del proceso de tramitación de las solicitudes de eutanasia. Por ejemplo, el elevado número de fallecimientos durante la tramitación o la cantidad de solicitudes que las CGE no llegan a valorar sin especificar los motivos.
- La casuística que hemos mostrado pone de manifiesto irregularidades, como plazos dilatadísimos para los trámites, repetición de solicitudes y otras fuentes de sufrimiento añadido para quienes han solicitado adelantar su muerte que no vemos reflejadas en los informes oficiales.

Es imprescindible contar con información suficiente para describir y monitorizar estas circunstancias. Esta debe permitir, por ejemplo, conocer el número y características de las solicitudes aprobadas por los médicos implicados pero denegadas por las CGE, el número de pacientes que fallecen durante su solicitud, el momento y la causa del fallecimiento, los motivos por los que tantas solicitudes que no llegan a ser evaluadas por las CGE, por qué se repiten solicitudes, las causas que llevan al desistimiento de una solicitud en curso y en qué momento se produce.

Tras la publicación del Informe anual de la eutanasia 2021, del Ministerio de Sanidad, DMD ha solicitado a las CGE de todas las comunidades el informe de evaluación anual de la eutanasia que menciona la LORE. Es, además, nuestra propuesta para un conjunto mínimo de datos que estos organismos deberían publicar en sus informes anuales. Incluye una colección de datos cuantitativos y 25 preguntas para caracterizar los problemas surgidos en la implantación de la LORE y proponer soluciones.



### **Detallamos el contenido de esa solicitud:**

1) Datos. 2) Ciudadanía. 3) Profesionales. 4) Gestión. PAPM: prestación de ayuda para morir. MR: médico/a responsable. MC: médico/a consultor/a. CGE: Comisión de Garantía y Evaluación. Dupla: pareja de vocal médica y jurista nombrada por la presidencia de la CGE para la verificación previa. AP: Atención primaria. AH: atención hospitalaria.

## **1. Datos sobre la tramitación de la eutanasia:**

Plazos (en días):

- 1ª - 2ª solicitud.
- 2ª solicitud - Informe Médico Consultor.
- Comunicación del MR a la presidencia de la CGE –Dictamen dupla CGE.
- 1ª solicitud- Dictamen favorable de la dupla de la CGE.
- Dictamen favorable de la dupla – eutanasia.
- Reclamación a la CGE – Dictamen del Pleno de la CGE.
- 1ª solicitud- Dictamen del Pleno de la CGE.
- Dictamen de la CGE – eutanasia.
- 1ª solicitud- eutanasia
- 1ª solicitud- fallecimiento durante la tramitación

Número de informes y recursos:

- 1ª solicitud.
- Favorables y desfavorables del MR.
- Reclamaciones a la CGE por informes desfavorables del MR.
- Informes favorables y desfavorables del MC.
- Reclamaciones presentadas por informe desfavorable del MC.
- Informes favorables y desfavorables de la dupla.
- Reclamaciones a la CGE por informes desfavorables de la dupla.
- Informes favorables y desfavorables a Reclamaciones a la CGE.
- Prestaciones realizadas y aprobadas pendientes de realizar.
- En trámite a 31/12
- Recursos contencioso-administrativos.
- Desistimiento: tras 1ª, 2ª solicitud y tras informe de MC.
- Revocaciones tras dictamen favorable de CGE.

Otros datos:

- Sexo.
- Edad.
- Enfermedad grave e incurable. Padecimiento grave, crónico e imposibilitante. Ambos.
- Enfermedades o padecimientos predominantes.
- Fallecimientos durante la tramitación: tras 1ª, 2ª solicitud, consulta MC, dictamen dupla CGE o resolución favorable de un recurso al Pleno de la CGE.
- Solicitudes realizadas con anterioridad en el testamento vital (art. 5.2)
- Lugar de la eutanasia. Procedimiento (intravenoso a auto administrado).
- Especialidad MR y MC. Ámbito de trabajo: AP, AH, socio-sanitaria, otros.
- Medio rural o urbano

## 2. Ciudadanía: Información y asesoramiento.

Difusión: información sobre comparecencias públicas, presentaciones en medios de comunicación generalistas, cartelería y otros soportes gráficos utilizados en las sedes de organismos públicos.

¿Cómo informan a la ciudadanía sobre la PAPM?

¿Existe algún recurso complementario al sistema sanitario (web, consultas por correo electrónico y por teléfono) a donde una persona se pueda dirigir para informarse?

¿Puede acceder una persona a la CGE para hacer una consulta? ¿Y a una unidad administrativa específica de eutanasia? ¿Están los datos de contacto en la web?

