

VALORACIÓN DEL "INFORME ANUAL PRESTACIÓN DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR EN EUSKADI-2022" REALIZADO POR LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DE EUSKADI

EUSKADIKO BERME ETA EBALUAZIO BATZORDEAK, 2022AN HILTZEKO LAGUNTZA EMATEARI BURUZ, EGINDAKO URTEKO TXOSTENAREN DMD-DHE-REN BALORAZIOA

1. INTRODUCCIÓN

Se presenta a continuación una valoración de los datos recogidos en el informe anual de la Comisión de Garantía y Evaluación de Euskadi sobre la aplicación de la Ley de Eutanasia en Euskadi desde su entrada en vigor hasta el 31 de diciembre de 2022, de fecha 31 de enero de 2023. En ocasiones se hace mención también al informe de fecha 20 de junio de 2022, no publicado, pero que se hizo llegar a nuestra Asociación.

La valoración se hace sobre los datos del informe, y en base a la experiencia de nuestra Asociación con las personas que se nos han acercado para presentarnos sus dificultades. También expone aquella información que hemos echado en falta y nos hubiera gustado encontrar en el informe.

Vaya por delante nuestro reconocimiento a las personas que componen la Comisión, y al resto de profesionales que han participado en los procesos porque, aunque queda mucho camino por recorrer, gracias a su trabajo Euskadi es una de las Comunidades Autónomas mejor valoradas en la aplicación de la LORE en el conjunto del Estado.

2. VALORACIÓN DE LAS SOLICITUDES

2.1 Número de solicitudes.

El número total de solicitudes presentadas, 128 en 18 meses, representa una tasa anual de 3,7 por 1000 fallecimientos en la CAE (3,7‰). Las realizadas (39) representan el 1,1 por mil anual.

En comparación con los países de nuestro entorno cultural en que está regulada la ayuda médica para morir, parece una cifra baja. Si bien es cierto que estamos al principio del desarrollo de un nuevo

1. SARRERA

Euskadiko Berme eta Ebaluazio Batzordeak 2023ko urtarrilaren 31ra arte Eutanasia Legea Euskadin aplikatzeari buruz egindako urteko txostenean jasotako datuen balorazioa aurkezten da ondoren. 2022ko ekainaren 20ko txostena ere aipatzen da hainbatetan, argitaratu gabe egon arren, baina gure Elkarteari helarazi baitzitzaion.

Balorazioa txostenean jasotako datuetan oinarritzen da, baita zailtasunak izanda gure elkartera hurbildu zaizkigun pertsonen esperientzia oinarri hartuta ere. Txostenean aurkitu ez baina agertzea gustatuko litzaigukeen informazioa ere aipatzen dugu.

Hasi baino lehen, Batzordea osatzen duten pertsonen eta prozesuetan parte hartu duten gainerako profesionalen gure esker ona adierazi nahi diegu; izan ere, nahiz eta bide asko dagoen egiteko, horien guztien lanari esker Euskadi Estatu osoan LORE aplikatzean ondoen baloratutako autonomia-erkidegoetako bat da.

2. ESKABIDEEN BALORAZIOA

2.1 Eskabide kopurua.

Aurkeztutako eskabideen kopuru osoa, 128koa da, 18 hilabetetan, EAEn 1000 biztanleko 3,7ko urteko tasa da (‰ 3,7). Egindakoak (39), berriz, milako 1,1 dira urtean.

Hiltzeko laguntza medikoa araututa dagoen gure kultura-ingurune herrialdeekin alderatuta, zifra txikia dirudi. Egia da eskubide berri baten garapenaren hasieran gaudela, lege berri baten

derecho, amparado por una nueva ley, también es cierto que no ha habido ninguna acción del Gobierno Vasco dirigida a dar a conocer este nuevo derecho a la ciudadanía, más allá de lo publicado en la página web, tal como venimos reclamando desde DMD-DHE, y como esta misma ley, en su articulado, exige a la administración, en su disposición adicional séptima:

“Las administraciones sanitarias competentes habilitarán los mecanismos oportunos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general, así como para promover entre la misma la realización del documento de instrucciones previas.”

