

CONSIDERACIONES Y APORTACIONES DE LA ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE-ASTURIAS AL INFORME ANUAL DE EVALUACIÓN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN EN ASTURIAS DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EMITIDO POR LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS SOBRE EL PERIODO QUE ABARCA DE ENERO DE 2022 A DICIEMBRE DE 2022

La Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) de Asturias ha hecho público recientemente el informe anual de evaluación de la aplicación de la ley de eutanasia correspondiente al año 2022. Nos parece un informe más completo que el realizado tras el primer año de la aplicación de la ley. Tras su lectura valoramos positivamente, en líneas generales, el desarrollo en la cumplimentación de la ley en nuestra Comunidad Autónoma. Destacamos también de forma positiva el apropiado cumplimiento de los plazos a la hora de emitir los informes correspondientes tanto por el MC (médico consultor) como por la CGE. Sin embargo queremos hacer una serie de consideraciones y unas propuestas con el fin de contribuir a la mejora de su desarrollo.

1. **Fallecimientos previos a la prestación de eutanasia** - Del total de 25 personas que han solicitado la ayuda para morir, 11 han fallecido antes de la realización de la prestación (40% del total)

Falta en el informe la aplicación de un criterio que permita evaluar la causa de una situación a todas luces anómala por lo que se aventura como tal que “pueden ser indicativos del insuficiente conocimiento y manejo de las diferentes alternativas para un final de vida en ausencia de sufrimiento innecesario”. Nuestra Asociación, de acuerdo a la experiencia de acompañamiento en alguna de estas situaciones, considera que también **un mejor conocimiento por parte del paciente de su proceso de enfermedad, de su expectativa de vida y de la posibilidad de acceder a la prestación de ayuda para morir podría redundar en la anticipación a la hora de realizar la solicitud.**

Por otro lado, en la ley se dice claramente que **los plazos**, a excepción del relativo a la primera y segunda solicitud, son plazos máximos que siempre **se pueden acortar si la situación clínica lo aconseja** y, como veremos más adelante, han existido anomalías en el cumplimiento de plazos, en especial en el de asignación de MR que creemos deben subsanarse de forma perentoria.

2. Llama la atención la **disparidad en el número de solicitudes correspondientes a las áreas sanitarias**: más de la mitad de las mismas, 14 solicitudes, el 56% del total, se recogen en el Área Sanitaria V (Gijón más Villaviciosa), frente a las áreas sanitarias IV (con cabecera en Oviedo) con cinco solicitudes, el **20% del total, y** III (Avilés y comarca), el 4% del total con bastante similitud poblacional. Disparidades que también se aprecian en otras zonas del territorio: en el Área Sanitaria VII (Cuenca del Caudal) no se ha registrado ninguna solicitud y, por el contrario, en el Área Sanitaria VIII (Cuenca

del Nalón) se han registrado tres solicitudes, un 12% del total. Estimamos que se hace necesario un **análisis en profundidad de tales divergencias** pues uno de los principios rectores de la Sanidad Pública es la equidad y la no discriminación en el acceso a las prestaciones que ofrece.

3. **Tiempo transcurrido entre la primera solicitud y la designación de Médica/o Responsable.** El tiempo medio de designación fue de 16 días, siendo los extremos 1 y 40 días lo que ha implicado que **el límite establecido por la ley para la emisión del primer informe desde la presentación de la solicitud ha sido sobrepasado en 9 ocasiones, un 36% del total.**

La gravedad de esta situación queda patente si tenemos en cuenta que, como señala el informe, cuatro personas de las once que fallecieron antes de la finalización del proceso, lo hicieron antes de la designación de MR y en uno de los casos habiendo pasado 41 días desde que presentara su solicitud.

Consideramos que éste debe ser un **aspecto central de análisis y evaluación**. Son datos que no podemos pasar por alto (**un 40% de personas solicitantes no llegan a culminar con éxito su demanda, y de éstas un 36,3% ni siquiera son atendidas en una primera instancia**).

En el informe se aduce que a pesar de estos retrasos no se vio interferido en la gestión del proceso, creemos sin embargo, que con seguridad **ha interferido en la forma en la que la persona vive la situación, con el agravante de que nadie se ponga en contacto con ella para indicarle en qué situación está su solicitud y transmitirle apoyo.**

4. **Lugar de la prestación** Se comprueba que las personas que solicitan la eutanasia prefieren morir en su domicilio habitual. Valoramos positivamente que en uno de los casos fuera en una residencia de ancianos con la implicación de los propios trabajadores

En el informe se señala que “todas las prestaciones se han realizado desde los servicios públicos de salud del Principado de Asturias”, si bien es poco el tiempo y la casuística analizada **será necesario atender a lo que está ocurriendo en los servicios privados de salud para detectar posibles anomalías.**

5. **Aspectos relativos a la figura de Médico/a Responsable (MR):** Es significativo que la gran mayoría de las solicitudes, sobre las 24 designaciones, 20, tuvieran como MR a un profesional de **Atención Primaria**, ratifica la idea de la longitudinalidad de la atención hasta los últimos días y de la confianza y cercanía que pueden proporcionar estos profesionales, parece lógico pensar que un médico y una enfermera que han atendido a una persona a lo largo de su vida también lo hagan en este final respetando así su decisión y su derecho. Consideramos muy preocupante y de nuevo creemos que debería ser **objeto de análisis y búsqueda de solución, el hecho de que en tres casos fueran dos médicos distintos los que se hicieran responsables del proceso** por distintos motivos, todos ellos controlables con antelación: claudicación o desistimiento en un momento del proceso, coincidencia de un período vacacional y razones organizativas en un caso con donación de órganos.