¿Se han modificado los procedimientos, guías informativas y modelos de instrucciones previas de acuerdo con la LORE?

## 3. Profesionales: Apoyo al personal sanitario: gerencias, CGE, unidad administrativa, referentes, formación.

¿Existen responsables de la PAPM en las gerencias de atención primaria y hospitalarias, o las direcciones médicas, que apoyen durante su tramitación? ¿En todas? ¿Realizan asesoramiento profesional, comunicación entre primaria-hospitalaria y viceversa y búsqueda de MR y MC?

¿Cómo ofrecen asesoramiento y apoyo al personal sanitario implicado en la PAPM (requisitos, trámites, plazos, agenda...)? ¿Tiene acceso el personal sanitario a la CGE para asesorarse? ¿Y a la unidad administrativa de eutanasia? ¿De qué formas?

¿Existen profesionales referentes capaces de asesorar, apoyar y acompañar a otros profesionales que lo soliciten?

¿Existe una oferta formativa diversa, integrada en la práctica, configurable según necesidades,

longitudinal, de calidad, generalizada y acreditada tanto para el personal sanitario en ejercicio como en formación de postgrado?

#### 4. Herramientas de gestión: Guía del proceso y sistema de registro de documentación.

¿Existe una guía de orientación para el profesional sobre la PAPM? ¿Le sirve de ayuda para integrar los trámites en su agenda? ¿Existe un sistema de registro acorde a la LORE para la documentación de cada trámite?

¿Se requieren trámites o documentación que no se exige en la Ley? (Por ejemplo, informe de cuidados de enfermería o de trabajo social).

¿Disponen de un protocolo para todos los centros sanitarios y socio-sanitarios, públicos y privados, con normas claras para el manejo de solicitudes? ¿Cuál es el procedimiento en caso de objeción de conciencia? ¿Existe un compromiso de plazos para la designación de un MR alternativo?

¿Tiene la CGE alguna forma de constatar si existen solicitudes que no son tramitadas? ¿Por qué motivos (ausencia de respuesta, desistimiento, fallecimiento, otros)?

Al cierre de este informe, 10 comunidades habían publicado algún informe oficial. Ni si quiera en eso se ha conseguido homogeneidad, puesto que algunas han informado de los primeros 12 meses de vigencia de la LORE y otras de años naturales. De los nueve territorios que faltaban (incluyendo las dos ciudades autónomas) sólo uno, Extremadura, respondió a nuestra solicitud de información.

## 6. LECTURA CRÍTICA DEL INFORME ANUAL DE 2021 DEL MINISTERIO DE SANIDAD

En febrero de 2023, el Ministerio de Sanidad publicó su informe sobre los primeros 6 meses de aplicación de la ley de eutanasia. El documento carece de la profundidad necesaria para identificar los problemas que hemos conocido y para distinguir oportunidades de mejora.

La LORE establece las funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE), entre la que se incluye la de elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley en su ámbito territorial concreto. Dicho informe deberá remitirse al Ministerio de Sanidad. Los datos conjuntos de Comunidades y Ciudades Autónomas serán hechos públicos y presentados anualmente por el Ministerio de Sanidad.

En cumplimiento de esas disposiciones, sólo cuatro CGE han publicado sus datos. El resto, facilitaron una escueta información a los medios de comunicación. En febrero de 2023, el Ministerio de Sanidad publicó su primer informe anual en referencia al periodo entre la entrada en vigor de la ley y diciembre de 2021.

De la valoración que DMD hace de dicho informe destacamos los siguientes aspectos:

1. Entre la finalización del periodo de evaluación y la publicación del informe han transcurrido 13 meses. Entre tanto, las CGE disponían de datos de los primeros 12 de vigencia de la LORE. Además de la inexplicable demora, nos parece cuestionable la opción de que la primera evaluación "anual" analice datos de un periodo de 6 meses (solo tres en algunas comunidades, como reconoce el propio documento).
2. En el apartado 1, "Resumen", se realiza una descripción genérica de hechos y circunstancias ya conocidos, que aporta poco a los fines del informe.
3. En el apartado 2, "Introducción y estado de situación del estatuto jurídico sanitario de la PAPM", se menciona que las comunidades han tenido que desarrollar un marco legal y normativo consistente en Órdenes, Decretos y Resoluciones relativas a la Comisión de Garantía y Evaluación y al Registro de Profesionales Sanitarios Objetores de Conciencia. En la descripción de dicho marco legal se aprecia una incoherente falta de uniformidad entre las distintas comunidades autónomas y una mezcla de normas con distinto rango jurídico: leyes, decretos, órdenes, resoluciones y procedimientos dirigidos a los ciudadanos sin valor jurídico. Se echa en falta un análisis de las estrategias desarrolladas para la implementación de la eutanasia en la distintas CCAA.
4. El apartado 3, "Documentos que garantizan la equidad y la calidad de la PAPM" se limita a mencionar el Manual de buenas prácticas y el Protocolo de actuación para la valoración de la de incapacidad de hecho, aprobados por el Consejo Interterritorial del SNS.