Así también, la CGE de Cataluña, en su informe de julio de 2022 recoge entre sus recomendaciones:

“También es necesario un trabajo de pedagogía social para dar a conocer las previsiones de la Ley y el derecho de los ciudadanos a aplicarla. Es importante que se incluya este nuevo derecho en la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la atención sanitaria, así como en toda la otra información que puedan dar los diferentes servicios de atención al usuario. El papel de los medios de comunicación (con total respeto a la intimidad de las personas) ha sido y será muy importante, y hay que continuar en la misma línea de normalizar esta prestación.”

2.2 Diferencias territoriales.

Nos preocupa la equidad territorial, ya que se observan diferencias apreciables entre territorios históricos, destacando la baja tasa de peticiones de Bizkaia en 2022, cuya cifra casi duplica Araba. Aunque son cifras pequeñas para establecer comparaciones, también la tasa de peticiones en las distintas OSI muestra diferencias, con cuatro OSI sin ninguna solicitud, tres de ellas de Gipuzkoa. Sería bueno saber qué es lo que puede estar produciendo estas diferencias: ¿hay deficiencias en la formación de profesionales?, ¿los equipos de

babesean, baina egia da, halaber, Eusko Jaurlaritzak ez duela inolako ekintzarik egin herritarrei eskubide berri hori ezagutzera emateko, DMD-DHEtik eskatzen ari garen ildotik, webgunean argitaratutakoaz gain. Gainera, legeak berak administrazioari eskatzen diona ez zaio kasurik egin, zazpigarren xedapen gehigarrian, honako hau eskatzen baitu:

“Osasun-administrazio eskudunek behar diren mekanismoak jarriko dituzte abian lege hau ahalik eta gehien zabaltzeko profesional sanitarioen eta, oro har, herritarren artean, bai eta aurretiazko jarraibideen agiria egitea sustatzeko ere haien artean.”

Hala, Kataluniako Gobernu Kontseiluak 2022ko uztaileko txostenean gomendio hauek jasotzen ditu:

“Beharrezkoa da pedagogia sozialeko lan bat egitea, Legearen edukiak eta herritarrek legea aplikatzeko duten eskubidea ezagutzera emateko. Garrantzitsua da eskubide berri hori jasotzea herritarrek osasun-arretari dagokionez dituzten eskubide eta betebeharren gutunean, baita erabiltzaileei begirako arreta-zerbitzuek ematen duten gainerako informazioan ere. Komunikabideen eginkizuna (pertsonek intimitatea erabat errespetatuz) oso garrantzitsua izan da eta izango da, eta prestazio hori normalizatzeko ildo berean jarraitu beharra dago.”

2.2 Lurraldeen arteko aldeak.

Ekitateak kezkatzen gaitu, lurraldeen artekoa barne; izan ere, lurralde historikoen artean alde nabarmenak daude, eta Bizkaian 2022an egindako eskaeren tasa baxua nabarmentzekoa da, Arabak ia bikoiztu egiten baitu. Alderaketak egiteko kopuru txikiak diren arren, OSIetako eskaera-tasan ere aldeak daude, esaterako lau OSItan, horietako hiru Gipuzkoakoak, inolako eskaerarik ez da gertatu. Ondo legoke ezberdintasun horiek zerk sortzen duen jakitea: Ba al dago hutsik profesionalen prestakuntzan? Erreferente-taldeak ez al dira

referentes puede que no sean suficientemente conocidos?, ¿puede que el apoyo que ofrecen en las respectivas OSI sea desigual?, ¿la ciudadanía es informada de manera diferente?, ¿puede haber diferencias socioculturales?. Echamos de menos una reflexión sobre estos aspectos que puedan orientar líneas de acción para disminuir las posibles inequidades.

2.3 Inicio del proceso de forma delegada.

Nos parece positivo el número de solicitudes iniciadas de forma delegada, por parte de los representantes de pacientes que no se encuentran en situación de capacidad, y que previamente a esta situación han otorgado un documento de voluntades anticipadas, 9 casos (15%).

