

Informe anual sobre la aplicación de la Ley orgánica de regulación de la eutanasia durante el año 2022 en Cataluña

**COMISIÓN DE GARANTÍA
Y EVALUACIÓN DE CATALUÑA
(CGAC)**

MAYO 2023

Dirección:

Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña

Oficina PRAM (Josep Maria Busquets Font; Sandra Barrio Bernat; Marina Cañero Martínez).

Algunos derechos reservados

© 2023, Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 4.0 Internacional.

La licencia se puede consultar en la página web de Creative Commons.

1.ª edición:

Barcelona, mayo de 2023

Asesoramiento lingüístico:

Servicio de Planificación Lingüística del Departamento de Salud

Asesoramiento editorial:

Oficina de Comunicación. Servicios editoriales

Plan editorial 2023:

Núm. de registre 6881

Diseño de plantilla accesible 1.05:

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa

Sumario

1	Resumen ejecutivo	4
2	Justificación y objetivo.....	6
3	Procedimiento de la prestación de ayuda para morir.....	7
4	Distribución de las solicitudes y de las prestaciones de ayuda para morir durante el año 2022	10
5	Características de las personas que han solicitado la prestación de ayuda para morir	11
5.1	Edad y género de las personas solicitantes.....	11
5.2	Procedencia de las solicitudes	13
5.3	Procedencia según el ámbito asistencial	14
6	Capacidad y solicitudes iniciadas por un DVA.....	16
7	Problemas de salud de las personas que solicitaron la PRAM y de las que la recibieron ..	17
8	Características de la prestación de ayuda para morir durante su realización	20
9	Eutanasia y donación de órganos y tejidos.....	21
10	Personas que murieron antes de recibir la prestación de ayuda para morir	22
11	Personas que se consideró que no cumplían los requisitos para recibir la PRAM.....	23
12	Personas que revocaron o aplazaron la PRAM	24
13	Rol de los profesionales implicados	24
	Médicos responsables (MR) y consultores (MC).....	24
14	La Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña de la prestación de ayuda para morir	27
14.1	Metodología de trabajo.....	27
14.2	Actuaciones de la CGAC de acuerdo con las funciones que establece la LORE	27
15	Cumplimiento de los plazos que establece la Ley	29
16	Recomendaciones y posicionamientos de la CGAC.....	30

1 Resumen ejecutivo

En Cataluña, durante el año 2022, 175 personas solicitaron la prestación de ayuda para morir (PRAM) y se realizaron 91 prestaciones siguiendo el procedimiento que establece la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE). En la **tabla 1** se exponen los principales datos referentes a la PRAM a lo largo de los primeros 18 meses de aplicación de la Ley y en la **tabla 2** se presentan los datos referentes a la procedencia por región sanitaria, de las peticiones recibidas y prestaciones realizadas de ayuda para morir durante el año 2022.

En las siguientes páginas se ofrece un resumen más detallado con respecto a las características y el contexto, tanto de las personas solicitantes de la PRAM como de aquellas que finalmente recibieron la prestación en el transcurso de 2022. Sin embargo, se presentan datos relacionados con los profesionales de los diferentes ámbitos implicados en la PRAM, como también las consideraciones elaboradas por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña (CGAC).

A pesar de la complejidad de la norma, la CGAC considera que **la aplicación de la LORE ha sido satisfactoria en Cataluña**, ya que da respuesta a una necesidad social largamente demandada y se va consolidando como una prestación más del sistema sanitario.

Tabla 1. Solicitudes presentadas de ayuda para morir, prestaciones realizadas y exitus de los solicitantes en el transcurso de la tramitación del procedimiento PRAM, durante los años 2021 y 2022

Solicitudes, prestaciones y muerte del solicitante durante la tramitación del procedimiento	2021	2022	Total
<u>Solicitudes recibidas</u>	71 ¹	175 ²	246
Iniciadas con la primera solicitud	68	171	239
Iniciadas mediante un documento de voluntades anticipadas (DVA)	3	4	7
<u>Prestaciones realizadas</u>	29	91 ³	120
Modalidad 1 (administración por profesional sanitario)	28	88	116
Modalidad 2 (autoadministración)	1	3	4
<u>Muerte del solicitante durante la tramitación del procedimiento</u>	9	55	64

¹Tres de las solicitudes realizadas durante el año 2021 se introdujeron en la plataforma PRAM en el año 2022.-Por eso no se vieron reflejadas en la memoria del año 2021.

²Durante el año 2022 murieron 55 personas antes de concluir el procedimiento de verificación, 12 solicitudes se informaron desfavorablemente, 3 se aplazaron y 1 se revocó. El 31 de diciembre de 2022, 13 solicitudes continuaban la tramitación prevista para verificar el cumplimiento de los requisitos de la LORE.

³Las prestaciones iniciadas y finalizadas durante el año 2022 fueron 77. El resto de prestaciones corresponden a procedimientos iniciados en el año anterior.

Tabla 2. Procedencia, por región sanitaria, de las peticiones recibidas y prestaciones realizadas de ayuda para morir durante el año 2022

Región sanitaria de la solicitud	Recibidas	Realizadas
Barcelona	111	61
Girona	27	15
Camp de Tarragona	16	5
Catalunya Central	10	4
Lleida	5	4
Terres de l'Ebre	4	1
Alt Pirineu i Aran	2	1
Total	175	91

2 Justificación y objetivo

De acuerdo con lo que prevé la LORE, así como el Decreto ley 13/2021, de 22 de junio, por el cual se regula la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, en despliegue de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña (CGAC) debe emitir un informe anual que recoja las solicitudes y prestaciones de ayuda para morir que han tenido lugar durante el año natural anterior. Por eso el presente **Informe anual sobre la aplicación de la Ley orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, durante el año 2022 en Cataluña**, recoge las solicitudes recibidas y las prestaciones de ayuda para morir realizadas en Cataluña desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022.

Tiene como objetivo informar a las diferentes instancias políticas, gestores y profesionales del sistema sanitario y a la ciudadanía en general sobre cómo se ha desarrollado la prestación de ayuda para morir en Cataluña en el transcurso del 2022. Dado que la mayor parte de la ciudadanía desconoce el procedimiento que se sigue, se ha creído conveniente incluir un apartado que lo describe de manera resumida para facilitar la comprensión de la información expuesta.

