

*Ley Orgánica 3/2021,
de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL 2022 SOBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Coordinación y elaboración del informe:

MINISTERIO DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

- Pilar Aparicio Azcárraga
- Estefanía García Camiño
- Enrique Del Olmo Carballo
- Rocío Ruiz Huertas

Colaboración en la elaboración y revisión del informe:

MINISTERIO DE SANIDAD

Organización Nacional de Trasplantes

Alicia Pérez Blanco

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Miembros del comité técnico de eutanasia

Andalucía: Aurora Puche Aguilera y Luisa Domínguez Carrión; **Aragón:** Concepción Revilla López, Javier Gállego Crudo, Carlos Carreter Oroñez y Marisa Aliaga Nueno; **Principado de Asturias:** Marta Pisano y María Jesús Rodríguez; **Illes Balears:** Oriol Lafau Marchena y Yolanda Muñoz Alonso; **Canarias:** Concepción Hernández Urquía y Nuria Bañón Morón; **Cantabria:** Yolanda García Zorrilla y M^a José Tercero Gutiérrez; **Castilla y León:** Soledad Alfageme Cuadrado; **Castilla-La Mancha:** María Martín Ayala, Carolina Cabañas Cabañas; **Cataluña:** Josep Maria Busquets; **Comunitat Valenciana:** Teresa de Rojas Galiana; **Extremadura:** Guadalupe del Rocío Morales Gómez y José María Villa Andrada ; **Galicia:** Luciano Vidán Martínez, M^a José López Pimentel, Raquel Vázquez Mourelle y Juan Luis Fernández Hierro; **Comunidad de Madrid:** Rosa Iglesias Otero; **Región de Murcia:** Jesús Cañavate, Federico Donoso Paredes, Luis Miguel Pastor García y Caridad del Toro; **Comunidad Foral de Navarra:** Geno Ochando Ortiz y Socorro Lizárraga Mansoa; **País Vasco:** Jose Luis Quintas Díez; **La Rioja:** Ricardo Chueca Rodríguez; **INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria):** Teresa García Ortiz, Jesús Lopera Flores (Ceuta) y Omar Houari (Melilla).

Presidentes/as de las Comisiones de Garantía y Evaluación

Andalucía: Serafín Romero Agüit; **Aragón:** Javier Olivera Pueyo; **Principado de Asturias:** José Fernández Díaz; **Illes Balears:** Yolanda Muñoz Alonso; **Canarias:** Elena Espinosa Domínguez; **Cantabria:** María José Domínguez Artiga; **Castilla y León:** Francisco Vara Hernando; **Castilla-La Mancha:** Ángel García Millán; **Cataluña:** Albert Tuca Rodríguez; **Comunitat Valenciana:** Gustavo Ramírez de Aguilera; **Extremadura:** Ignacio Torres Solís; **Galicia:** Nieves Molins Gauna; **Comunidad de Madrid:** Mercedes Navío Acosta; **Región de Murcia:** José Manuel Allegue Gallego; **Comunidad Foral de Navarra:** María Luisa Arcos Vieira; **País Vasco:** Itxaso Bengoechea Martínez; **La Rioja:** Ricardo Chueca Rodríguez; **Ceuta:** Ana Álvarez Doña y **Melilla:** Reyes Sanz Amores.

ÍNDICE

ACRÓNIMOS	5
1. RESUMEN	6
2. JUSTIFICACIÓN	11
3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	12
3.1. PRIMERA SOLICITUD E INFORME DEL MÉDICO/A RESPONSABLE	12
3.2. SEGUNDA SOLICITUD	12
3.3. INFORME DEL MÉDICO/A CONSULTOR/A	13
3.4. VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN POR PARTE DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN	13
3.5. REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.....	14
3.5.1. Flexibilidad en tiempo y forma de la prestación de ayuda para morir.....	14
3.5.2. Aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.....	14
3.5.3. Revocación de la prestación de ayuda para morir.....	15
3.6. VERIFICACIÓN POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN POR PARTE DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN	16
3.7. TABLA RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR	17
4. SOLICITUDES Y PRESTACIONES REALIZADAS DE AYUDA PARA MORIR DURANTE EL AÑO 2022	18
5. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES	21
5.1. EDAD Y SEXO DE LA PERSONA SOLICITANTE.....	21
5.2. ENFERMEDAD DE BASE DE LAS PERSONAS SOLICITANTES	23
5.3. CAPACIDAD DE HECHO Y SOLICITUDES INICIADAS MEDIANTE INSTRUCCIONES PREVIAS	24
5.3.1. Solicitudes en las que el MR ha adelantado la tramitación de la segunda solicitud.....	26
6. ÁMBITO O LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN	27
6.1. LAS PRESTACIONES EN EL ÁMBITO PRIVADO	28
7. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR DURANTE SU REALIZACIÓN	29
8. ROL DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS	30
9. PERSONAS QUE REVOCARON O APLAZARON LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	32
9.1. REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN	32
9.2. APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	32
10. RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN	34
11. RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVA	35

12. PERSONAS QUE FALLECIERON ANTES DE FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO	36
13. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	37
14. PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA LEY.....	38
15. VALORACIÓN DE LA PRESTACIÓN DURANTE EL AÑO 2022	41
16. CREACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE COORDINACIÓN DE LA EUTANASIA	45
16.1. CREACIÓN Y COMPOSICIÓN	45
16.2. FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDAD	46
17. REFLEXIONES SOBRE LOS PRIMEROS MESES DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA.....	48
ANEXO I. RECLAMACIONES ANTE LAS COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN (CGyE).....	50
ANEXO II. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.....	53
ANEXO III. RESUMEN DE DATOS SOBRE LA PAM DURANTE EL AÑO 2022	55

ACRÓNIMOS

CC.AA.	Comunidades y Ciudades Autónomas
CECE	Comisión Estatal de Coordinación de la Eutanasia
CGyE	Comisión de Garantía y Evaluación
IP	Instrucciones Previas
LORE	La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia
MBP	Manual de Buenas Prácticas en eutanasia
MC	Médico/a consultor/a
MR	Médico/a responsable
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
PAM	Prestación de ayuda para morir
SIE	Sistema de Información de Eutanasia

1. RESUMEN

La Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE) entró en vigor el 25 de junio de 2021. Esta Ley dio una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad actual introduciendo un nuevo derecho individual en nuestro país.

De acuerdo a ello, dicha prestación de ayuda para morir está incluida en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y es de financiación pública. Consiste en proporcionar los medios necesarios a una persona que ha manifestado su deseo de morir de acuerdo al procedimiento y garantías establecidos en la Ley.

Este informe recoge los datos del primer año y medio del desarrollo de la Ley. En una valoración global todos los datos denotan el buen funcionamiento del sistema LORE. Ello no hubiera sido posible sin la recepción, implicación y coordinación de los sistemas autonómicos de salud y de las personas y organismos involucrados en la gestión y aplicación de la prestación.

Desde que su entrada en vigor y hasta el 31 de diciembre de 2022, en España se han atendido **749 solicitudes** de la prestación de ayuda para morir: 173 durante 2021 y 576 durante 2022.

El Informe detalla un conjunto de datos estadísticos sobre las características de las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir (PAM), del personal sanitario a cargo del proceso, así como del contexto de su realización.

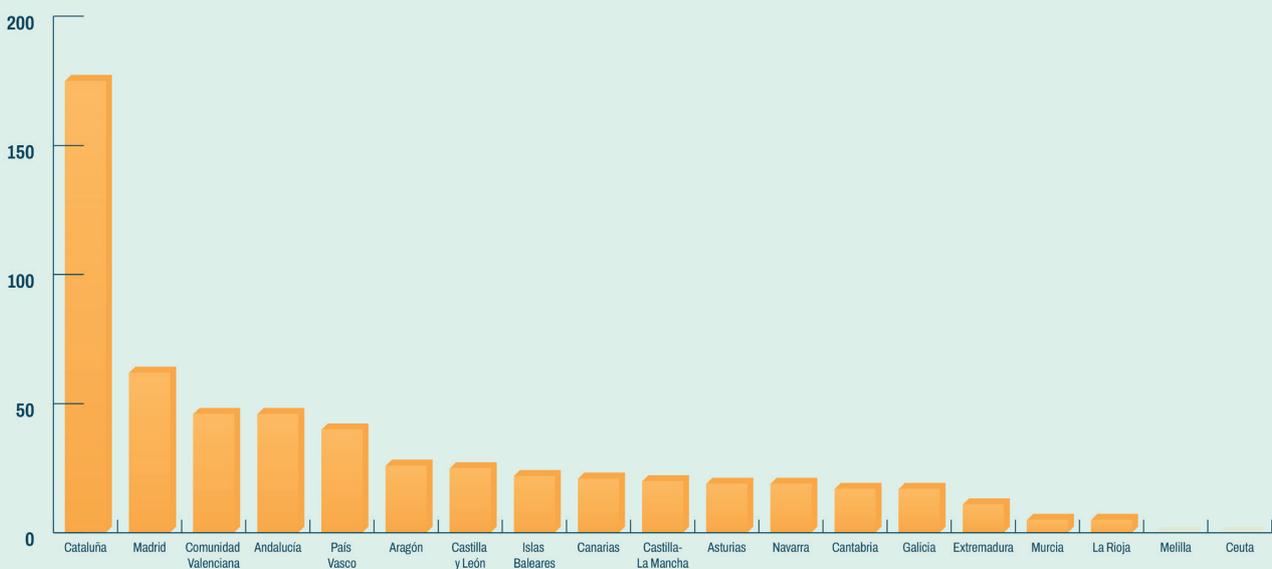
Los principales datos e indicadores del año 2022 se pueden resumir de la siguiente manera:

- Se han declarado 576 solicitudes en total, de las que 528 se registraron en el sistema de información y constituyen por tanto el universo recogido en el Sistema de Información de Eutanasia (SIE).
- El perfil más frecuente es el de una persona solicitante entre 60 y 80 años, con enfermedades graves de tipo neurológico u oncológico.
- Las personas solicitantes tienen enfermedades graves, si bien la mayoría de ellas poseen capacidad de hecho al inicio de la solicitud, de las que un 15% estaban en riesgo inminente de perder dicha capacidad.
- Un tercio de las personas solicitantes fallecieron antes de resolverse su solicitud de eutanasia.
- La prestación se realiza de forma preferente en el ámbito de la atención primaria y de la sanidad pública.

- El número de personas que cambian de opinión, es decir, que revocan la prestación es mínimo.
- El número de personas que solicitan aplazar la aplicación de la PAM una vez aprobada la solicitud supone una mínima parte del total.
- En general, se cumplen adecuadamente los plazos de tramitación estipulados por la Ley.
- El número de solicitudes denegadas es inferior al 20%, de las que, tras las correspondientes reclamaciones ante las CCGE correspondientes, fueron estimadas favorables un tercio de las denegadas.
- Durante el año se han aplicado 288 prestaciones en todo el territorio sin incidencias reseñables.
- En la mayoría de casos se solicita la administración por parte del equipo sanitario.
- Un 14% de los solicitantes se acogió al programa de donación de órganos de acuerdo al protocolo específico establecido.

El cómputo de datos empleado se lleva a cabo teniendo en cuenta los años naturales, pudiendo así producirse la solicitud en un año y la prestación al año siguiente. De esta manera, los datos ofrecidos sobre el número de PAM son referidos a las prestaciones realizadas en el año en que se ha producido y puede no coincidir con el año en el que se realizó la primera solicitud.

Las **576 solicitudes** de eutanasia registradas en todo el territorio nacional, se han distribuido del siguiente modo: Cataluña 175, País Vasco 40, Madrid 62, Comunidad Valenciana 46, Islas Baleares 22, Canarias 21, Galicia 17, Aragón 26, Asturias 19, Castilla-León 25, Navarra 19, Andalucía 46, Murcia 5, Cantabria 17, La Rioja 5, Castilla-La Mancha 20, Extremadura 11, Melilla 0 y Ceuta 0 (gráfica 1).



Gráfica 1. Solicitudes de ayuda para morir durante 2022, en España.

CC.AA	Solicitadas	Realizadas	PAM realizadas respecto a las solicitadas (%)
TOTAL	576	288	50
Cataluña	175	91	52
Madrid	62	38	61
Andalucía	46	27	59
Comunidad Valenciana	46	24	52
País Vasco	40	24	60
Aragón	26	8	30
Castilla y León	25	10	40
Islas Baleares	22	6	27
Canarias	21	10	48
Castilla-La Mancha	20	7	35
Navarra	19	13	68
Asturias	19	8	42
Galicia	17	7	44
Cantabria	17	6	37,5
Extremadura	11	3	27
La Rioja	5	4	80
Murcia	5	2	40
Ceuta	0	0	0
Melilla	0	0	0

Tabla 1. Solicitudes recibidas y prestaciones realizadas de ayuda para morir durante el año 2022 por Comunidad o Ciudad Autónoma.

	2021*	2022	TOTAL
Solicitudes recibidas	173	576	749
Iniciadas con la primera solicitud	72	347	419
Iniciadas mediante un documento de instrucciones previas	3	14	17
Prestaciones realizadas	75	288	363
Modalidad 1 (administración por profesional sanitario)	Datos no disponibles	236	-
Modalidad 2 (autoadministración)		11	-
Fallecimiento del solicitante durante la tramitación del procedimiento	32	152	184

* Para interpretar estos datos debemos tener en cuenta que la LORE se aprobó y entró en vigor en junio de 2021. Por tanto, los datos de 2021 corresponden a un periodo de 6 meses, mientras que en 2022 corresponden a los 12 meses del año.

Tabla 2. Solicitudes de ayuda para morir, prestaciones realizadas y fallecimientos de los solicitantes en el transcurso de la tramitación del procedimiento, durante los años 2021 y 2022.

El Sistema de Información de la Eutanasia tiene la dificultad en su diseño de cualquier sistema de gestión de datos complejos, por lo que puede considerarse en desarrollo. Tiene por objeto unos procesos regulados por una Ley, la LORE, novedosa en aspectos de gran relevancia en términos jurídicos, médicos y sociales.

No debe ocultarse que todo ello requiere de una evaluación minuciosa. Además, es preciso disponer de un conjunto de datos fiables y rigurosos que permitan verificar una evaluación del sistema LORE en la mayor parte de aspectos posibles.

Este Informe del SIE sobre el año 2022 es por tanto una primera versión de un sistema de explotación estadística que deberá ir depurándose y ofrecerá por tanto nuevos datos y prestaciones. Es pues muy importante seguir trabajando en los sistemas de información para ampliar y mejorar los indicadores evaluados, así como la implementación de los datos fuente proporcionados por las diversas CCAA a partir de su papel fundamental en el sistema.

A pesar de los retos que tenemos por delante, tales como la actualización y mejora del SIE, la actualización del Manual de Buenas Prácticas (MBP) y los procesos de formación del personal sanitario, entre otros, cabe afirmar que el primer año y medio de funcionamiento de la ley en nuestro país ha sido satisfactorio, como puede deducirse de este Informe.

2. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Sanidad, en el ejercicio de la función que le atribuye la Disposición adicional tercera. LORE, ha recibido de las diversas CCAA y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria los datos precisos, contenidos en sus respectivos informes según lo dispuesto en el art. 18 e) LORE, y ha procedido a la elaboración del informe anual referido en dicha Disposición, cumpliendo además con lo dispuesto en ella en relación con la encomienda al Ministerio para su publicación y presentación.

Con este Informe, se da conocimiento a las diferentes instituciones, asociaciones, gestores y profesionales sanitarios, así como a la ciudadanía en general, sobre el desarrollo del sistema LORE de prestación de ayuda para morir en España durante el año 2022.

Los datos primarios aportados en este informe se han obtenido de la aplicación informática del SIE, proporcionados desde las CC.AA. y el INGESA.

Se ha pretendido que el informe sea accesible para un público amplio, evitando en lo posible emplear terminología jurídica y/o médica.

3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

3.1. PRIMERA SOLICITUD E INFORME DEL MÉDICO/A RESPONSABLE

Toda persona que cumpla los requisitos previstos en el artículo 5 de la LORE tiene derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. Estos son:

1. Nacionalidad española, residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite estancia superior a 12 meses en España.
2. Ser mayor de 18 años.
3. Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.
4. Ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

El procedimiento comienza con una primera solicitud, presentada por escrito, en presencia de un profesional sanitario, fechada y firmada por ambas partes. El médico/a responsable (MR) será el interlocutor principal del paciente durante todo el proceso de prestación de ayuda para morir. Si el paciente presentase su solicitud a otro profesional sanitario, éste responderá de su traslado inmediato al MR.

El MR verificará que el paciente cumple los requisitos antedichos. Si el MR estimara que no los cumple, deberá comunicárselo por escrito, explicando los motivos. Este mismo Informe desfavorable deberá enviarlo a la Comisión de Garantía y Evaluación de la comunidad o ciudad autónoma (CGyE). El paciente podrá reclamar la decisión del MR a la CGyE en el plazo de 15 días.

Si se cumplen los requisitos, el MR inicia un **proceso deliberativo** con el paciente donde le informará sobre su diagnóstico, las diferentes alternativas de tratamiento y posibilidades de actuación. Se incluirá en dicha información lo referido a los cuidados paliativos y las prestaciones sociales a los que el paciente pudiera tener derecho. Toda la información se facilitará por escrito y de forma comprensible.