Sin embargo, en los informes no se ofrece información sobre la evolución de estas solicitudes, lo que sería deseable, dado su particular interés.

2.4 Solicitudes no recibidas por la CGE.

El 54% del total de solicitudes no llegan a la Comisión, 69 en total. El informe ofrece muy poca información sobre estas solicitudes, que son la mayoría, y la que ofrece suscita muchos interrogantes. Así, sabemos que 48 de estas 69 personas fallecieron, el 70%. Podemos suponer, aunque el informe no lo dice, que estas personas que habrían decidido solicitar ayuda médica para morir estaban en una situación de gran precariedad física, no ya de final de vida sino de últimos días en muchos casos. Este hecho apunta en el sentido de que estos pacientes tal vez no dispusieran de la suficiente información sobre sus derechos en el final de la vida, y puede que tampoco sobre su enfermedad y su pronóstico, durante la evolución previa de su patología, antes de llegar a la situación tan extrema de deterioro que les ha conducido al fallecimiento, sin tener el tiempo suficiente para llevar a cabo el proceso por ellos iniciado y que pudiera culminar con la prestación solicitada.

behar bezain ezagunak? OSletan eskaintzen duten laguntza desberdina izan liteke? Herritarrak beste era batera informatzen dira? Desberdintasun soziokulturalak egon daitezke? Alde horiei buruzko gogoeta falta dela uste dugu, egon daitezkeen ekitate-arazoak murrizteko ekintza-ildoak orientatzen lagun dezaketelako.

2.3 Prozesua modu delegatuan hastea.

Positiboa iruditzen zaigu ezintasun-egoeran dauden pazienteen ordezkariak beren kabuz hasitako eskabideen kopurua. Izan ere, egoera horren aurretik aurretiazko borondateen dokumentua egina zuten. 9 kasu (%15) izan dira.

Hala ere, txostenean ez da ematen eskaera horien bilakaerari buruzko informaziorik, eta hori eskertzekoa litzateke, interes berezia baitu.

2.4 BEBak jaso ez dituen eskaerak.

Eskaera guztien %54 ez dira Batzordera iritsi, 69 guztira. Txostenak oso informazio gutxi ematen du gehiengoa diren eskaera horiei buruz, eta eskaintzen dituen azalpenak galdera asko sortzen ditu. Horrela, badakigu 69 pertsona horietatik 48 hil zirela, %70a. Pentsa dezakegu, nahiz eta txostenak ez esan, hiltzeko laguntza medikoa eskatzea erabaki zuten pertsona horiek prekariedade fisiko handiko egoeran zeudela, ez bizitzaren amaieran, baizik eta azken egunetan, kasu askotan. Horren arabera, baliteke paziente horiek bizitzaren amaieran dituzten eskubideei buruzko informazio nahikorik ez izatea, eta, beharbada, beren gaixotasunari eta pronostikoari buruzko informaziorik ere ez izatea, patologiaren aurretiazko bilakaeran, heriotzara eramane dituen narriadura-egoera larrira iritsi aurretik, eta horren ondorioz haiek hasitako prozesua burutzeko denbora nahikorik ez dute izan eta eskatutako prestazioaren amaierara ez dira heldu.

Sin embargo, si bien el tiempo medio desde la apertura del episodio hasta el fallecimiento fue efectivamente corto en el año 2021, 17,5 días, en el año 2022, este tiempo medio, para las 39 personas solicitantes que fallecieron, fue de 49,6 días, ya no tan corto, superando incluso el tiempo de una tramitación completa en los tiempos máximos indicados en la LORE.

Estos datos podrían sugerir retrasos excesivos en las fases previas a la notificación a la CGE: ¿objeción de conciencia, dificultades de asignación de MR o MC, desconocimiento de los procedimientos...?.

En los informes no se menciona que se haya aplicado la posibilidad prevista en la ley de acortar plazos ante un empeoramiento del estado del paciente.