El contenido y los datos expuestos en el Informe se han extraído de la plataforma informática creada expresamente para el seguimiento y el control de los casos de la prestación de ayuda para morir (plataforma PRAM), donde constan los datos personales, la información médica y todos los documentos relacionados con el procedimiento de solicitud. No obstante, la información ha sido introducida en la plataforma por muchos profesionales diferentes, con criterios y opiniones heterogéneas, hecho que en algún caso puede dificultar la categorización de algún dato.

Finalmente, es necesario mencionar que el lenguaje y la forma en que se presenta este Informe pretende facilitar la comprensión de la temática que trata, y evitar tecnicismos jurídicos o médicos que pertenecen a otro ámbito.

3 Procedimiento de la prestación de ayuda para morir

El procedimiento se inicia con una primera solicitud, que se debe hacer por escrito y estar fechada y firmada por el paciente, como también por un profesional sanitario; en caso de que este no sea el médico responsable (MR) que llevará el caso, el profesional sanitario lo entregará posteriormente a quien será el médico responsable. Después, el MR verifica si el paciente cumple los requisitos para recibir la PRAM y se inicia un proceso deliberativo que informa sobre el diagnóstico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluyendo las curas paliativas, y las prestaciones sociales a que el paciente tenga derecho. Esta información se entrega al paciente por escrito.

El médico responsable emite un informe donde verificará que el paciente cumple los requisitos para solicitar la PRAM. Si considerara que la persona no cumple los requisitos, emite un informe desfavorable,¹ que ha entregar a la persona solicitante, donde también le debe informar de la posibilidad de interponer una reclamación ante la CGAC.

Quince días después, como mínimo, de la primera solicitud, el paciente presentará una segunda solicitud y, posteriormente, seguirá deliberando con el MR (entre 1 y 5 días más). A continuación, y en un plazo mínimo de 24 h posteriores a la firma de la segunda solicitud, el paciente confirmará si, con toda la información proporcionada, quiere continuar con el proceso firmando el consentimiento informado.

Una vez firmado el consentimiento informado, el MR emitirá un informe, lo firmará y lo fechará. Este puede ser favorable o desfavorable. En el segundo caso, el paciente puede reclamar ante la CGAC en un plazo de 15 días. Por otra parte, si es favorable, el MR consultará con un médico consultor (MC) a fin de que visite a la persona solicitante y valore si cumple los requisitos para recibir la PRAM. Si la valoración del MC es desfavorable, la persona solicitante puede interponer una reclamación ante la CGAC en el plazo de 15 días.

Si el informe del MC es favorable, la presidencia de la CGAC designa a un profesional médico y a un jurista, miembros de la CGAC (dupla), para que en el plazo máximo de una semana verifiquen si cumplen los requisitos para recibir la PRAM. El informe de la dupla puede ser:

- Favorable: considera que se puede realizar la prestación.
- Desfavorable: la persona puede presentar una reclamación contra la decisión de la dupla ante la CGAC.
- Hay desacuerdo entre los dos miembros: se eleva la decisión al Pleno de la CGAC.

Si el informe es favorable, la presidencia de la CGAC firma el requerimiento conforme ya se puede realizar la prestación de la ayuda para morir. Seguidamente, la persona solicitante y el MR acuerdan dónde y cuándo se realizará la prestación, que podrá tener

¹ Aunque la Ley, explícitamente, sólo prevé que el MR haga la denegación por escrito en un plazo máximo de 10 días después de recibir la primera solicitud, la CGAC considera que implícitamente se entiende que el MR también lo debe hacer en caso de que la decisión sea favorable.

lugar tanto en un centro sanitario público, privado o concertado, como en el mismo domicilio del paciente. También acordarán cuál será la modalidad de la prestación.²

Una vez realizada la prestación, el MR lo comunica a la CGAC y le remite dos documentos: el primero, con los datos de contacto e identificación del MR, del MC y de la persona solicitante; y el segundo, con la información detallada y anonimizada de todo el proceso que se ha seguido. A partir de este segundo documento, la CGAC realiza la verificación para comprobar que la prestación se ha realizado correctamente.

En la **tabla 3** se explica el procedimiento de solicitud de la prestación de ayuda para morir.

Tabla 3. Procedimiento de solicitud de la prestación de ayuda para morir
Primera solicitud
Inicio del proceso deliberativo
El MR verifica los requisitos
Informe desfavorable del MR cuando no se cumplen los requisitos (se puede recurrir ante la CGAC)
Información de alternativas terapéuticas y proceso médico
Segunda solicitud (15 días después)
Proceso deliberativo
Consentimiento informado (24 horas después)
Informe del MR
Informe del MC (10 días después)
El MC visita al paciente y corrobora los requisitos
En caso de informe desfavorable, el paciente puede recurrir ante la CGAC
CGAC
Verificación previa por parte de dos miembros de la CGAC
El informe puede ser:

² La modalidad 1 consiste en la administración endovenosa de los fármacos por parte del equipo asistencial. Es decir, la modalidad 1 sería propiamente la eutanasia. En la modalidad 2, es la misma persona quien se administra los fármacos por vía oral o bien abriendo la llave de la bomba de infusión endovenosa del medicamento inductor del coma. Equivaldría a la modalidad de suicidio asistido.

Favorable
Desacuerdo ³
Desfavorable
Requerimiento del presidente de la CGAC
En este momento ya se puede llevar a cabo la prestación

¹ MR: Médico responsable

² MC: Médico consultor

³ CGAC: Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña

³ En caso de desacuerdo entre los dos miembros, el acuerdo lo toma el Pleno de la CGAC.

4 Distribución de las solicitudes y de las prestaciones de ayuda para morir durante el año 2022

En la siguiente tabla (**tabla 4**) se muestra cómo se distribuyeron las solicitudes y las prestaciones PRAM realizadas durante el 2022. La media de solicitudes recibidas por mes fue de 14,5 y la de prestaciones realizadas, de 7,5. Hay que tener en cuenta que el número de días que transcurren entre la primera solicitud y el informe de la CGAC, imprescindible para realizar la prestación, es muy variable, motivo por el cual las dos columnas reflejan datos con poca correlación.

Tabla 4. Distribución de las solicitudes y de las prestaciones realizadas de ayuda para morir durante el año 2022

Mes	Primera solicitud	Prestaciones realizadas
Enero	11	4
Febrero	7	9
Marzo	16	5
Abril	10	7
Mayo	19	6
Junio	17	6
Julio	22	10
Agosto	12	11
Septiembre	17	5
Octubre	26	9
Noviembre	12	9
Diciembre	6	10
Total	175	91*

*De las 91 prestaciones realizadas, 14 han sido hechas durante el 2022, pero corresponden a solicitudes iniciadas durante los últimos meses de 2021.