3.2. SEGUNDA SOLICITUD

Transcurridos al menos 15 días desde la primera solicitud, el paciente presentará una **segunda solicitud**. Tras ésta y en los 2 días naturales siguientes, se retomará el proceso deliberativo, con el fin de resolver, en el plazo de 5 días naturales, cualquier duda de la persona solicitante. Pasadas 24 horas del fin de ese proceso deliberativo, el paciente confirmará si quiere continuar con el proceso. De ser así, procederá a firmar el documento de **consentimiento informado** del acto de realización de la prestación.

3.3. INFORME DEL MÉDICO/A CONSULTOR/A

Tras finalizar el proceso deliberativo y firmar el consentimiento informado, el MR deberá consultar el caso con un **médico/a consultor/a (MC)** con formación en el ámbito de la enfermedad del paciente y que no pertenezca al mismo equipo del MR. El MC estudiará el caso, examinará en su caso a la persona solicitante y se cerciorará de que se cumplen los requisitos legales. A continuación, emitirá un Informe con su pronunciamiento, que podrá contener dos decisiones:

- **Desfavorable:** Al considerar que no se cumplen los requisitos de la LORE. Este Informe podrá ser objeto de reclamación por el paciente ante la CGyE durante 15 días.
- **Favorable:** En tal caso, el MR comunicará al paciente en 24 horas desde la recepción del Informe del MC, la continuación del procedimiento si lo estima oportuno. Simultáneamente, el MR dispondrá de 3 días hábiles para solicitar de la CGyE la **verificación del procedimiento**.

3.4. VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN POR PARTE DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

La Presidencia de la CGyE designará, de entre sus miembros, a un médico/a y a un/a jurista (dupla) para verificar que se cumplen los requisitos establecidos en la LORE.

La dupla dispondrá de 7 días naturales para la elaboración del Informe de Verificación y su remisión a la presidencia de la CGyE.

El informe de la dupla contendrá uno de los tres pronunciamientos siguientes:

- **Desfavorable:** Al considerarse que no se cumplen los requisitos.
- **Favorable:** Al considerar que se cumplen los requisitos.
- **Ausencia de pronunciamiento por desacuerdo** entre ambos profesionales (médico/a y jurista) sobre el cumplimiento de las condiciones legales requeridas: la decisión se llevará al pleno de la CGyE, que decidirá definitivamente.

En el primer caso, la presidencia de la CGyE dictará una Resolución, notificada a MR y solicitante, rechazando la solicitud por los motivos obrantes en el Informe de la dupla, que se adjuntará a dicha Resolución.

En el segundo caso, la presidencia de la CGyE notificará a MR y solicitante la Resolución favorable, adjuntando el Informe emitido por la dupla.

En el tercer caso, el Pleno de la CGyE resolverá las discrepancias adoptando una decisión definitiva.

3.5. REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

La Resolución de la CGyE favorable abre la vía para que la persona solicitante y el MR acuerden lugar, modo y fecha de realización de la prestación.

El lugar podrá ser un centro sanitario (público, privado o concertado), el propio domicilio o el centro residencial de la persona solicitante.

La modalidad deberá ser escogida por la persona solicitante de entre las dos siguientes:

- modalidad 1: la administración de fármacos la realiza el equipo asistencial
- modalidad 2: autoadministración, cuando la realiza el propio paciente, tras la prescripción o suministro de la medicación por parte del equipo asistencial.

3.5.1. Flexibilidad en tiempo y forma de la prestación de ayuda para morir

Una vez autorizada la prestación por la CGyE, el MR y el paciente **acordarán el “lugar, tiempo y forma”** de realización de la prestación. El momento adecuado en el que se debe prestar la ayuda para morir debe estar presidido por la delicadeza, circunspección y trascendencia que el acto exige. Por tanto, se aplicará la flexibilidad necesaria de acuerdo con el paciente.

La persona solicitante podrá expresar su deseo de que la prestación se lleve a cabo en una fecha determinada y concreta.

Se considera que la persona solicitante debe disponer de una ventana de flexibilidad de **hasta 2 meses** para escoger una fecha cierta para la prestación, que deberá en todo caso acordarse con el MR y el equipo asistencial.

Dentro de dicho plazo, la fijación de una fecha concreta no requiere documento de solicitud de aplazamiento, salvo que solicitante o MR estimen oportuno que ello quede documentado.

3.5.2. Aplazamiento de la administración de la ayuda para morir

El artículo 6.3 de la LORE recoge expresamente la posibilidad de que el paciente pueda pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

La solicitud de aplazamiento por parte del paciente es un supuesto distinto al de la elección de fecha, dentro del plazo de dos meses, definido en el apartado anterior. Tampoco debe confundirse el aplazamiento de la administración de la

ayuda para morir con la revocación de la solicitud manifestada por la persona solicitante, que pone fin al procedimiento y que puede realizarse en cualquier momento.

La solicitud de aplazamiento solo puede realizarse una vez la CGyE ha emitido su informe favorable a la realización de la prestación. La persona solicitante deberá cumplimentar el **documento de solicitud** de aplazamiento establecido al efecto.

El lapso total máximo de ampliación del plazo de aplicación de la prestación será de **6 meses** a contar desde la fecha de recepción de la notificación favorable de la CGyE, y siempre que el paciente siga satisfaciendo todas las condiciones requeridas.

Si transcurrieran más de seis meses sin haber solicitado la aplicación de la prestación autorizada, la CGyE procederá, a solicitud del interesado, a la revisión del cumplimiento de las condiciones que autorizaron en su día la prestación.

En caso de perder la capacidad de hecho durante el periodo de aplazamiento aplicado, y no haber modificado el documento de instrucciones previas existente, la prestación se realizaría al vencimiento del aplazamiento, siempre que se sigan satisfaciendo las condiciones legales establecidas.

3.5.3. Revocación de la prestación de ayuda para morir

La revocación consiste en la declaración de voluntad de la persona solicitante por la que comunica su deseo de finalizar el procedimiento de solicitud de ayuda a morir o a la prestación si esta hubiere sido ya autorizada.

La declaración deberá reflejarse en el **documento formulario por la persona solicitante y el MR**.

A la recepción de dicho documento se tendrá por finalizado el procedimiento. Así pues, cuando la persona quiera volver a solicitar la prestación tendrá que iniciar de nuevo el proceso, es decir, volver a entregar la primera solicitud. El MR podrá ser el mismo que en el anterior proceso.

La revocación puede darse en cualquier momento comprendido entre la firma de la primera solicitud y el momento anterior a la aplicación de la prestación.

3.6. VERIFICACIÓN POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN POR PARTE DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Tras la aplicación de la prestación y el *exitus* del paciente, el MR remitirá dos documentos a la CGyE en un máximo de cinco días hábiles:

- **Documento 1º:** Que contiene la filiación completa de la persona solicitante, así como la identificación del MR, MC y sus datos de colegiación.
- **Documento 2º:** Con información detallada pero anonimizada de datos y del proceso seguido (sexo y edad del paciente, fecha y lugar de la muerte, patología de base, etc.). Este segundo documento será el utilizado por los miembros de la CGyE para la realización de la verificación de la corrección en la aplicación de la prestación.

Toda la documentación de los actos preparatorios se archivará en la historia clínica del paciente.

La documentación de la CGyE se custodiará en los archivos propios de este órgano en los términos dispuestos en la regulación establecida en la normativa específica de la Comunidad Autónoma.

Actuación de la CGyE durante el procedimiento

La CGyE de cada Comunidad y Ciudad Autónoma es el órgano administrativo encargado de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la LORE en su ámbito territorial, así como de autorizar la aplicación de la prestación de ayuda a morir. Sus funciones son:

1. **Verificación previa** para la realización de la prestación y, en caso de ser favorable, autorizarla.
2. Dirimir el posible desacuerdo entre los dos miembros de la CGyE designados (dupla) para realizar el Informe de verificación.
3. Resolver las **reclamaciones en los casos y términos establecidos en la LORE**.
4. Requerir al centro sanitario, en caso de resolución favorable tras una reclamación, para continuar el procedimiento desde el punto en que se interrumpió.
5. Realizar el control o **verificación posterior** a la realización de la prestación de la ayuda para morir, en base a la documentación correspondiente (documentos 1º y 2º).
6. Homogeneizar criterios, intercambiar **buenas prácticas** y proponer mejoras en los protocolos y manuales junto con las demás CGyE y el Ministerio de Sanidad.
7. Actuar como **órgano consultivo** en su ámbito territorial en relación a la aplicación de la LORE por los servicios sanitarios implicados.
8. Elaborar un **Informe Anual** de evaluación de la aplicación de la LORE en su territorio.
9. Cualquier otra función que pueda atribuirle la Comunidad Autónoma o, en el caso de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.