En este apartado también sorprende el elevado número de casos en la categoría “*Desistimiento por el/la paciente / Detención del proceso*”, cuyo significado no se explica. ¿Son desistimientos reales o se consideran como tales las solicitudes rechazadas y no reclamadas, que evidentemente no significan que el/la paciente desista, sino que admite el rechazo o no encuentra fuerzas para iniciar un proceso de reclamación? ¿Está detrás de estos desistimientos que al paciente se le ofrece sedación paliativa como alternativa a la eutanasia? En ocasiones puede suponer una buena praxis, si la persona está en una situación terminal, pero también puede suponer contravenir el derecho de la persona a la eutanasia. Desconocemos si los pacientes han encontrado algún tipo de dificultad para seguir adelante o les ha podido faltar la información o el apoyo que hubieran podido necesitar.

Se echa en falta en este apartado un análisis crítico de los problemas detectados, de cuántas solicitudes se demoraron en exceso por causas ajenas a la propia persona, de por qué y de propuestas de solución.

Hala ere, gertakaria ireki zenetik hil zen arte batez besteko denbora 2021. urtean laburra izan bazen ere, 17,5 egunekoa hain zuzen, 2022 urtean bestelakoa da egoera. Zeren eta hil ziren 39 eskatzaileentzat batez besteko denbora hori ez zen laburra izan, 49,6 egunekoa izan baitzen, LOREn adierazitako gehieneko denboretan izapide guztiak egiteko denbora gaindituta.

Datu horiek gehiegizko atzerapenak adieraz ditzakete BEBri jakinarazi aurreko faseetan. Kontzientzia-eragozpenak? Mediku arduradunak edo kontsultoreak esleitzeko zailtasunak? prozedurak ez ezagutzea?...

Txostenetan ez da aipatzen legeak epeak laburtzeko aurreikusten duen aukera aplikatu den ala ez pazientearen egoerak okerrera egin ondoren.

Atal honetan ere harrigarria da “*Pazientearen atzera-egitea/ Prozesuaren etendura*” kategoriako kasu kopuru handia. Horien esanahia ez da azaltzen. Atzera-egite errealak al dira edo halakotzat hartzen al dira atzera botatako eta erreklamatu gabeko eskaerak? Bigarren kasuan horrek, jakina, ez du esan nahi gaixoak atzera egiten duenik, baizik eta atzera egitea onartzen du edo ez du indarririk aurkitzen erreklamazio-prozesu bat hasteko? Eutanasiaren alternatiba gisa pazienteari sedazio aringarria eskaintzen zaion atzera-jotze horien atzean al dago? Batzuetan praxi ona izan daiteke, pertsona egoera terminalean badago, baina pertsonak eutanasiarako duen eskubidea ere urratu dezake. Ez dakigu pazienteek aurrera jarraitzeko zailtasunen bat aurkitu duten, edo behar izan duten informazioa edo laguntza falta izan zaien.

Atal honetan, hauteman diren arazoaren azterketa kritikoa falta da. Txostenean zehaztu beharko litzateke norberarenak ez diren arrazoiengatik gehiegi luzatu diren eskaerak zenbat izan diren, zergatik gertatu diren eta horren aurrean ebazpen-proposamenak gehitu.

La CGE debiera tener la información de todas las solicitudes realizadas, porque es la única manera de verificar que el proceso se ha llevado adecuadamente y, en caso contrario, proponer las medidas necesarias para corregirlo.

2.5 Solicitudes que llegan a la Comisión.

2.5.1 Solicitudes rechazadas.

Las solicitudes rechazadas han sido 8 en todo el periodo, el 13,5 % de las recibidas por la CGyEE. En el primero de los informes se ofrece una información parcial sobre su evolución; en los puntos V4-V5 se informa sobre los casos elevados a pleno, motivos de elevación y decisión del pleno.

Hay que tener en cuenta que este informe está fechado en junio de 2022 y por tanto sólo recoge cinco casos de solicitudes rechazadas hasta esa fecha, a las cuales se sumarán posteriormente otras dos en la segunda mitad del año sobre las que no se ofrece esta información.