5 Características de las personas que han solicitado la prestación de ayuda para morir

5.1 Edad y género de las personas solicitantes

En la **tabla 5 y 7** se desglosan los datos referentes a la edad y género de las personas que solicitaron la PRAM durante el año 2022, y en la **tabla 6 y 8** se muestran las mismas variables, pero de las personas que recibieron la PRAM.

De las 175 personas que solicitaron la PRAM en el año 2022, 72 (41%) eran mujeres y 103 (59%), hombres. El 60% de las personas que solicitaron la prestación y el 64% de las que la recibieron tenían más de 70 años.

La edad media de las mujeres era de 72,44 años y la de los hombres, 71,18.

La edad media de las mujeres que finalmente recibieron la prestación fue de 73,80 y la de los hombres, 73,12.

Tabla 5. Edad y género de las personas que solicitaron la PRAM durante el año 2022

Edad	Mujer	Hombre	Total	%
30-39	2	2	4	2,28
40-49	3	5	8	5,72
50-59	5	15	20	11,40
60-69	18	21	39	22,28
70-79	22	30	52	29,71
80-89	14	21	35	20
90-100	8	9	17	9,70
Total	72	103	175	100

Tabla 6. Edad y género de las personas que recibieron la PRAM durante el año 2022

Edad	Mujer	Hombre	Total	%
30-39	0	1	1	1,09
40-49	1	4	5	5,49
50-59	3	4	7	7,69
60-69	11	8	19	20,87
70-79	14	15	29	31,86
80-89	8	14	22	24,17
90-100	3	5	8	8,79
Total	40	51	91	100

Tabla 7. Edad y género de las personas solicitantes

Solicitudes	Mujeres	Hombres	Total
Nº de solicitudes	72	103	175
Media de edad	72,44	71,18	71,70
Mediana de edad	74	72	73
Edad mínima	30	36	30
Edad máxima	95	100	100

Tabla 8. Edad y género de las personas que recibieron la PRAM

Prestaciones	Mujeres	Hombres	Total
Nº de prestaciones	40	51	91
Media de edad	73,80	73,12	73,17
Mediana de edad	74,5	74	74
Edad mínima	48	37	37
Edad máxima	95	100	100

5.2 Procedencia de las solicitudes

En los gráficos 1 y 2 se muestra la región sanitaria donde residían las personas que solicitaron la PRAM y las que finalmente la recibieron.

La región sanitaria de Barcelona es donde se originan el 63,4% de las solicitudes y se realizan el 67% de las prestaciones.

Seguidamente, **tabla 9** muestra la distribución, por provincias, de las solicitudes y prestaciones PRAM en el 2022.

Gráfico 1. Procedencia de las solicitudes según la región sanitaria

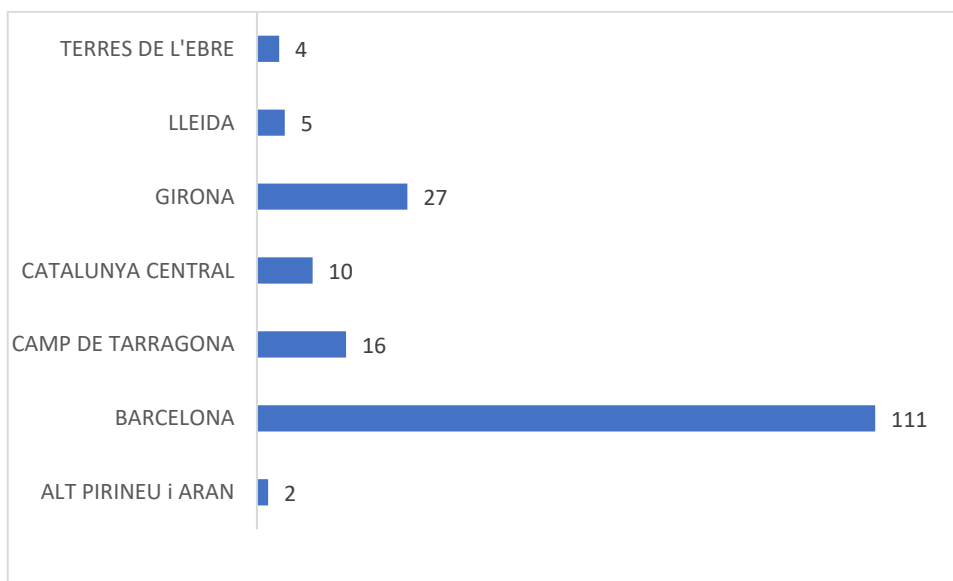


Gráfico 2. Región sanitaria donde se realizaron las prestaciones

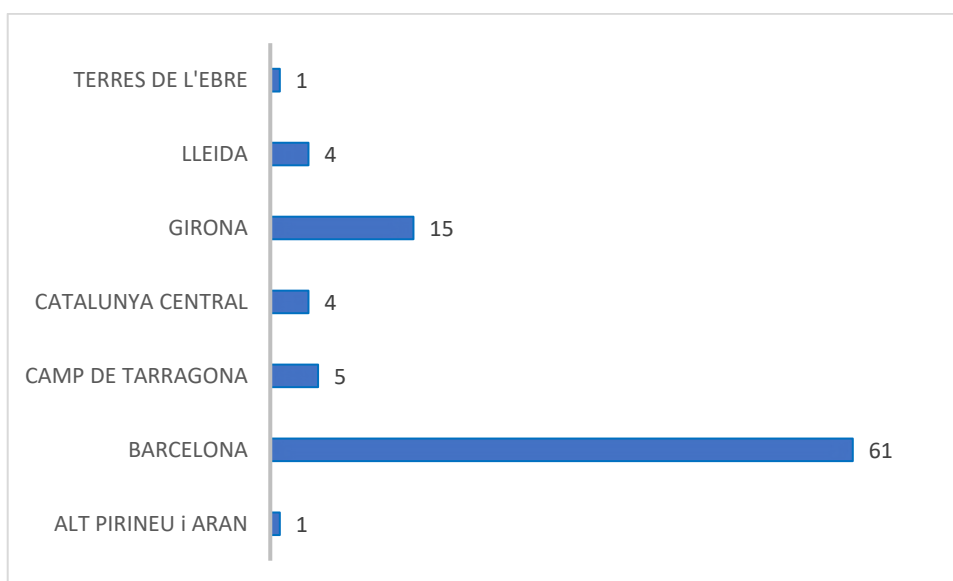


Tabla 9. Distribución, por provincias, de las solicitudes y prestaciones PRAM en el 2022

Demarcación territorial por provincias	Recibidas	Realizadas
Barcelona	125	67
Girona	23	13
Tarragona	20	6
Lleida	7	5

5.3 Procedencia según el ámbito asistencial

En la **tabla 10** se muestra la distribución por ámbito asistencial al que estaba vinculado el MR que recibió la solicitud de la PRAM (hospitalario, atención primaria, atención intermedia o residencial). Este ámbito no siempre coincide con aquel donde finalmente se realiza la prestación.