5. El apartado 4, "Marco colaborativo y de trabajo entre el Ministerio de sanidad, las CCAA y Ciudades con Estatuto de Autonomía y las Presidencias de las Comisiones de Garantía y Evaluación" menciona la celebración de dos reuniones. Creemos que este informe no es el sitio adecuado para esto.
6. En el apartado 5, "Ciudadanía con interés informativo en la LORE", se informa de que el ciudadano dispone de acceso gratuito a la página oficial del Ministerio de Sanidad y que pueden dirigirse a la administración pública de manera presencial telefónica y plantear dudas, consultas o quejas. Una información que nos parece irrelevante.
7. En el apartado 6, "Plan formativo para el desarrollo de la LORE en las CCAA", se menciona una nota de prensa del Ministerio de Sanidad y la transcripción de la disposición adicional séptima de la LORE, que se refiere a la formación. No se describen ni comparan las actuaciones concretas realizadas en la materia durante el año 2021.
8. En el apartado 7, "Informe Anual año 2021 sobre la aplicación de la PAPM: Naturaleza, proceso de elaboración, cómo se presentan los datos", se menciona que tuvo que elaborarse un Sistema de Información consensuado entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades tras la aprobación de la LORE, detallándose los principios vertebradores y los objetivos del sistema de información, un requisito en toda tarea administrativa actual. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad no detalla lo más importante: la información, los datos y su estructuración (homogénea) que comprende ese Sistema de Información.
9. En el apartado 8, "Datos remitidos por las CCAA y Ciudades con Estatuto de Autonomía", se aporta una elaboración de datos, no siempre rigurosa ni bien explicada y con una presentación gráfica deficiente, sobre número de solicitudes, prestaciones realizadas, patologías causantes, perfil de los médicos que han intervenido, edad de los pacientes, reclamaciones a la CGE, datos del lugar donde se ha realizado la PAPM, fallecimiento durante la tramitación y su cronología, intervalos entre fases del procedimiento y casos con donaciones. Los datos son adecuados para obtener una visión parcial de lo ocurrido en 2021, pero se echa en falta un análisis de casos problemáticos y las soluciones aportadas con las consiguientes propuestas de mejora.
10. Por último, en el apartado 9, "Plan estratégico de seguimiento e informes anuales y grupos de trabajo con las presidencias de las Comisiones de Garantía y Evaluación 2022-2025", se establecen las distintas fases para la elaboración de los futuros informes anuales. Solo en una fase figura el plazo para su realización. En el resto se limita a describir brevemente la tarea a realizar, sin fijar fecha límite o plazo temporal para su realización.

En resumen, el Informe del Ministerio de Sanidad es decepcionante: ofrece información demasiado tarde, en ocasiones irrelevante, plagada de generalidades y poco útil para mejorar la gestión realizada. Además, no aborda los numerosos problemas identificados durante el primer año de aplicación de la LORE, cuya mejora debería ser la prioridad de las distintas administraciones públicas implicadas.

Si el motivo de este informe anual es preparar y hacer pública la información recibida de las comunidades dentro de su territorio y presentarlo en un documento único cuya finalidad no es sólo la equidad y garantía de la calidad asistencial de la PAPM, sino también un conocimiento real de su implementación en el conjunto del Estado, con el Informe anual del año 2021 presentado no se consigue por las carencias mencionadas y la falta de homogeneidad de los datos aportados.

## 6. GLOSARIO

AH: atención hospitalaria

AP: Atención primaria

CGE: Comisión de Garantía y Evaluación

Dupla: pareja de vocal médica y jurista nombrada por la presidencia de la CGE para la verificación previa.

LORE: Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia

MR: médico/a responsable.

MC: médico/a consultor/a.

PAPM: prestación de ayuda para morir.



**ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE**

Tfno: 91 369 17 46

[informacion@derechoamorir.org](mailto:informacion@derechoamorir.org)

[derechoamorir.org](http://derechoamorir.org)



**PRIMER INFORME  
SOBRE LA  
EVOLUCIÓN DE LA  
EUTANASIA EN  
ESPAÑA**

DE LA ASOCIACIÓN DERECHO  
A MORIR DIGNAMENTE

DESDE JUNIO 2021 A JUNIO 2022