Aspectos relativos a la figura de Médico/a Consultor/a (MC) Nos parece muy positivo que no se tome en consideración que el MC no deba conocer al paciente como se señala en el Manual de Buenas Prácticas, coincidimos con la argumentación que dicen al respecto.

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

6. **Denegaciones**- No queda claro en el informe, aunque **se infiere en cierta medida, que dos de las denegaciones correspondieran a las dos personas con patologías psiquiátricas**. Dado que son pacientes frecuentemente marginados y mal aceptados tanto por la sociedad como por el sistema sanitario, creemos que **se debe tener un celo especial para evitar caer en la discriminación y negarles un derecho como al resto de la ciudadanía**.
7. **Equipo de Apoyo Técnico** Coincidimos en la necesidad de la **consolidación organizativa** del equipo de acompañamiento a la gestión de casos de la Consejería de Salud, **fijando su composición, funciones y relaciones**.

PROPUESTAS surgidas de la lectura del informe. Además de las recomendaciones planteadas en él, proponemos:

1. **ASPECTOS NUEVOS** que no recoge el informe
 - Consideramos necesario la **creación de un equipo de seguimiento y apoyo**, similar al ya existente para profesionales, **para las personas solicitantes** que se ponga en contacto con la persona que solicita la ayuda a morir desde el momento en que presenta la primera solicitud y que esté disponible si la persona lo necesita.
Asimismo, creemos que podría **habilitarse un teléfono y un correo electrónico de comunicación directa** para responder a las dudas o problemas que pueden surgir a lo largo del proceso
 - El Informe debería incluir un **apartado de evaluación en que aparecieran recogidas datos sobre las dificultades surgidas para las personas solicitantes sobre el proceso**. Si existieran tanto el equipo multidisciplinar de apoyo como los canales de apoyo en la gestión que se solicitan se tendrían datos cuantitativos que servirían para una primera aproximación.
 - Además de los datos aportados por la CGE en este informe creemos que convendría **plantearse hacer un informe de evaluación cualitativa**, mediante las técnicas adecuadas, que recogiera las expectativas previas, las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso, la valoración final y las propuestas de mejora, del grado de satisfacción y propuestas **tanto de personal sanitario como de las personas solicitantes**.
2. **SOBRE TEMAS PUNTUALES** que ya hemos recogido en otros informes

- De cara a solventar los retrasos en la asignación de MR la **creación de un listado de profesionales dispuestos a asumir este acto de ayuda a una persona en el final de su vida.**
- Dado que la mayoría de las eutanasias son realizadas por profesionales de Atención Primaria y teniendo en cuenta que en muchos casos la negativa a aceptar ser MR no es por ser objetores de conciencia sino por la situación laboral, consideramos que **se debe facilitar la adecuación de las agendas de trabajo, e incentivar en la forma que se estime a las personas que asuman el responsabilizarse de una eutanasia** por la carga de trabajo burocrático y emocional que supone y el tiempo que requiere. Creemos que además hay que ir a la raíz del problema que son las precarias condiciones de trabajo en AP.

De igual forma, debe incentivarse la labor del MC y facilitar el desplazarse al domicilio del paciente si la situación lo requiere.

- Respecto a la **objeción** debe insistirse en que **solamente es factible para aquellos profesionales que están directamente implicados en la prestación**, es decir dejar claro a qué se puede objetar y a qué no y debe analizarse y minimizarse al máximo la objeción a mitad de proceso.
- En cuanto a los **plazos** que la ley señala es necesario que todas las personas implicadas conozcan que se trata de tiempos máximos por lo que no pueden sobrepasarse en ningún caso y, por el contrario, sí que **es posible agilizar los trámites.**
- Es preciso que **en las áreas sanitarias los equipos directivos se involucren y tengan elaborado un plan de acción de manera que todo el proceso se engrane de forma adecuada**, evitando demoras y aclarando el rol de cada profesional implicado.
Consideramos que **tras la diversidad en el número de solicitudes presentadas entre las distintas Áreas Sanitarias pueden estar unas diferencias significativas en la forma de abordar esta nueva prestación por parte de las gerencias.**
- Mejorar el apoyo y acompañamiento a las y los profesionales intervinientes en el procedimiento a través de **Profesionales Referentes** en las áreas sanitarias.
- **Realizar Campañas de difusión** de amplio alcance y sostenidas en el tiempo de los derechos sanitarios en el proceso final de vida, para ello sería muy útil que **la Comisión realizara informes periódicos con ruedas de prensa. Especial atención debería ponerse en los espacios de atención a usuarios de los centros de salud y hospitales a la difusión de dichos derechos**, podría servir de ejemplo la campaña realizada con el DIP, haciendo especial hincapié en la posibilidad de solicitar la ayuda a morir en un contexto eutanásico, ya que es un derecho más reciente y de poco conocido aún.

OCTUBRE 2023