Es interesante que, salvo una pendiente, el resto de las solicitudes elevadas a pleno con informe favorable del médico responsable fueron admitidas de forma favorable. Aquellas con informe desfavorable del médico responsable fueron rechazadas.

Pedimos a la Comisión una visión amplia y una interpretación del texto de la ley que vaya siempre en beneficio de la persona que solicita la ayuda para morir. Conocemos algún caso en el que disintimos profundamente de la valoración de la Comisión, y aunque recomendamos a la persona solicitante que recurriera la resolución, que es la única vía legal para expresar este desacuerdo, la persona no tenía las fuerzas suficientes que se requieren para meterse en recursos judiciales.

Nos hubiera parecido relevante incluir en el informe alguna información sobre la evolución de estas personas a las que les fue denegada la

BEBk egindako eskaera guzti-guztien informazioa izan beharko luke, prozesua behar bezala egin dela egiaztatzeko modu bakarra baita, eta horrela ez bada izan proposatu prozesua zuzentzeko neurriak.

2.5 Batzordeari iristen zaizkion eskaerak.

2.5.1 Atzera botatako eskaerak.

Atzera botatako eskaerak 8 izan dira epe osoan, BEBk jasotako % 13,5a. Lehenengo txostenean, haren bilakaerari buruzko informazio partziala ematen da; V4-V5 puntuetan azaltzen dira osoko bilkurara eramandako kasuak, goratzeko arrazoiak eta osoko bilkuraren erabakia.

Kontuan izan behar da txosten horrek 2022ko ekainean duela data, eta, beraz, egun horretara arte atzera botatako bost eskaera bakarrik jasotzen dituela; ondoren, urteko bigarren erdian, beste bi kasu gehituko zaizkie, eta horiei buruz ez da informazio hori ematen.

Interesgarria da jakitea, pendiente dagoen kasu baten salbuespenarekin, mediku arduradunaren aldeko txostenarekin osoko bilkurara bidali ziren eskaerak onartu zirela Batzordean. Mediku arduradunaren kontrako txostena zutenak, berriz, baztertu egin ziren.

Batzordeari eskatzen diogu ikuspegi zabala izan dezan eta legearen testuaren interpretazioa egitean hiltzeko laguntza eskatzen duen pertsonaren alde egin dezan. Ezagutzen dugu Batzordearen balorazioaz erabat ados ez geunden kasuren bat, eta eskatzaileari ebazpenaren aurkako helegitea jartzea gomendatzen diogun arren –desadostasun hori adierazteko legeko bide bakarra baita–, pertsonak ez zituen baliabide judizialeetan sartzeko behar diren indar nahikoak.

Garrantzitsua iruditu zitzaigun txostenean informazio batzuk gehitzea prestazioa ukatu zitzaizen pertsona horien bilakaerari buruz,

prestación, pero que sin duda estaban en una situación de sufrimiento, y cuáles fueron las vías de acción seguidas para abordarlo y darles los cuidados y atenciones médicas que seguramente han necesitado. Además de explicar los motivos de denegación, nos parecería interesante como “*feed-back*” para la CGE realizar un seguimiento periódico de dichos casos a modo de evaluación prospectiva: ¿han mejorado su situación?, ¿han continuado expresando su sufrimiento?, ¿y el deseo de morir?, ¿han acabado voluntariamente con su vida?, ¿han fallecido de forma natural?, ¿cuánto tiempo ha transcurrido?, etc.

2.5.2 Cumplimiento de plazos.

El análisis de los tiempos que se ofrece en el informe no permite apreciar si el proceso se realiza respetando los tiempos indicados en la LORE. Se da el tiempo desde la firma de la solicitud hasta el fallecimiento de la persona. No se separan tiempos que dependen de la persona (tiempo entre primera y segunda solicitud, aplazamiento después de la aceptación de la CGE), de los que son responsabilidad de MR y MC. El tiempo de resolución de la CGE es de media 10 días con desviación estándar de 5,6 días. Indica que ha habido casos que han superado el plazo máximo de 11 días. Se echa en falta un análisis de los problemas encontrados.