Así pues, hubo casos en que los profesionales hospitalarios se trasladaron al domicilio del paciente, tanto para recibir la solicitud como para llevarla a cabo, así como casos de profesionales de atención primaria que la realizaron en un hospital. El 67% de las solicitudes las recibieron médicos de familia, que realizaron el 70% de las prestaciones.

Tabla 10. Ámbito asistencial de dónde provenía el profesional que recibió la solicitud y llevó a cabo la PRAM

Ámbito sanitario de procedencia de las solicitudes y prestaciones durante el año 2022 ¹	Recibidas	Realizadas
Atención primaria	114	58
Hospital	51	28
Atención intermedia ²	8	4
Residencia	2	1
Total	175	91

¹El ámbito de procedencia de la solicitud se define como el ámbito asistencial al que está vinculado el médico responsable que ha recibido la solicitud, que puede no coincidir con el lugar donde finalmente se lleva a cabo la PRAM.

²Atención intermedia, también conocida como socio-sanitaria.

5.4 Las prestaciones en el ámbito privado

La mayoría de solicitudes y prestaciones se producen en el ámbito de la asistencia pública, aunque algunos centros que forman parte del SISCAT también ofrecen atención en el ámbito privado.

Con respecto a las solicitudes y prestaciones PRAM en el ámbito privado, en el 2022 se atendieron 2 solicitudes y se realizó 1 prestación en centros hospitalarios exclusivamente de atención privada. Por otra parte, en entidades residenciales o socio-sanitarias se recibieron 5 solicitudes y se practicaron 3 prestaciones⁴.

⁴ Los profesionales pueden pertenecer al ámbito público o privado.

6 Capacidad y solicitudes iniciadas por un DVA

Cualquier persona para solicitar la PRAM debe ser consciente y tener capacidad de hecho. Como en muchas otras actuaciones asistenciales, la valoración de la competencia o capacidad de hecho corresponde al MR y al MC, con la colaboración de otros miembros del equipo asistencial. No obstante, en aquellos casos en que el MR o MC presenten dudas sobre la capacidad del paciente, existe la posibilidad de pedir una interconsulta a otro profesional con más pericia en la valoración de la capacidad.

Sin embargo, la LORE dispone que en aquellos casos en que una persona no tenga capacidad de hecho, únicamente puede solicitar la PRAM a través de un documento de voluntades anticipadas en el que haya dejado constancia de su voluntad.

Durante el año 2022, 6 personas que habían sido designadas representantes en un DVA solicitaron que se aplicara la PRAM a las personas que representaban y que habían perdido la capacidad para poder tomar decisiones.

Médicos responsables y consultores, así como la CGAC, consideraron que todas cumplían los requisitos para recibir la PRAM, razón por la que finalmente recibieron la prestación 4 personas, dado que las otras 2 murieron antes de que acabara el procedimiento de verificación de los requisitos.

En la siguiente tabla (**imagen 1**) se muestran las solicitudes iniciadas, clasificadas por sexo, edad y capacidad de hecho.

Imagen 1. Capacidad de hecho o no al hacer la primera solicitud

Edad	Solicitudes iniciadas por el paciente o por DVA			
	Mujer		Hombre	
	Con capacidad de hecho	Con DVA	Con capacidad de hecho	Con DVA
30-39	2	0	2	0
40-49	3	0	5	0
50-59	5	0	15	0
60-69	18	0	19	2
70-79	21	1	28	2
80-89	14	0	21	0
90-100	7	1	9	0
Total	70	2	99	4

Las 2 mujeres que iniciaron el procedimiento con un DVA recibieron la prestación. De los 4 hombres que iniciaron el procedimiento mediante un DVA, 2 murieron durante la tramitación del procedimiento y los otros 2 recibieron la prestación.

De las 175 personas que solicitaron la ayuda para morir, tenemos constancia de que 126 habían redactado un DVA. Es posible que más personas hubieran redactado anteriormente un DVA, pero al disfrutar de plena capacidad de hecho, no lo aportaron al expediente PRAM. En algunos casos, el DVA se registró coincidiendo con la solicitud de la eutanasia en previsión de que, si la enfermedad que motivaba la solicitud ocasionaba la pérdida de capacidad, no se parara el procedimiento. Por otra parte, el 56% de los solicitantes que tenían un DVA, lo habían redactado más de un año antes de solicitar la PRAM. De hecho, de las 91 personas que recibieron la PRAM, 52 tenían redactado un DVA.

7 Problemas de salud de las personas que solicitaron la PRAM y de las que la recibieron

Las personas que solicitaron la PRAM sufrían mayoritariamente patologías neurológicas (3 demencias y 60 otras patologías neurológicas), las cuales representan un 36% del total, seguidas de patologías oncológicas (61 solicitudes) representando un 34,85%. Hubo 9 personas que hicieron la solicitud en contexto de bajón general debido a pluripatología y fragilidad avanzada, 8 con patologías respiratorias, 8 con patología relacionada con la salud mental, 4 personas con enfermedades renales y 2, cardiovasculares. Además, hay 11 solicitudes que no se engloban en ninguno de estos grupos de patologías y 9, sin ningún diagnóstico (ya que se trata de personas que murieron antes de que se emitiera el informe por parte del médico responsable o de solicitudes que todavía se encuentran en curso y, por lo tanto, no se les ha podido establecer un diagnóstico concreto debido al momento del proceso en que se encuentran).

La mayoría de las personas que recibieron la PRAM sufrían enfermedades de años de evolución que afectaban en mayor o menor grado a su autonomía funcional y les ocasionaba una alta dependencia, que hacía necesaria la asistencia de otras personas para la higiene, la alimentación y otras actividades básicas de la vida diaria. Además, en ocasiones su capacidad de relación y comunicación también estaba gravemente afectada.