3.7. TABLA RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR

1. Primera solicitud:

- 1.1. El MR comprueba los requisitos legales y su cumplimiento.
- 1.2. Informe negativo MR si no se cumplen los requisitos (puede reclamar a la CGyE).
- 1.3. Inicio del proceso deliberativo.
- 1.4. Información de alternativas de tratamiento y proceso médico.

2. Segunda solicitud (15 días después):

- 2.1. Proceso deliberativo.
- 2.2. Consentimiento informado (24 horas después).
- 2.3. Informe MR. En caso de informe desfavorable, la persona solicitante puede reclamar ante la CGyE.

3. Informe del MC (10 días)

- 3.1. El MC visita al paciente y corrobora los requisitos.
- 3.2. En caso de informe desfavorable, la persona solicitante puede reclamar ante la CGyE.

4. Verificación previa de la CGyE:

- 4.1. Verificación previa por parte de dos miembros de la CGyE (dupla: médico y jurista), de toda la documentación del procedimiento, incluso acceso al paciente si lo consideraran preciso. El informe puede ser:
 - a. Favorable
 - b. Desfavorable
 - c. Sin informe por desacuerdo de la dupla

5. Realización de la prestación de ayuda para morir

6. Verificación posterior de la CGyE: documento 1º y 2º

Tabla 2. Resumen procedimiento de solicitud para la prestación de ayuda a morir.

4. SOLICITUDES Y PRESTACIONES REALIZADAS DE AYUDA PARA MORIR DURANTE EL AÑO 2022

Las solicitudes recibidas y las prestaciones realizadas durante todo el año 2022, distribuidas por CC.AA., se pueden observar en la *Tabla 1*.

En el año 2022 se han declarado **576 solicitudes** para la prestación de ayuda para morir en todo el territorio nacional, correspondiendo a las siguientes CC.AA.: Cataluña 175, País Vasco 40, Madrid 62, Comunidad Valenciana 46, Islas Baleares 22, Canarias 21, Galicia 17, Aragón 26, Asturias 19, Castilla-León 25, Navarra 19, Andalucía 46, Murcia 5, Cantabria 17, La Rioja 5, Castilla-La Mancha 20, Extremadura 11, Melilla 0, Ceuta 0.

CC.AA	Solicitadas	Realizadas	PAM realizadas respecto a las solicitadas (%)
TOTAL	576	288	50
Cataluña	175	91	52
Madrid	62	38	61
Andalucía	46	27	59
Comunidad Valenciana	46	24	52
País Vasco	40	24	60
Aragón	26	8	30
Castilla y León	25	10	40
Islas Baleares	22	6	27
Canarias	21	10	48
Castilla-La Mancha	20	7	35
Navarra	19	13	68
Asturias	19	8	42
Galicia	17	7	44

CC.AA	Solicitadas	Realizadas	PAM realizadas respecto a las solicitadas (%)
Cantabria	17	6	37,5
Extremadura	11	3	27
La Rioja	5	4	80
Murcia	5	2	40
Ceuta	0	0	0
Melilla	0	0	0

Tabla 1. Solicitudes recibidas y prestaciones realizadas de ayuda para morir durante el año 2022 por Comunidad o Ciudad Autónoma.

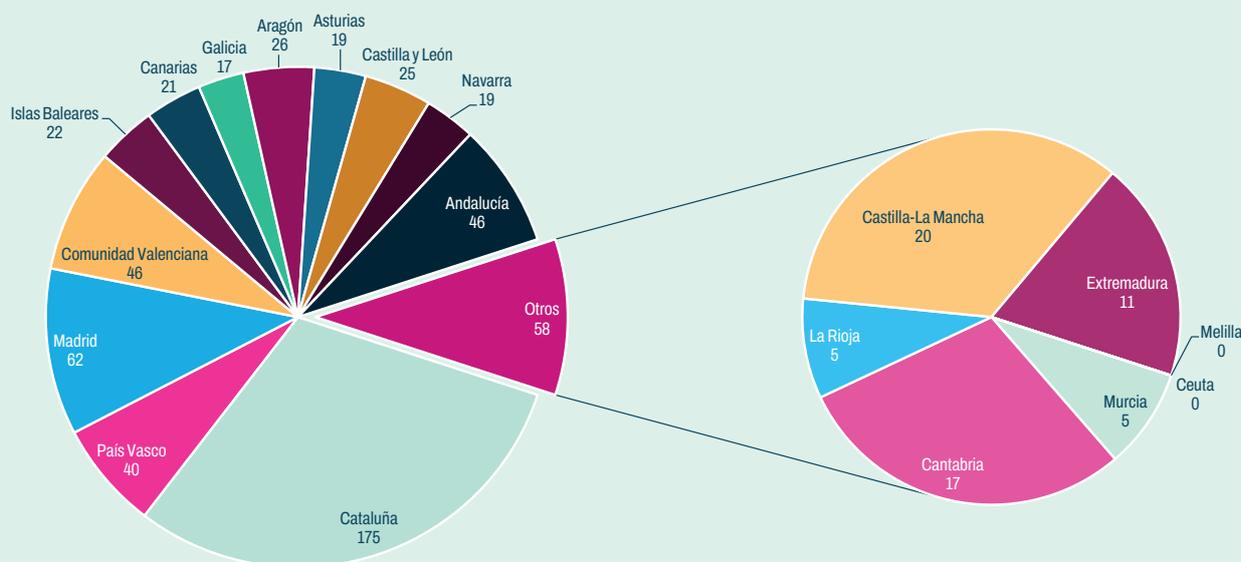
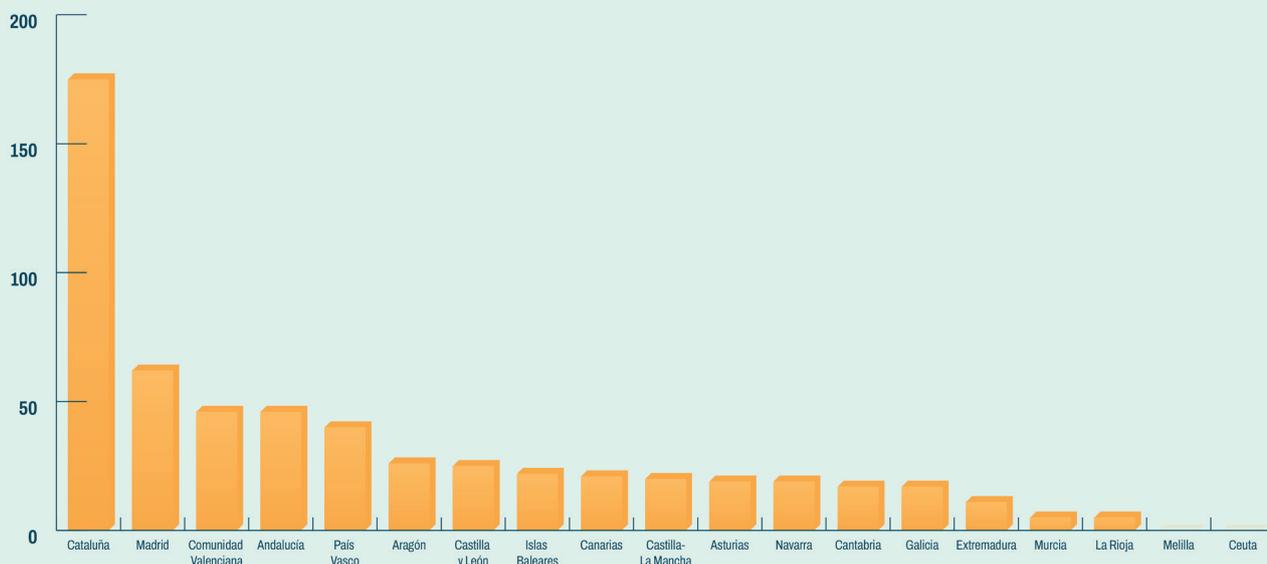