2.5.3 Objeción de conciencia.

La información sobre objeción de conciencia recogida en el informe no permite valorar la repercusión que este hecho ha tenido en el proceso, si la objeción ha dificultado o impedido el derecho a la prestación de las personas solicitantes. Se echa en falta un análisis de los problemas que plantearon esas objeciones desde el punto de vista del/la paciente y de su solución, por ejemplo, si MR o MC fueron determinados por la Coordinación del Centro afectado o por la OSI correspondiente.

sufrimendu-egoeran zeudenak zalantzarik gabe, baita zein jardunbide jarraitu diren pertsona horiengana heltzeko eta ziurrenik behar izan dituzten zaintza eta arreta medikoak emateko. Ukatzeko arrazoiak azaltzeaz gain, interesgarria iruditzen zaigu “*feed-back*” gisa BEBrentzat kasu horien aldizkako jarraipena egitea, ebaluazio prospektibo gisa: hobetu da haien egoera? Pairatzen duten sufrimendua adierazten jarraitu dute? Hiltzeko gogoia dute? Borondatez amaitu dute beren bizitza? Modu naturalean hil dira? Zenbat denbora igaro da? etab.

2.5.2 Epeak betetzea.

Txostenean ematen diren denboren azterketak ez du uzten ikusten prozesua LOREn adierazitako denborak errespetatuz egiten den. Eskaera sinatzen denetik pertsona hiltzen den arte ematen da denbora. Ez dira bereizten pertsonaren mende dauden denborak (lehenengo eta bigarren eskaeren arteko denbora, CGEren onarpenaren osteko atzerapena), eta medikuen arduraren direnetik. BEBren ebazpen-denbora batez beste 10 egunekoa da, eta 5,6 eguneko desbideratze estandarra du. 11 eguneko gehienezko epea gainditu duten kasuak izan direla azaltzen da. Aurkitutako arazoen azterketa falta da.

2.5.3 Kontzientzia-eragozpena.

Txostenean jasotako kontzientzia-eragozpenari buruzko informazioak ez du ahalbidetzen egitate horrek prozesuan izan duen eragina baloratzea, baldin eta eragozpenak eskatzaileei prestazioa jasotzeko eskubidea zaildu edo eragotzi badu. Eragozpen horiek pazientearen eta haren konponbidearen ikuspegitik planteatu zireen arazoen azterketa falta da; adibidez, ordeko medikuak eragindako zentroko koordinazioak edo dagokion OSIk izendatu ote zituen.

2.5.4 Cuidados paliativos.

El informe recoge datos sobre los pacientes previamente identificados como susceptibles de recibir cuidados paliativos o en seguimiento por equipos específicos de cuidados paliativos.

Esta información nos parece muy interesante. Sólo el 37,5 % de los pacientes estaban en esta situación de identificación o recibiendo cuidados paliativos. En el 62,5 % de los casos no era así, lo que choca con las situaciones evidenciadas de final de vida a las que antes nos hemos referido. Aunque estos datos se refieren concretamente al año 2022 y a las solicitudes recibidas por la CGyEE, nos parecen significativos en cuanto a que sugieren posibilidades de mejora en la identificación de pacientes en el final de la vida, susceptibles de recibir cuidados paliativos y de ganar así en calidad de vida en ese último tramo.

El apartado que recoge estos datos, el V.19, se titula “*Pacientes identificados o en seguimiento por equipos específicos de cuidados paliativos y tiempo medio del procedimiento en el subtipo de pacientes paliativos*”, pero sin embargo, no ofrece ninguna información sobre este tiempo medio.

2.5.5 Lugar del fallecimiento.

Llama la atención el hecho de que, siendo la Atención Primaria el ámbito donde se produce la mayor parte de las solicitudes, el lugar donde se produce la prestación es mayoritariamente el hospital. Quizá este hecho esté influenciado porque también el mayor porcentaje de donantes de órganos procede de solicitudes de Primaria, pero no se indica expresamente en el informe.

