

## **Informe de la Comisión Central de Deontología sobre el primer año de implantación de la Ley orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia (LORE)**

### **Introducción**

El 24 de marzo de 2021, las Cortes Generales aprobaron la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia y el 25 de junio entró en vigor. Transcurrido este primer año se impone realizar un primer balance de la misma.

La Ley recoge en el Capítulo V. Artículo 18 e las funciones de la Comisión de Garantía y evaluación:

*“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 órgano competente en materia de salud”.*

El texto legal establece que, la Comisión de Garantía y Evaluación de cada Comunidad Autónoma (CCAA) debe emitir un informe anual que recoja las solicitudes y prestaciones de ayuda para morir que han tenido lugar durante el año natural anterior. Su objetivo no es otro que, ser transparentes y rendir cuentas mediante la información pública a todos los agentes interesados, ciudadanos, profesionales del sistema sanitario e instancias políticas, de cómo se ha desarrollado la prestación de ayuda a morir y, qué ha ocurrido en cada uno de los casos, verificando o no las exigencias de las diferentes solicitudes presentadas.

Este informe anual tiene una importancia extraordinaria en el régimen de garantías públicas relativas a la aplicación de la Ley, porque permite vigilar su cumplimiento, los derechos de ciudadanos y profesionales y que la regulación se aplique con justicia y equidad, sin excesos ni arbitrariedad. Responde a una garantía social y sanitaria de alto valor y primer orden.

A pesar de lo anterior, sorprende que, tras un año de LORE desde su puesta en marcha, solo tres comunidades autónomas cumplan con los requisitos que ellas mismas aprobaron. Una vez más, la Autonomía de cada Comunidad no responde con el respeto obligado a la Ley y a las normas

### **Objetivos**

Los objetivos del presente informe son:

- Conocer la realidad cualitativa y cuantitativa de la información ofrecida por las comunidades autónomas (CCAA).
- Analizar desde una visión ética/deontológica, si cumple con los derechos de los pacientes, procedimientos, garantías y deberes de los profesionales e instituciones sanitarias implicadas, que asegure el ejercicio de este derecho.

### **Fuentes de información**

- Informe anual de la prestación de ayuda médica para morir en Euskadi (Comisión de Garantía y Evaluación, 20 de junio de 2022).

- Informe sobre la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia en Cataluña. Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña, julio 2022.
- Comunidad Autónoma de la Rioja. Ley Orgánica de Regulación de la eutanasia. Comisión de Garantía y Evaluación. Informe anual. Año 2021.
- Un año de la Ley de eutanasia. Diario Médico. Junio de 2022.
- Cifras publicadas en prensa y facilitadas por las diferentes comisiones de garantías y evaluación.

En cuanto a la estructura de estos informes:

- El de la Comunidad Autónoma del País Vasco es meramente cuantitativo y abarca un periodo de 1 año.
- El de la Comunidad Autónoma de Cataluña, añade aspectos cualitativos, amplía la información con valoraciones y recomendaciones cualitativas de interés, porque se acerca a los déficits observados y correcciones necesarias. Además, valora la tarea realizada por los diferentes comités de ética asistencial, resalta el apoyo a los profesionales, recomienda divulgación y formación relativa al respeto de la libertad y autonomía del paciente para decidir en todo lo relativo a su salud, especialmente en lo relativo a la limitación terapéutica. Hace hincapié sobre la importancia de que todos los ciudadanos realicen el documento de voluntades anticipadas.

Propone incluir este nuevo derecho en la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la atención sanitaria, así como en toda la información que puedan dar los diferentes servicios de atención al usuario. Para proteger a los profesionales sanitarios, insta a las instituciones sanitarias a facilitar tiempo, flexibilidad y apoyo en beneficio de un buen ejercicio del derecho de los ciudadanos. Recoge déficits y mejoras cualitativas, especialmente técnicas.

- En ambas CCAA parece que la implicación de los profesionales ha evitado la creación de equipos especializados para la realización de la prestación de ayuda a morir
- En el Informe de la Comunidad Autónoma de la Rioja se incluye un Manual de buenas prácticas, protocolo de actuación para valoración de la situación de incapacidad, funciones de los profesionales sanitarios, fases del procedimiento, realización de la prestación y recomendaciones en relación al derecho fundamental del profesional sanitario a la objeción de conciencia. Abarca un periodo de 6 meses.
- Respecto al resto de las CCAA, en el momento de redactar el presente informe, la respuesta ha sido variable, disponiendo solamente de la información cuantitativa ofrecida en la tabla adjunta (Anexo 1) del Ministerio de Sanidad que, permite observar las diferencias existentes.
- Como complemento a la tabla, se añade el número de habitantes de cada comunidad según el censo oficial, se calcula la tasa de incidencia, de procedimientos realizados, o no y número de objetores por cada 100 mil ciudadanos de cada CCAA. No hemos utilizado el número total de profesionales en general por CCAA como referencia, por la dificultad de su cálculo dado los diferentes tipos de profesionales intervinientes, aunque podría referenciarse respecto al número de médicos y enfermeras globales.

- Sería deseable una uniformidad en cuanto a los datos a recoger que incluirían al menos las siguientes variables:
  - Sociodemográficas: Edad, género del solicitante.
  - Generales: Nº de solicitudes recibidas, autorizadas, denegadas (informe desfavorable del médico responsable/consultor, Comisión de Garantía y Evaluación), especialidad del médico responsable y consultor, fallecidos durante el proceso, Nº de casos elevados a pleno y motivo.
  - Del procedimiento: Enfermedades (neurodegenerativas, oncohematológicas, multimorbilidad, salud mental, respiratorio, insuficiencia cardiovascular); Inicio del proceso (directo por el paciente, delegado a partir de testamento vital); Procedencia según el ámbito asistencial (público, privado, sociosanitario); Lugar de la prestación (domicilio, hospital, residencia sociosanitaria); Modalidad de administración (equipo asistencial, autoadministrada); Incidencias; Donación de órganos y tejidos; Tiempo medio del procedimiento; Fallecidos durante el procedimiento antes de la prestación; Revocación de la prestación; Profesionales objetores; Relación de las prestaciones realizadas con el Nº de habitantes y de médicos.

### **Resumen y conclusiones**

1. Se aprecia que, en general, ha habido una respuesta heterogénea, en función de cada CCAA, con diferencias notables en los grandes apartados de información ofrecida y dificultades para encontrar datos con disparidad de cifras.
2. El acceso a la prestación también ha sido muy desigual entre las CCAA, según la información de la que se dispone.
3. Tras un año desde su puesta en marcha, solo tres Comunidades Autónomas cumplen con los requisitos establecidos respecto a la información y transparencia. Es evidente que, algunas CCAA habían ido preparando sus dispositivos para responder a la LORE con anterioridad a que la misma fuera aprobada y, otras sin embargo han retrasado la creación de los mismos sin respetar los plazos establecidos, a pesar de la aprobación en el Consejo Interterritorial de los mencionados plazos y recomendaciones.
4. Son llamativas las diferencias entre comunidades si la relacionamos con la población y número de colegiados.
5. Se desconocen los tiempos empleados en el proceso y el número de objetores en función de la CCAA.

Madrid, 9 de octubre de 2022