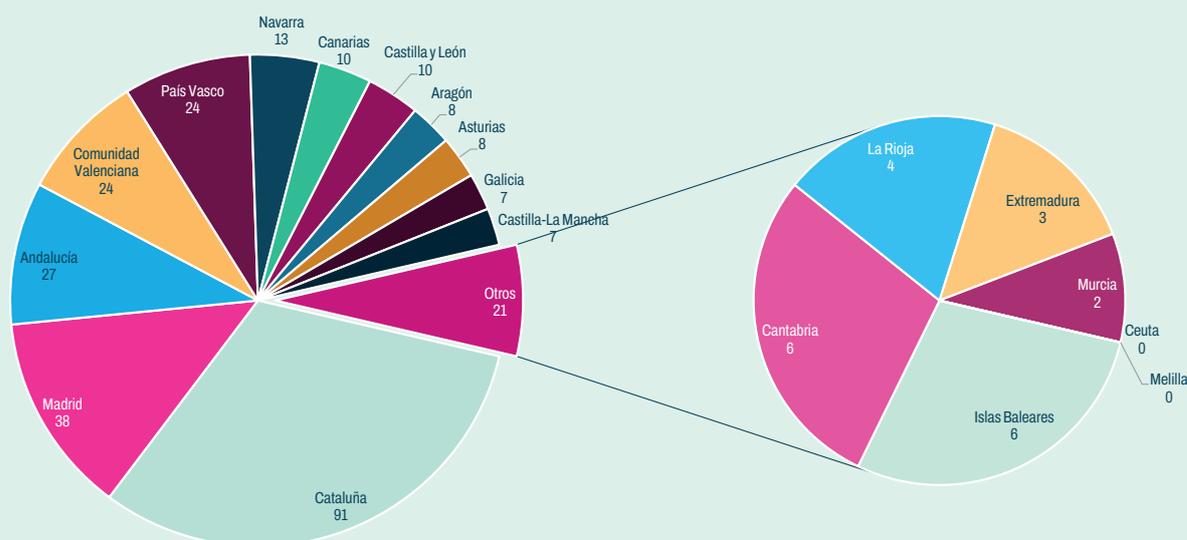
Gráfico 2. Solicitudes realizadas para la prestación de ayuda para morir, por Comunidades y Ciudades Autónomas, durante el año 2022.

De las 576 solicitudes de PAM que ha habido en 2022, en **48** de ellas no disponemos de datos en SIE puesto que no se registran aquellas solicitudes que no llegan a tener un informe del MR. Esto puede suceder por varios motivos: que el solicitante, durante el proceso deliberativo, manifieste su deseo de no querer continuar con el procedimiento; que el solicitante haya fallecido; o bien, haya surgido algún acontecimiento que demore o dificulte la tramitación de la PAM.



Gráfica 1. Solicitudes de ayuda para morir durante 2022, en España.

De estas solicitudes, las **prestaciones realizadas** han sido de **288**, distribuidas por orden descendente: Cataluña 91, Madrid 38, Andalucía 27, Comunidad Valenciana 24, País Vasco 24, Navarra 13, Canarias 10, Castilla y León 10, Aragón 8, Asturias 8, Galicia 7, Castilla La Mancha 7, Islas Baleares 6, Cantabria 6, La Rioja 4, Extremadura 3, Murcia 2, Ceuta 0 y Melilla 0.



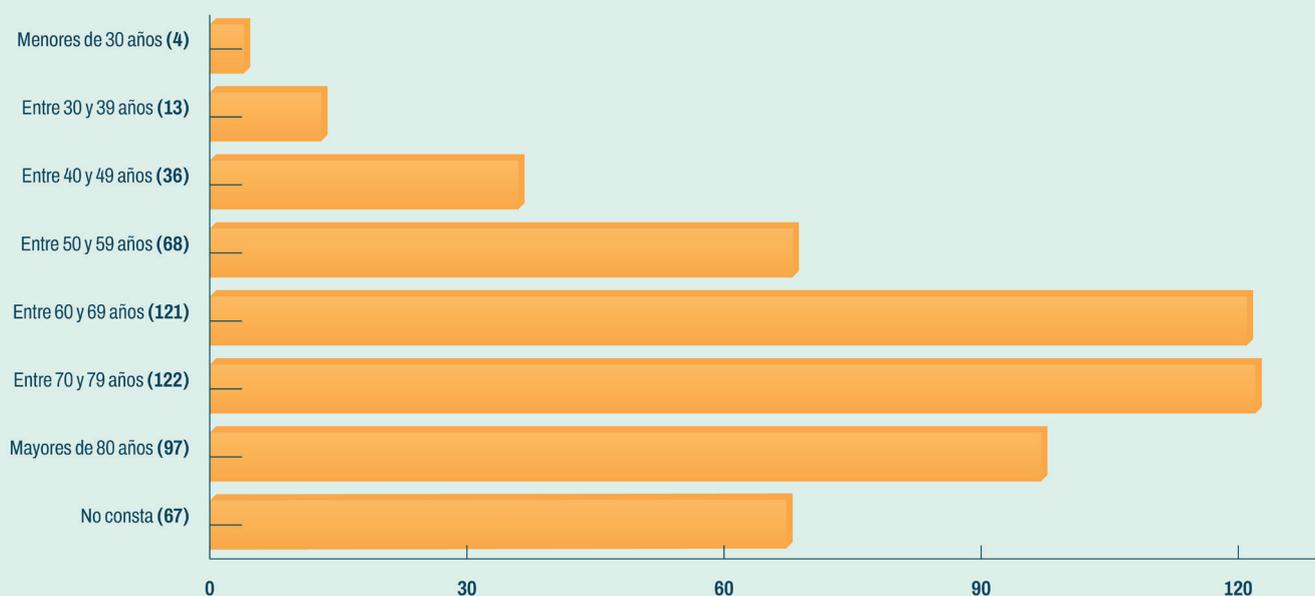
Gráfica 3. Prestaciones realizadas, por Comunidades y Ciudades Autónomas, durante el año 2022.

5. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES

5.1. EDAD Y SEXO DE LA PERSONA SOLICITANTE

La edad de las personas que solicitaron la prestación de ayuda para morir oscila entre los 29 y 97 años de edad. La media de edad fue de 66,37 años para las mujeres y 67,32 años para los hombres, con una mediana de 65 años para las mujeres y 66 años para los hombres.

Dichos datos se pueden observar representados en las gráficas que aparecen a continuación.



Gráfica 4. Edad de los solicitantes de la prestación, durante el año 2022.

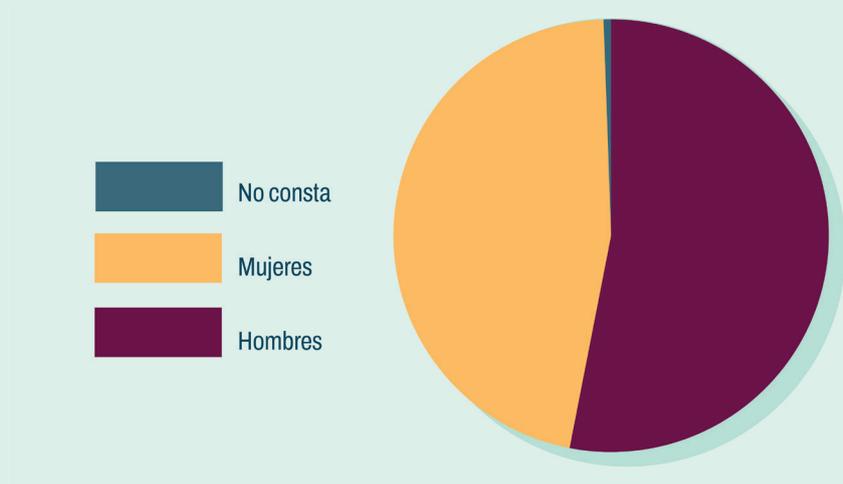
La distribución por edad de la persona que solicita la prestación puede observarse en la *Tabla 3*. De esta manera, del total de las solicitudes recibidas, **4** pertenecen a personas menores de 30 años, **13** personas tenían entre 30 y 39 años, **36** personas estaban entre los 40 y 49 años, **68** entre 50 y 59 años, **121** personas entre 60 y 69 años, **122** entre 70 y 79 años y **97** de ellas son mayores de 80 años.

Del total de solicitudes realizadas y a través de los datos remitidos por las CC.AA., en **67** de las solicitudes no constaba la edad de la persona solicitante.