Del total de personas que recibieron la PRAM (91 personas), 1 persona tenía demencia y otras 46 sufrían enfermedades neurológicas (la suma de la cuales representa un 51,64%), siendo las más frecuentes: esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple y paresias y secuelas derivadas de accidentes vasculares cerebrales. Otros diagnósticos neurológicos que tenían las personas que han llevado a cabo la eutanasia son: oftalmoplejia supranuclear progresiva, enfermedad de Huntington, degeneración córtico-basal, hemiplejia y poli-neuropatías crónicas avanzadas. Muchas requerían apoyo instrumental para poder realizar funciones básicas: gastrostomía endoscópica percutánea (a causa de las disfagias graves), apoyo ventilatorio por afectación de la musculatura respiratoria, utilización de silla de ruedas para desplazamientos o encamamiento permanente cuando la incapacidad para la movilidad era absoluta. Aparte de las afectaciones propias de las patologías, a menudo también se añadían otras complicaciones, como pueden ser úlceras por presión, episodios de bronco-aspiración, sobreinfecciones respiratorias o mal control del dolor a pesar de la poli-medicación.

Si bien las personas que sufrían un proceso oncológico fueron el segundo grupo de patologías con un número mayor de solicitudes (61), a los que finalmente se les practicó la eutanasia sólo fueron 23 (25,27%). Otros murieron antes de concluir el procedimiento de verificación que establece la LORE (v. el apartado 10 «Personas que murieron antes de llevar a cabo la prestación») y, en un número más reducido, algunos tenían el procedimiento de valoración en curso. Todas las personas que solicitaron la PRAM se encontraban en fases muy avanzadas de la enfermedad e, incluso, algunas en situación de final de vida.

Hubo 5 personas en contexto de pluripatología y fragilidad avanzada que recibieron la eutanasia. Estas se encontraban en una situación de bajón general que comportaba un manejo complejo de sus patologías crónicas y les generaba un sufrimiento grave, irreversible e insoportable. Su fragilidad estaba condicionada también por su edad avanzada (85 años por término medio).

Cuatro personas sufrían patologías pulmonares en fase avanzada; dos se encontraban en fase terminal de una patología renal crónica y otra sufría patología cardiovascular terminal.

Una persona con diagnóstico de depresión mayor recurrente y refractaria al tratamiento también recibió la prestación de ayuda para morir, así como una persona con enfermedad de Alzheimer de inicio precoz y rápida evolución.

En la siguiente tabla (**tabla 11**) se desglosan los datos referentes a las patologías de las personas que solicitaron y recibieron la PRAM.

Tabla 11. Problemas de salud de las personas que solicitaron y recibieron la PRAM

	Solicitudes recibidas	Prestaciones realizadas
Neurológicas	60	46
Demencias	3	1
Oncológicas	61	23
Pluripatología	9	5
Respiratorias	8	4
Salud mental	8	1
Renales	4	2
Cardiovasculares	2	1
Otras	11	8
No informadas	9	0
TOTAL	175	91

7.1. El contexto eutanásico de las personas que recibieron la PRAM

Atendiendo a las dos situaciones que describe la LORE para referirse al contexto eutanásico, los médicos responsables de las prestaciones que se realizaron durante el año 2022 consideraron que, en 19 casos, el paciente se encontraba en una situación de enfermedad grave e incurable; en 21 casos, la persona tenía un sufrimiento grave, crónico e imposibilitante; finalmente, en 51 casos consideraron que sufrían ambas situaciones.

Por la naturaleza de las patologías que afectaban a estas personas, ninguna se podía acoger a un tratamiento etiológico ni curativo de la enfermedad. Las opciones de alternativas terapéuticas que se les habían podido ofrecer consistían, en la mayoría de los casos, en cuidados paliativos y tratamiento sintomatológico. No obstante, a pesar de disponer siempre de cuidados paliativos, todas manifestaron que el sufrimiento que les generaba la enfermedad y su situación vital era mayor de lo que podían soportar.

8 Características de la prestación de ayuda para morir durante su realización

La LORE prevé dos modalidades para recibir la prestación de ayuda para morir: la modalidad 1 consiste en la administración endovenosa de los fármacos por parte del equipo asistencial; la modalidad 2 consiste en la administración de los fármacos por la misma persona solicitante (autoadministración) por vía oral, o bien abriendo la llave de la bomba de infusión endovenosa del medicamento inductor del coma (propofol).

En las 88 prestaciones que se hicieron mediante la **modalidad 1** (administración endovenosa de fármacos por parte del equipo asistencial), siempre se utilizó la misma medicación: **lidocaína, midazolam, propofol y rocuronio**. Sólo en dos casos se administró un mórfico (fentanilo) atendiendo a la pauta terapéutica previa que ya llevaba el paciente.

En la modalidad 2 (autoadministración de la medicación) sólo se realizaron 3 prestaciones, todas con la autoadministración por vía endovenosa. No ha habido ningún caso de autoadministración de la medicación vía oral.

En la información facilitada por parte de los médicos responsables y del equipo asistencial que estuvieron presentes en el momento de realización de la eutanasia, la mayoría de las personas en el momento de la prestación estaban **acompañadas** por familiares y amigos. Por parte del equipo de profesionales, los médicos responsables, así como el personal de enfermería, estuvieron siempre presentes. En alguna ocasión, estuvieron presentes durante la PRAM otros profesionales (psicología, trabajo social y médicos referentes).

En las 91 prestaciones realizadas, sólo se han notificado 5 incidencias en el momento de administrar los fármacos, muy relacionadas con la dificultad de los profesionales para canalizar los accesos venosos periféricos para poder colocar una vía venosa y administrar la medicación. En todos los casos, a pesar de esta incidencia, la prestación se acabó realizando con completa normalidad.

9 Eutanasia y donación de órganos y tejidos

Todos los pacientes que solicitan la prestación de ayuda para morir (PRAM) tienen derecho a ser donantes de órganos y tejidos con igualdad de condiciones que cualquier otro paciente. Por la enfermedad de base, los pacientes que pueden ser donantes de órganos son básicamente los que sufren enfermedades neurodegenerativas; los que tienen procesos oncológicos en general sólo pueden dar tejidos (mayoritariamente, tejido corneal).

Cuando un paciente que ha solicitado la PRAM pide también ser donante de órganos, se organiza el procedimiento junto con los coordinadores de trasplantes. Por este motivo, es importante que la posibilidad de donación se plantee en las fases iniciales del procedimiento de PRAM, ya que hay una serie de requerimientos que las personas deben conocer. Uno de los requerimientos cuando se plantea la donación de órganos es que la PRAM se debe llevar a término imprescindiblemente en el ámbito hospitalario. No es así cuando exclusivamente se pueden dar tejidos.