También es llamativo el brusco descenso del porcentaje de prestaciones realizadas en el domicilio, en la segunda mitad de 2022 (del 40% al 12,5%).

2.5.4 Zainketa aringarriak.

Zainketa aringarriak jasotzeko moduan edo zainketa aringarrien talde espezifikoen jarraipenean dauden pazienteen datuak jasotzen dira txostenean.

Informazio hau oso interesgarria iruditzen zaigu. Pazienteen % 37,5 bakarrik zeuden identifikazio-egoera horretan edo zainketa aringarriak jasotzen. Kasuen % 62,5etan ez zen hala, eta horrek talka egiten du lehen aipatu ditugun bizi-amaierako egoera nabarmenekin. Datu horiek 2022. urteari eta BEBk jasotako eskaerei buruzkoak diren arren, adierazgarria iruditzen zaigu bizitzaren amaieran pazienteen identifikazioa hobetzeko aukerak iradokitzen dituztelako, zainketa aringarriak jasotzeko eta, hala, azken tarte horretan bizi-kalitatea irabazteko aukera baitute.

Datu horiek jasotzen dituen atalean, v.19an, “*Zaintza aringarrien talde espezifikoetan identifikatu diren edo jarraipenean dauden pazienteak, eta prozedurako batez besteko denbora paziente aringarrien azpi-motan*” dago, baina ez du batez besteko denbora horri buruzko informaziorik ematen.

2.5.5 Heriotzaren lekua.

Atentzioa ematen du eskaera gehienak Lehen Mailako Atentzioan egiten diren arren, prestazioa ematen den tokia nagusiki ospitalea dela. Baliteke horrek eragina izatea, organo-emaeleen ehuneko handiena ere Lehen Mailako eskaeretatik baitator, baina txostenean ez da berariaz aipatzen.

Deigarria da, halaber, etxean egindako prestazioen ehunekoa bat-batean jaitea, 2022ko bigarren erdian (%40tik %12,5era).

3. CONCLUSIONES

El periodo evaluado es corto, y el número de peticiones y eutanasias realizadas pequeño, por lo que pensamos que hay que tener prudencia antes de hacer generalizaciones en su interpretación.

Sin embargo, a modo de conclusión y añadido a los detalles comentados en los apartados anteriores, creemos conveniente hacer las siguientes recomendaciones:

- En cuanto a la estructura de los informes, echamos de menos un análisis más exhaustivo de los casos rechazados, de los autorizados, de los problemas encontrados en el proceso, en las valoraciones, en las situaciones que se han presentado, y las correspondientes propuestas de solución. En general, una valoración de los datos y del proceso.

También nos parece que podría ser muy útil que toda la información que se ofrezca estuviera desagregada por sexo, grupo de edad y nivel socioeconómico.

- En cuanto a aspectos prácticos del proceso que se pueden extraer de los datos:
 - Insistimos, una vez más, en la necesidad de ofrecer a la ciudadanía información sobre sus derechos al final de la vida, la utilidad de registrar un documento de voluntades anticipadas y las alternativas a las que se ha de enfrentar en esta etapa de la vida. En este sentido, la Comunidad autónoma de Navarra ha desarrollado una campaña publicitaria sobre el documento de voluntades anticipadas que ha tenido un gran éxito ([video de la campaña](#)).
 - Asimismo pensamos que es necesario profundizar en la sensibilización y formación de las y los profesionales, para que puedan tratar con sus pacientes las distintas vías de acción al final de la vida, en el desarrollo de

3. ONDORIOAK

Ebaluatutako epea laburra da, eta egindako eskaeren eta eutanasiaren kopurua txikia. Beraz, uste dugu zuhurtzia behar dela, interpretazioa orokortu aurretik.

Hala ere, ondorio gisa eta aurreko ataletan aipatutako xehetasunei gehituta, komenigarria iruditzen zaigu gomendio hauek egitea:

- Txostenen egiturari dagokionez, baztertu diren kasuen, baimenduen, prozesuan, balorazioetan, aurkeztu diren egoeretan aurkitu diren arazoaren eta horiei dagozkien ebazpen-proposamenen azterketa sakonagoa egitea falta dela uste dugu. Datuen eta prozesuaren balorazio sakonagoa.