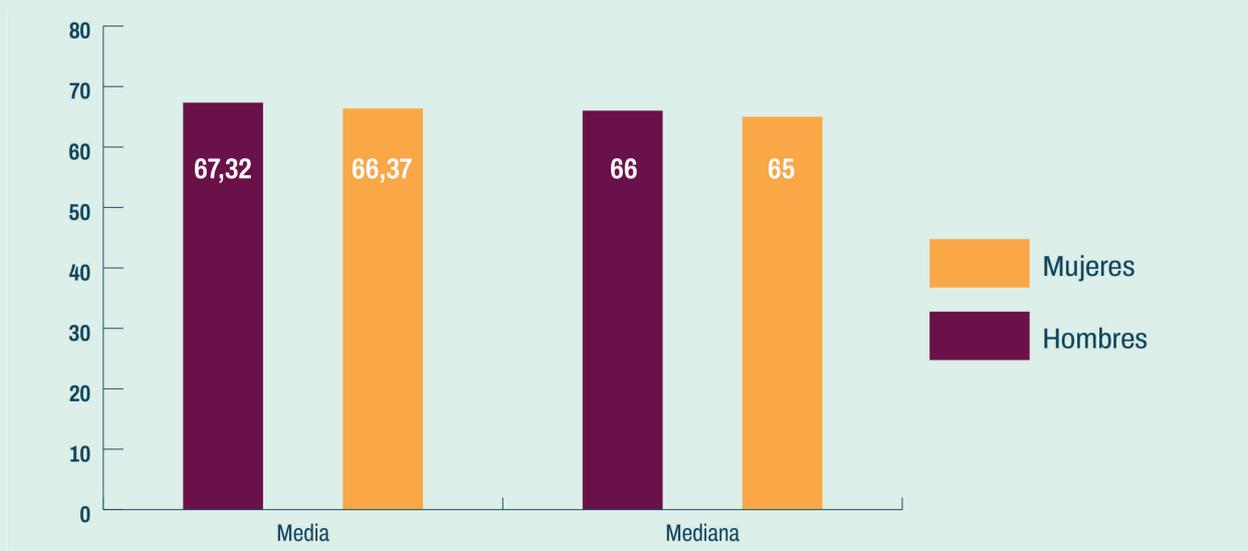
<i>Edad</i>	<i>Nº Solicitantes</i>
< 30 años	4
Entre 30 y 39 años	13
Entre 40 y 49 años	36
Entre 50 y 59 años	68
Entre 60 y 69 años	121
Entre 70 y 79 años	122
> 80 años	97
No consta	67

Tabla 3. Edad de las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir durante 2022.

Respecto al sexo de las personas solicitantes, 281 solicitudes provinieron de hombres y 245 fueron de mujeres. No disponemos de datos sobre 2 de las solicitudes.



Gráfica 5. Distribución de solicitudes de la prestación, por sexo de los pacientes.

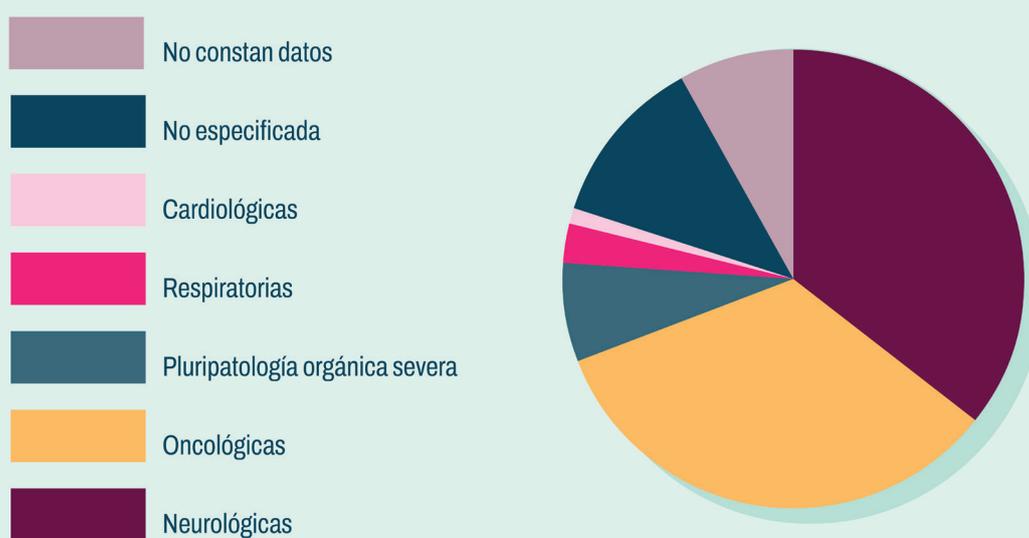


Gráfica 6. Media y mediana de edad de las personas solicitantes durante el 2022.

5.2. ENFERMEDAD DE BASE DE LAS PERSONAS SOLICITANTES

Del total de solicitudes tramitadas para la prestación de ayuda para morir, la patología de base mayoritaria en las personas solicitantes ha sido la enfermedad neurológica. Se está trabajando en la ampliación de los indicadores del SIE para recoger el diagnóstico exacto de las personas solicitantes.

Del total de las 576 solicitudes presentadas, destacamos que **205** (35,59%) fueron enfermedades neurológicas, seguidas de **192** (33,33%) enfermedades oncológicas y otras **40** (6,94%) a causa de pluripatología orgánica severa. Además, hay otras **16** (2,77%) registradas como enfermedades respiratorias, **7** (1,21%) como cardiológicas y **68** (11,80%) como otras enfermedades no especificadas. No constan datos en **48** solicitudes (8%).



Gráfica 7. Enfermedad de base de las personas solicitantes en 2022.

En la *Tabla 4* se establece la distribución de las enfermedades que padecían los pacientes que solicitaron la prestación. Se reflejan los datos de las patologías declaradas desde que entró en vigor la LORE, en junio de 2021.

Al observar las cifras registradas en cuanto al número de solicitudes de la prestación desde que se comenzó a aplicar la LORE, se aprecia un aumento de solicitudes de pacientes con enfermedades neurológicas y oncológicas, entre 2021 y 2022, siendo estos grupos de patologías los mayoritarios.

Cabe destacar que los datos recogidos durante el año 2021 se corresponden con un periodo de 6 meses. Esto se explica puesto que comenzó a realizarse en junio de 2021, tras entrar en vigor la Ley y, por tanto, tras el comienzo de la solicitud y aplicación de la prestación de ayuda para morir.

<i>Enfermedad</i>	<i>2021</i>		<i>2022</i>		<i>Total</i>
Neurológica	40	53%	205	36%	245
Oncológica	22	29%	192	33%	214
Pluripatología	4	5%	40	7%	44
Respiratoria	3	4%	16	3%	19
Cardiovascular	0	0%	7	1%	7
Otras	3	4%	68	12%	71
No consta	3	4%	48	8%	51
TOTAL	75		576		651

Tabla 4. Enfermedad de base de todos los pacientes registrados en SIE desde que entró en vigor la LORE en junio de 2021.

5.3. CAPACIDAD DE HECHO Y SOLICITUDES INICIADAS MEDIANTE INSTRUCCIONES PREVIAS

Entre los requisitos previstos en la LORE para solicitar la prestación de ayuda para morir figura la capacidad de hecho: es decir, la persona debe ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

Toda persona que no reúna dichos requisitos se encuentra en situación de incapacidad de hecho. En tal caso nadie puede solicitar la prestación.

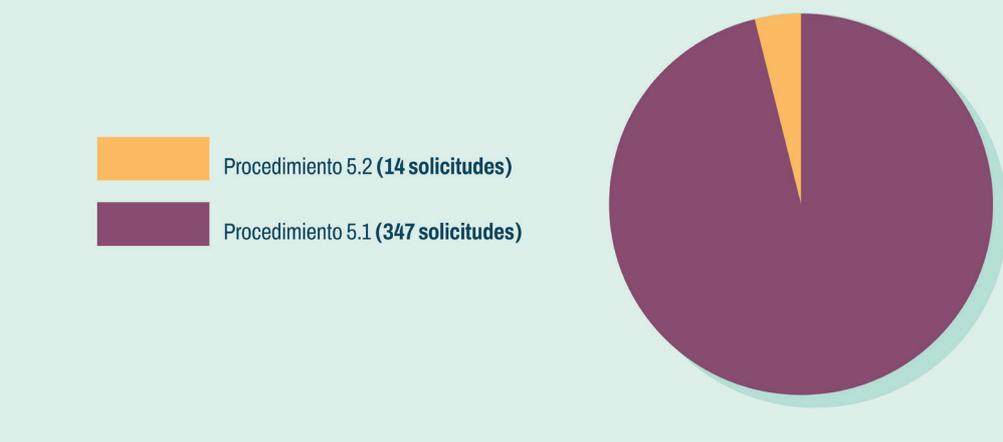
Ahora bien, la ley establece el supuesto excepcional de que la persona solicitante hubiere cumplimentado, estando en condiciones de capacidad para hacerlo, un documento de **instrucciones previas (IP) o equivalente (cada Comunidad dispone de una ley propia al respecto en donde el documento posee distinta denominación o regulación)**. En tales documentos la persona registra su voluntad previa sobre el cuidado o tratamiento de su salud, frente a aquellas situaciones en que no fuera capaz de expresarlas personalmente.

La valoración de la capacidad de hecho constituye una actividad de carácter clínico que corresponde al MR, de acuerdo a las técnicas habituales. En la práctica clínica, esta valoración comienza por una entrevista durante la cual el MR valora la capacidad de comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección por parte de la persona solicitante. En aquellos casos donde el MR tenga dudas sobre la capacidad de hecho de la persona solicitante, puede recurrir al apoyo de otros profesionales sanitarios expertos. Una vez el MR ha valorado la situación de capacidad o incapacidad de hecho, el MC corrobora, en su caso, la existencia de esa situación emitiendo un informe favorable o desfavorable que deberá constar en la historia clínica del paciente.