Durante el año 2022, en el transcurso del proceso deliberativo, 13 personas manifestaron el deseo de ser donantes de órganos (2 más fueron donantes durante el 2021). Llegado el momento de la PRAM, ingresaron en el hospital provenientes de su domicilio acompañados del médico responsable y sus familiares, que en muchos casos los pudieron acompañar hasta las puertas del quirófano.

La **tabla 12** elaborada por la OCATT muestra el número de donaciones (entre paréntesis se indica el número de órganos que resultaron viables para hacer trasplante). Figuran 2 donaciones realizadas durante el año 2021. En cuanto a la primera columna, cada fila corresponde al nombre de donantes por centro hospitalario, los cuales se han anonimizado.

Tabla 12. Donaciones y PRAM durante el periodo 2021-2022 (Órganos extraídos y trasplantados)

Donantes	Riñón	Hígado	Corazón	Pulmón	Páncreas	Total órganos extraídos (tx)
3	6(4)	3(2)	0(0)	4(4)	0(0)	13(10)
4	8(7)	3(2)	1(1)	2(2)	0(0)	14(12)
1	2(0)	1(1)	0(0)	0(0)	0(0)	3(1)
1	2(2)	1(1)	1(1)	0(0)	1(1)	5(5)
1	2(2)	1(1)	1(1)	2(2)	1(1)	7(7)
2	4(3)	1(1)	0(0)	2(2)	0(0)	7(6)
1	2(2)	1(1)	0(0)	2(2)	0(0)	5(5)
2	4(4)	2(2)	0(0)	4(4)	0(0)	10(10)
15	30(24)	13(11)	3(3)	16(16)	2(2)	64(56)

De las 13 personas que recibieron la PRAM durante el año 2022 e hicieron donación de sus órganos, 4 eran mujeres. La edad media de las personas donantes fue de 62 años (en un rango de 47 a 76 años) y todas disfrutaban de capacidad de hecho para expresar su voluntad. Seis personas habían hecho un DVA donde también expresaban su voluntad de hacer donación de órganos. La media de días que transcurrió entre la primera solicitud y el momento de la prestación y donación fue de 69 días (en un rango de 38 a 105 días).

10 Personas que murieron antes de recibir la prestación de ayuda para morir

Tal y como se ha explicado con anterioridad, el plazo establecido por la LORE entre la primera y la segunda solicitud es de un mínimo de 15 días naturales. Este sólo se puede acortar en caso de que se considere que existe un riesgo considerable de pérdida de la capacidad del solicitante. La LORE no hace ninguna previsión en relación con el acortamiento de plazos en caso de que se pueda prever la muerte del paciente en un plazo relativamente corto de tiempo.

Durante el año 2022, 64 personas murieron antes de finalizar el procedimiento de solicitud de la prestación de ayuda para morir (10 de estas personas habían iniciado el procedimiento de primera solicitud en el año 2021).

El exitus de las personas solicitantes se produjo en diferentes momentos del proceso de solicitud de la PRAM: en 36 casos, los pacientes no habían firmado la segunda solicitud o el consentimiento informado; en 20 casos, no se disponía todavía de un posicionamiento por parte del médico consultor ni de los miembros de la CGAC; en 6 casos, el exitus se produjo posteriormente al informe de los miembros de la CGAC, pero antes del día de la prestación. Los 2 casos restantes se trataban de una persona que fue exitus durante el proceso de reclamación y el otro, durante el periodo de aplazamiento de la solicitud. La media de días que transcurrieron entre la primera solicitud y el exitus fue de 30 días, un periodo inferior a la duración media del procedimiento de solicitud de la PRAM de las personas que la reciben.

Las patologías que sufrían estas personas que murieron anteriormente a recibir la eutanasia son mayoritariamente oncológicas (32 casos), con mucha diferencia con el segundo grupo de enfermedades mayoritarias: neurológicas en 10 casos, 3 respiratorias, 4 otras patologías (insuficiencia renal crónica, atrofia muscular no especificada, enfermedad por depósito de cadenas ligeras). Los 15 casos restantes no tienen un diagnóstico establecido, dado que forman parte de los 36 casos que todavía no habían formalizado la segunda solicitud y los profesionales médicos no habían realizado el informe pertinente.

En la mayoría de estos casos, las personas sufrieron un deterioro rápido de sus enfermedades, no siempre previsible en el momento de la solicitud, motivo por el cual no se pudo finalizar el proceso PRAM. Sin embargo, en todos los casos se intensificaron las medidas de acompañamiento, confort y control sintomático (sedación paliativa). El incremento de las posibilidades terapéuticas oncológicas y la tendencia a mantener los tratamientos en fases muy avanzadas de la enfermedad puede ser una de las causas del alto índice de muerte previa a la finalización del proceso PRAM en enfermos de cáncer.

11 Personas que se consideró que no cumplían los requisitos para recibir la PRAM

Durante el año 2022, 20 personas, algunas de las cuales habían iniciado el procedimiento de solicitud en el año 2021, fueron consideradas no aptas para recibir la prestación de ayuda para morir. Todas tenían la nacionalidad española, eran mayores de edad y se encontraban en situación de capacidad de hecho, pero los profesionales médicos que atendieron su solicitud consideraron que no se daba el contexto eutanásico definido por la LORE.

En la **tabla 13** se presentan los datos sobre las solicitudes informadas desfavorablemente, reclamaciones presentadas y solicitudes denegadas de forma definitiva y el rol del médico que ha informado desfavorablemente.

En 12 ocasiones, fue el médico responsable quien consideró que no se cumplía este contexto e informó desfavorablemente. A través del procedimiento previsto por la LORE, 5 de estas personas se mostraron disconformes con el informe emitido por el médico responsable, y presentaron una reclamación ante la CGAC. De estas, 4 recibieron informe favorable del Pleno de la CGAC.

En los otros 8 casos, fue el médico consultor quien emitió un informe desfavorable. Se interpusieron 4 reclamaciones ante la CGAC y todas recibieron informe favorable del Pleno de la CGAC, coincidiendo con el criterio del médico responsable.

Tabla 13. Solicitudes informadas desfavorablemente, reclamaciones presentadas y solicitudes denegadas de forma definitiva

Profesional que informa desfavorablemente	Solicitudes informadas desfavorablemente	Personas que hicieron una reclamación	Reclamaciones informadas favorablemente por la CGAC	Solicitudes denegadas de forma definitiva
Médico responsable	12	5	4	8
Médico consultor	8	4	4	4
Total	20	9	8	12

Aparte de las 9 reclamaciones resueltas por el Pleno de la CGAC, también se resolvió favorablemente un caso de desacuerdo de los dos miembros de la CGAC que formaban la dupla de aquel caso.