Era berean, oso erabilgarria litzateke eskaintzen den informazio guztia sexuaren, adin-taldearen eta maila sozioekonomikoaren arabera bereizita egotea.

- Datuetatik atera daitezkeen prozesuaren alderdi praktikoei dagokienez:
 - Berrero ere azpimarratu nahi dugu hiritarrei bizitzaren amaieran dituzten eskubideei, aurretiazko borondateen dokumentua erregistratzeko erabilgarritasunari eta bizitzaren etapa horretan aurre egiteko alternatibei buruzko informazioa eskaintzeko beharra. Zentzu horretan, Nafarroako Autonomia Erkidegoak aurretiazko borondateen dokumentuari buruzko publikitate-kanpaina bat garatu du, eta arrakasta handia izan du ([kanpainaren bideoa](#)).
 - Era berean, profesionalen sentsibilizazioan eta prestakuntzan sakontzea beharrezkoa dela uste dugu, bizitza amaieran ekintza-bide desberdinak pazienteekin tratatzeko, erabakiak aurrez planifikatzeko prozesuaren

un proceso de planificación anticipada de decisiones. Especial mención nos parece que tienen las y los profesionales de las residencias, para quienes sería necesario, en nuestro criterio, un proceso específico de formación en aspectos relacionados con el final de la vida, incluida la tramitación de la ayuda médica para morir recogida en la LORE.

- Echamos de menos también información sobre el modelo organizativo para responder a las solicitudes, las unidades de referencia, el tiempo de que disponen en sus agendas médico responsable y médico consultor, y el apoyo logístico que tienen. Nos parece que una de las claves para que el procedimiento tenga éxito, es que tanto MR y MC, como el personal de enfermería implicado, puedan disponer del tiempo y de las herramientas necesarias para desarrollar todos los pasos de la tramitación de la prestación.
- Y por último, pensamos que sigue siendo necesaria una “ventanilla” para la ciudadanía. Un lugar a donde poder acudir para recibir información cuando tu médico o médica no parece querer dártela, porque no la conoce, o porque mira para otro lado. Un lugar donde poder reclamar “cuando nadie te hace caso”, y “no sabes por dónde empezar”. En otras Comunidades se han habilitado servicios de información sobre estos temas, con experiencias muy positivas.

Atentamente,

La Junta Directiva de DMD-DHE Euskadi
1 de junio de 2023

garapenean. Aipamen berezia merezi dute zahar-egoitzetako profesionalak. Gure ustez beharrezkoa izango litzateke bizitzaren amaierarekin lotutako alderdietan prestakuntza prozesu espezifiko bat egitea, baita LOREn jasotako hiltzeko laguntza medikoa zentroan tramitatzearena ere.

- Eskariei erantzuteko antolaketa-ereduari buruzko informazioa ere falta dela uste dugu, zeintzuk diren erreferentzia-unitateak, zenbatekoa den mediku arduradunak eta kontsultoreak agendan duten denbora eta zein den duten laguntza logistikoa. Gure ustez, prozedurak arrakasta izateko giltzarrietako bat da medikuek zein erizainek behar duten denbora eta tresnak izatea prestazioa izapidetzeko urrats guztiak zuzen egiteko.
- Eta, azkenik, herritarrentzat “leihatila” bat beharrezkoa dela uste dugu. Informazioa jasotzeko leku bat, dagokizun medikuak eman nahi ez dizunean, ezagutzen ez duelako edo beste alde batera begiratzen duelako. “Inork kasurik egiten ez dizunean” erreklamatzeko lekua edo “nondik hasi ez dakizunean” heldulekua. Beste erkidego batzuetan gai horiei buruzko informazio-zerbitzuak prestatu dira, esperientzia oso positiboekin.

Begirunez,

DMD-DHE Euskadiko Zuzendaritza Batzordea
2023ko ekainaren 1a