De inicio se asume que las personas solicitantes de la PAM poseen la capacidad de hecho prevista como requisito de la LORE para realizar la solicitud. Sólo en caso de duda sobre la capacidad de hecho de la persona solicitante se solicitará apoyo de otros profesionales. Además, está disponible el *Protocolo de Actuación del Anexo IV del Manual de buenas prácticas de Eutanasia* como herramienta de apoyo para la valoración.

La LORE distingue en el artículo 5 un procedimiento referido a los solicitantes con capacidad de hecho (art. 5.1) y un procedimiento (art. 5.2) cuando se trata de solicitudes realizadas mediante instrucciones previas.

De las 576 personas que solicitaron la ayuda para morir en 2022, 347 personas lo han hecho mediante el procedimiento del art. 5.1 (con capacidad de hecho), mientras que las solicitudes tramitadas por el procedimiento del art. 5.2 (mediante redacción de instrucciones previas) han sido 14 y todas ellas con representante legal. Del resto de solicitudes, no se dispone de esta información.



Gráfica 8. Solicitudes tramitadas mediante procedimiento 5.1 (con capacidad de hecho) y mediante procedimiento 5.2 (con instrucciones previas) durante el año 2022.

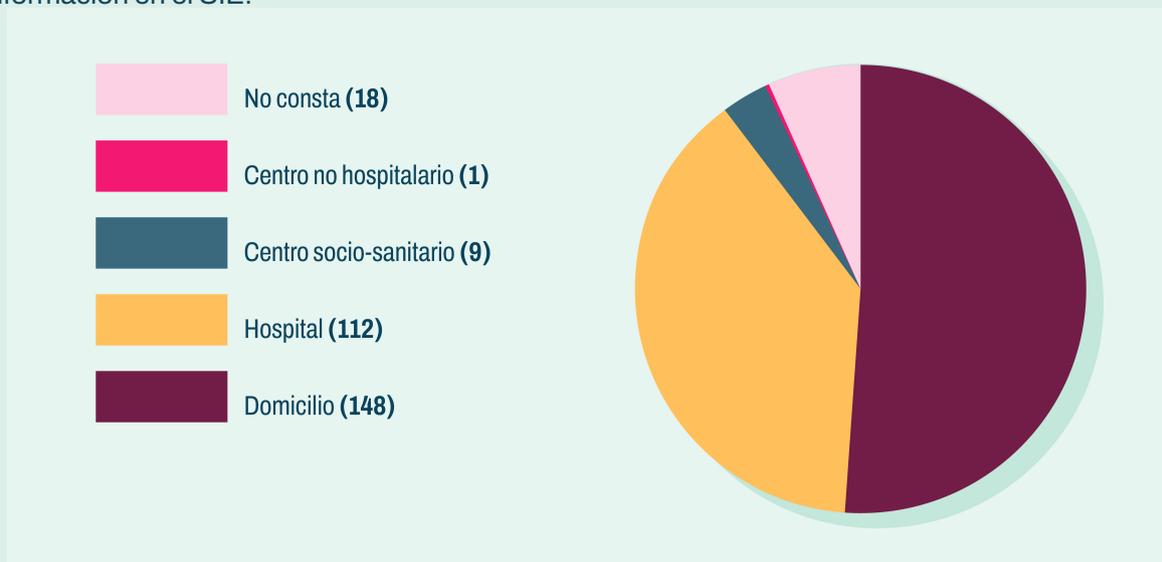
5.3.1. Solicitudes en las que el MR ha adelantado la tramitación de la segunda solicitud

El plazo establecido por la LORE entre la primera y segunda solicitud es de un mínimo de 15 días naturales. Durante esta etapa de tramitación, entre la 1ª y 2ª solicitud, el MR puede considerar que la persona solicitante presenta un alto riesgo de pérdida de su capacidad de hecho de manera inminente. Sólo en este caso se podrá aceptar cualquier periodo menor a 15 días naturales entre las dos solicitudes.

Durante el año 2022, se han registrado un total de **82** casos en los que el MR ha considerado oportuno disminuir el periodo de tiempo entre la 1ª y 2ª solicitud por considerar que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado era inminente.

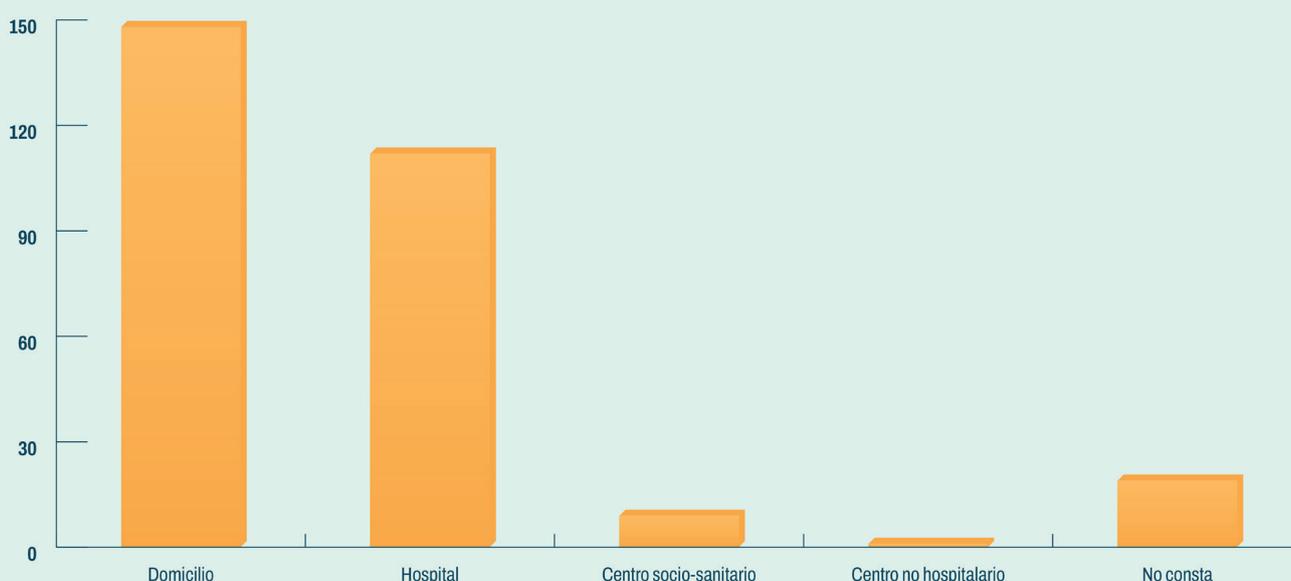
6. ÁMBITO O LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN

Los lugares o ámbitos donde se ha realizado la prestación pueden observarse en la Gráfica 9. La prestación de ayuda a morir en 148 ocasiones ha sido en el domicilio del paciente, 112 en hospital, 9 en centros socio-sanitarios, 1 en centro no hospitalario (como residencias) y en 18 ocasiones no consta esta información en el SIE.



Gráfica 9. Ámbito asistencial donde se ha realizado la prestación.

En las Gráficas 9 y 10 se muestra la distribución por ámbito asistencial donde se realizó la prestación de ayuda para morir (hospital, centro socio-sanitario, centro no hospitalario o domicilio). El ámbito donde se realiza la solicitud, no siempre coincide con aquel donde finalmente se realiza la prestación.



Gráfica 10. Ámbito asistencial donde se ha realizado la prestación.

6.1. LAS PRESTACIONES EN EL ÁMBITO PRIVADO

La mayoría de solicitudes y prestaciones se producen en el ámbito de la asistencia pública, aunque también se ha realizado la prestación en algunos centros del ámbito privado. Con respecto a las solicitudes y prestaciones en servicios privados/concertados realizadas durante 2022, se atendieron 4 solicitudes.



Gráfica 11. Ámbito asistencial de realización de la solicitud.

7. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR DURANTE SU REALIZACIÓN

La prestación de ayuda para morir se puede llevar a cabo en dos modalidades de acuerdo a la LORE y según queda recogido en el Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia:

- **Modalidad 1:** la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
- **Modalidad 2:** la prescripción o suministro al paciente por parte del equipo sanitario de una sustancia, de manera que la propia persona solicitante la pueda tomar o autoadministrar (por vía oral o vía endovenosa).

La realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios. Durante la realización de la prestación de ayuda para morir, el equipo asistencial debe permanecer presente en todo el proceso.

Durante el año 2022 se empleó la modalidad 1, es decir, se realizó administración directa por parte del equipo sanitario, en **265** ocasiones. La modalidad 2 se declaró en **5** casos, siendo por autoadministración intravenosa en 3 casos y por vía oral en 1. En un caso no se concretó la vía de administración.