12 Personas que revocaron o aplazaron la PRAM

Durante el año 2022, sólo se ha producido la revocación de 1 solicitud que ya había sido informada favorablemente por los miembros que formaban la dupla.

En 3 ocasiones se realizó el aplazamiento de la prestación una vez que el caso ya había recibido el informe favorable por parte de los miembros de la CGAC.

13 Rol de los profesionales implicados

Médicos responsables (MR) y consultores (MC)

A continuación, en la **tabla 14**, se exponen las solicitudes y las prestaciones clasificadas en función de la especialidad de los médicos responsables, así como de los médicos consultores. Hay que tener en cuenta que el número total (175 solicitudes y 91 prestaciones) no corresponde al número exacto de profesionales que han participado, dado que se ha detectado que varias solicitudes corresponden al mismo profesional responsable. Eso es más frecuente cuando la especialidad del profesional es medicina de familia y comunitaria y cuidados paliativos. En el caso de los médicos consultores, también hay profesionales que han repetido su función de consultores, pero es menos frecuente. El máximo de solicitudes que ha recibido un profesional son 5, pero lo más habitual sigue siendo una solicitud por profesional.

Tabla 14. Especialidad de los médicos que han recibido una solicitud, han ejercido de consultores o han llevado a cabo una prestación

Especialidad	Solicitudes MR	Solicitudes MC	Prestación
Aparato digestivo	0	3	0
Cirugía general	1	0	0
Cuidados paliativos	11	4	3
Geriatría	10	6	4
Hematología	1	1	0
Medicina de familia y comunitaria	118	21	64
Medicina interna	0	6	0
Nefrología	1	2	0
Neurología	15	40	16

Oncología médica	9	18	2
Otorrinolaringología	0	1	0
Neumología	3	2	1
Psiquiatría	2	4	0
No consta	4	0	1
Total	175	108*	91

*Total de solicitudes informadas por el médico consultor

Los médicos de familia son los que atienden más solicitudes de ayuda para morir, el 67% del total, como son también los que más prestaciones realizaron, el 70%.

A continuación, los profesionales de neurología recibieron el 9% de solicitudes, realizaron el 19% de las prestaciones y asumieron el rol de médico consultor en el 37% de casos.

El personal de enfermería

Los **profesionales de enfermería** se han involucrado en todo el proceso, y han estado presentes en la recepción de la solicitud, han acompañado al paciente, han participado en el proceso deliberativo y han reconocido la autonomía y los requerimientos de la persona solicitante. Al mismo tiempo, han estado presentes en la realización de las PRAM, colocando los dispositivos necesarios para administrar de manera directa la medicación, o bien dando las indicaciones pertinentes para la autoadministración con el máximo cuidado. Finalmente, también han ofrecido los primeros cuidados *post mortem* y apoyo tanto a quien recibe la prestación como a sus familiares y/o personas próximas. Así pues, los profesionales de enfermería han aportado una visión integradora de la atención, teniendo en cuenta tanto los aspectos humanos como los más técnicos.

Importancia del equipo asistencial

El equipo asistencial está formado por profesionales de otras especialidades aparte de los del ámbito de la medicina y enfermería. Se quiere destacar especialmente el papel de los profesionales del ámbito del trabajo social y la psicología.

Los **profesionales del trabajo social** han sido miembros del equipo de atención multidisciplinar que ha intervenido en el proceso de toma de decisiones y acompañamiento, a petición del médico responsable y cuando la persona solicitante lo ha solicitado. La finalidad de su intervención es asesorar a la persona solicitante y su familia sobre aspectos sociales, familiares y administrativos del proceso y, si procede, informar sobre las medidas de apoyo social existentes que no se hayan activado previamente y que puedan influir en la toma de decisiones.

Los **profesionales especialistas en psicología** también han tenido un papel relevante en las funciones de acompañamiento y apoyo al paciente y a los profesionales del equipo asistencial en los casos en que ha sido necesario. La persona solicitante también puede requerir apoyo psicológico a lo largo del proceso deliberativo. Atender en situaciones de enfermedad incurable o sufrimiento elevado hasta el momento de dar cumplimiento al deseo de muerte se acompaña de un alto impacto emocional también en los profesionales. La práctica de la eutanasia puede provocar un sufrimiento sobre el cual hay que estar alerta, prevenir y atender, llegado el caso.

La figura del **referente territorial e institucional** ha tenido un papel muy relevante en todo el proceso. Su tarea principal es dar apoyo y acompañar a los profesionales que reciben la solicitud y realizan la prestación de ayuda para morir para facilitar la aplicación de la LORE. Los referentes pueden serlo en el ámbito asistencial, de atención ciudadana o de farmacia, pero también pueden prestar ayuda en aspectos legales, éticos, prácticos y emocionales o, si es el caso, buscar esa ayuda en otros profesionales.

La oficina PRAM, formada actualmente por un médico y un jurista, se ha vuelto primordial para el desarrollo correcto de la implantación de la LORE en Cataluña, dado que presta apoyo y resuelve las dudas de los profesionales que atienden las solicitudes de la PRAM, tanto contenido burocrático como material; hace el correcto seguimiento de los expedientes y presta apoyo a las tareas necesarias para la continuidad y el desarrollo de las competencias de la CGAC.

14 La Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña de la prestación de ayuda para morir

14.1 Metodología de trabajo

La Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña (CGAC) es el órgano plural y multidisciplinar, con independencia funcional, que tiene como finalidad garantizar la correcta aplicación de la LORE en Cataluña.

A finales de 2022, ante el incremento de solicitudes, la CGAC amplió su composición pasando de tres a seis el número de duplas que hacen la función verificadora que les encomienda la LORE. Es decir, la CAGC ahora está formada por 6 médicos y 6 juristas, 2 profesionales de enfermería, 1 psicólogo, 1 trabajador social y 1 persona que representa a la ciudadanía. Para cada uno de los miembros titulares, hay nombrada 1 persona sustituta que actúa como titular cuando ha sido necesario.

14.2 Actuaciones de la CGAC de acuerdo con las funciones que establece la LORE

A la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña le corresponden las funciones siguientes:

- a) Verificar, previamente a la realización de la prestación de ayuda para morir, el cumplimiento, en cada caso, de los requisitos que establece la LORE.
Esta verificación previa la hacen un médico y un jurista de la CGAC, la dupla. Durante el 2022, las duplas de la CGAC han verificado previamente 98 solicitudes, y han emitido 96 informes favorables. En una ocasión los dos miembros de la dupla estuvieron en desacuerdo y, en otra, informaron desfavorablemente.
En el caso de desacuerdo, fue el Pleno de la Comisión quien informó favorablemente sobre la solicitud, al considerar que se cumplían los requisitos que establece la Ley.
- b) Resolver las reclamaciones que le formulen las personas solicitantes en un plazo máximo de 20 días. Las personas solicitantes pueden interponer reclamaciones ante la CGAC en los supuestos siguientes:
 - Informe desfavorable por parte del médico responsable.
 - Informe desfavorable por parte del médico consultor.
 - Informe desfavorable de los dos miembros de la dupla que verifican previamente el caso.Durante el año 2022, la CGAC ha resuelto 9 reclamaciones. Una se resolvió desfavorablemente y 8, favorablemente.
- c) Resolver los informes de desacuerdo entre los 2 miembros de la dupla en la verificación previa del caso.
Durante el 2022, se ha elevado al Pleno de la CGAC 1 informe de desacuerdo, que el Pleno resolvió favorablemente a la solicitud.

- d) Verificar, posteriormente y en el plazo máximo de 2 meses desde la aplicación de la ayuda para morir, si la prestación se ha llevado a cabo de acuerdo con los procedimientos que prevé la Ley.

Durante el 2022, la CGAC se reunió en 15 ocasiones en sesión plenaria. Durante estas reuniones se verificó que las prestaciones se habían llevado a cabo correctamente.

- e) Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley y ejercer de órgano consultivo.

La CGAC ha constituido diferentes grupos de trabajo para dar respuesta a aspectos que generan dudas y controversias (quién puede ser médico consultor, valoración de la capacidad, objeción de conciencia, etc.). En el apartado 16 de este Informe se relacionan las opiniones y posicionamientos que han sido aprobados por la CGAC.

- f) Dirimir los conflictos de intereses que se puedan suscitar en los equipos de profesionales que intervienen en la prestación de la ayuda para morir, según lo que prevé el artículo 14 de la LORE.

La normativa interna que ha aprobado la CGAC impone la obligación de los miembros de manifestar al presidente cuando incurren en un conflicto de interés y la imposibilidad de participar de ninguna manera en los plenos relacionados con el caso respecto del cual se haya planteado el conflicto.

- g) Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones que prevé esta Ley y proponer, si procede, mejoras concretas para incorporarlas a los manuales de buenas prácticas y a los protocolos.

Durante las evaluaciones hechas por los miembros de las duplas, así como en las reuniones plenarias de la CGAC, han surgido varios debates sobre aspectos que la Ley no concreta o sobre los que la CGAC ha creído conveniente hacer recomendaciones para facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios y mejorar la prestación. Para hacerlo, se han creado grupos de trabajo para poder discutir y concluir la forma más adecuada de afrontar los diferentes retos que se han ido presentando. En el último apartado de este Informe se relacionan las opiniones de la CGAC sobre los puntos planteados.

15 Cumplimiento de los plazos que establece la Ley

El procedimiento previo para valorar la pertenencia de la PRAM supone el cumplimiento de unos plazos.

Entre la primera y la segunda solicitud deben transcurrir al menos 15 días, pero ante la posibilidad de que la persona solicitante perdiera la capacidad, y de acuerdo con la LORE, en algunos casos el MR consideró pertinente acortarlo. Eso ha sido así en 6 casos (4 personas se encontraban en fase de bajón por enfermedad neoplásica). En estos casos, el tiempo entre la primera y la segunda solicitud osciló entre 1 y 12 días. Para el resto de casos, la media de días transcurridos entre la primera y la segunda solicitud fue de 22,7 días, con un mínimo de 14 y un máximo de 98.

En las 4 solicitudes iniciadas por DVA, la CGAC, siguiendo el criterio de la Ley, acordó que no era necesario que el representante hiciera una segunda solicitud.

La media del tiempo transcurrido entre la primera solicitud y la resolución de la CGAC fue de 42 días, pero con una gran variabilidad, con un mínimo de 8 días y un máximo de 113.

16 Recomendaciones y posicionamientos de la CGAC

De acuerdo con el artículo 3 del Decreto ley 13/2021, de 22 de junio, por el cual se regula la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, en despliegue de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, la CGAC actúa como órgano consultivo ante cualquier duda o cuestión relativa a la aplicación o efectividad del derecho a la prestación de ayuda para morir. Por eso, y con el fin de mejorar la aplicación de la PRAM, ha emitido una serie de recomendaciones:

[Objeción de conciencia y PRAM](#)

[La valoración de la capacidad](#)

[La vinculación del médico consultor](#)

[Acompañamiento a la persona enferma y su entorno](#)

[Exigencia y flexibilidad en los plazos](#)

[Consideraciones sobre la documentación del procedimiento de la ayuda para morir](#)

[Los referentes y sus funciones](#)

[La solicitud de la PRAM mediante un DVA](#)

[Peticiones de PRAM para personas con problemas de salud mental](#)

[Procedimiento para resolver reclamaciones que formulen las personas solicitantes](#)

También, durante el año 2022, la CGAC ha tenido la oportunidad de observar y analizar algunas características de las solicitudes que se han recibido, así como las casuísticas que han ido apareciendo y sus particularidades, con el objetivo de reflexionar y construir nuevos aprendizajes y líneas de futuro.

Durante este año se ha detectado la necesidad de prestar atención a aquellas solicitudes de prestación de ayuda para morir que, en algunas ocasiones, han tenido dificultades para ser atendidas por los profesionales que las han recibido. A menudo, han sido recibidas por profesionales no registrados como objetores de conciencia pero que, a pesar de ello, no han sido capaces de dar respuesta a la solicitud de PRAM que se les planteaba. En la mayoría de los casos, eso ha significado una demora en la atención de estas personas y un aumento de la angustia por el alargamiento del procedimiento. Desde la CGAC se quiere proteger el derecho de esas personas a ser atendidas y garantizar que su solicitud tenga el curso necesario para darles una respuesta (sea favorable o desfavorable).

Otro aspecto relevante durante este segundo año de aplicación de la LORE ha sido el acompañamiento de las personas que reciben la prestación de la ayuda para morir en el mismo momento de la prestación.

En algunas ocasiones, los miembros de la CGAC han detectado la presencia de un amplio número de profesionales durante la realización de la eutanasia, que la CGAC considera cuestionable. Hay que recordar que el tiempo, el lugar y las circunstancias de realización de la PRAM tienen que ser decididos por el paciente, y que hay que preservar siempre su dignidad e intimidad.