En los 18 casos restantes de las 288 PAM que se llevaron a cabo en 2022, no se registró este dato en SIE.

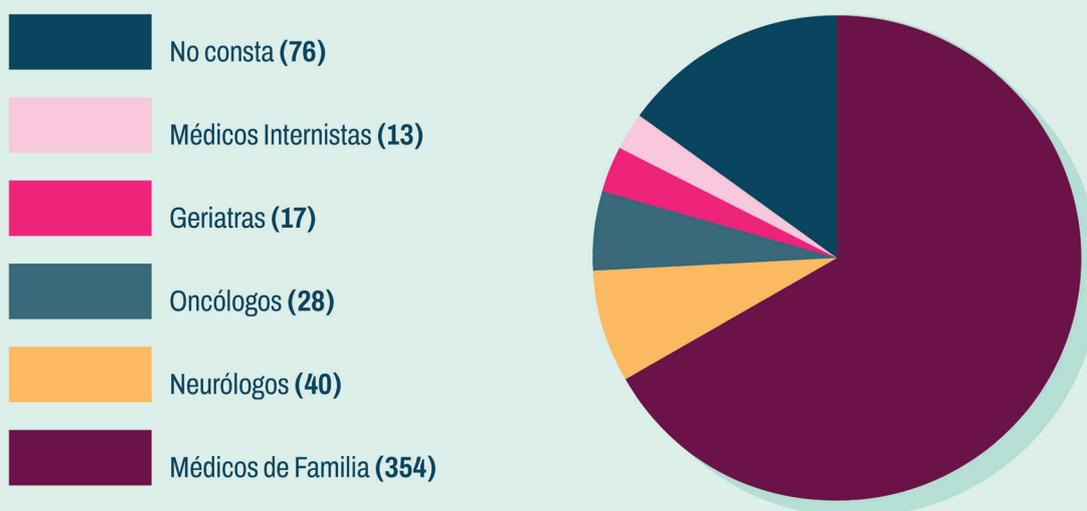
8. ROL DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS

En la *Tabla 6* que figura a continuación, se exponen las solicitudes clasificadas en función de la especialidad de los MR que han participado en los procedimientos, así como la de los MC.

Especialidad	MR	MC
Medicina familiar y comunitaria	354	57
Neurología	40	123
Oncología	28	58
Geriatría	17	0
Medicina interna	13	34
No consta	76	256

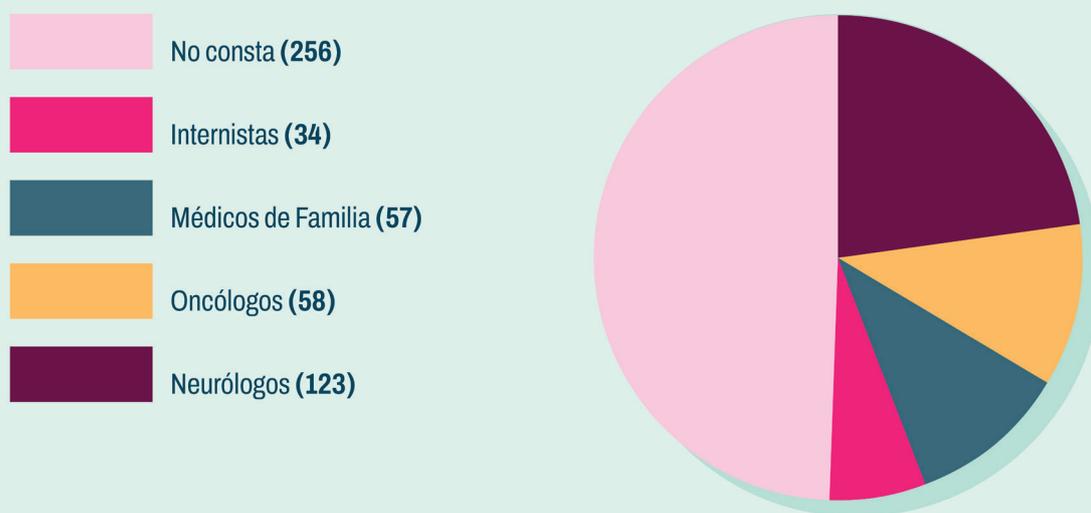
Tabla 6. Especialidad de los médicos/as que han recibido solicitudes y ejercido como MR y/o MC durante las prestaciones del año 2022.

Respecto a la especialidad de los **MR** que han tramitado la solicitud de la prestación, 354 eran de medicina de familia (64,71%), 40 de neurología (7,31%), 28 de oncología (5,11%), 17 de geriatría (3,10%), 13 de medicina interna (2,37%) y en 76 no consta la especialidad (14,39%), habiendo sido clasificada como “otros”.



Gráfica 12. Especialidad de los médicos/as que han recibido solicitudes y ejercido como MR.Á

Respecto a la especialidad de los **MC**, 123 era neurología (22,48%), 58 oncología (10,6%), 57 medicina de familia (10,42%), 34 medicina interna (6,21%) y en 256 casos no consta la especialidad (48,48%).



Gráfica 13. Especialidad de los médicos/as que han recibido solicitudes y ejercido como MC.

9. PERSONAS QUE REVOCARON O APLAZARON LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

9.1. REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN

Durante el procedimiento, existe la posibilidad de que el paciente desee revocar (renunciar) el procedimiento, en los términos descritos en 3.5.3.

El SIE (Sistema de Información para Eutanasia) recoge tres indicadores de revocación:

- Durante o después del proceso deliberativo y antes de la firma del consentimiento informado.
- Tras la firma del consentimiento informado, pero antes de la resolución de la CGyE.
- Tras la resolución favorable de la CGyE.

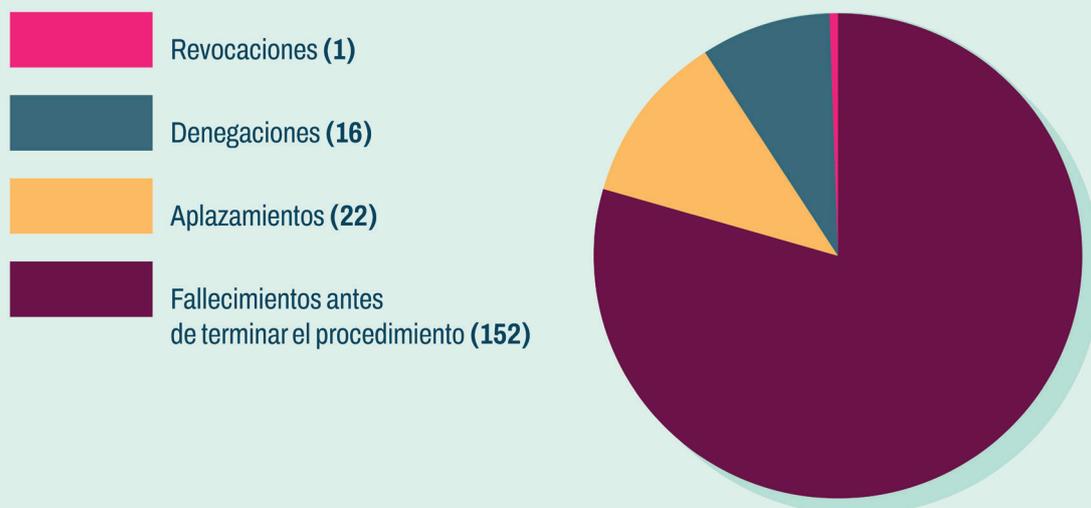
Durante el año 2022, se ha producido tan solo 1 caso de revocación y fue registrado como revocación durante o después del proceso deliberativo y antes de la firma del consentimiento informado.

9.2. APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN

El artículo 6.3 de la LORE recoge la posibilidad de pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir. Para ello, el solicitante deberá rellenar el documento de solicitud de aplazamiento correspondiente.

El tiempo de ampliación del plazo de aplicación de la prestación se fija en un máximo de 6 meses a contar desde la fecha de recepción de la notificación favorable de la CGyE. Si con el transcurso de los seis meses no se ha aplicado la prestación autorizada, se recomienda la revisión por la CGyE de las condiciones de cumplimiento y, de no haberse procedido, deberá entenderse que la autorización ha decaído.

Durante el año 2022, se produjeron 22 casos de aplazamientos de la prestación.



Gráfica 14. Aplazamientos, revocaciones, denegaciones y fallecimientos antes de acabar el procedimiento, durante el año 2022.

10. RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Las personas que solicitan la prestación de ayuda para morir pueden presentar reclamaciones a la CGyE contra las denegaciones de su solicitud. Las denegaciones pueden producirse por:

- a) informe desfavorable del MR
- b) informe desfavorable del MC
- c) informe desfavorable de la dupla de la CGyE

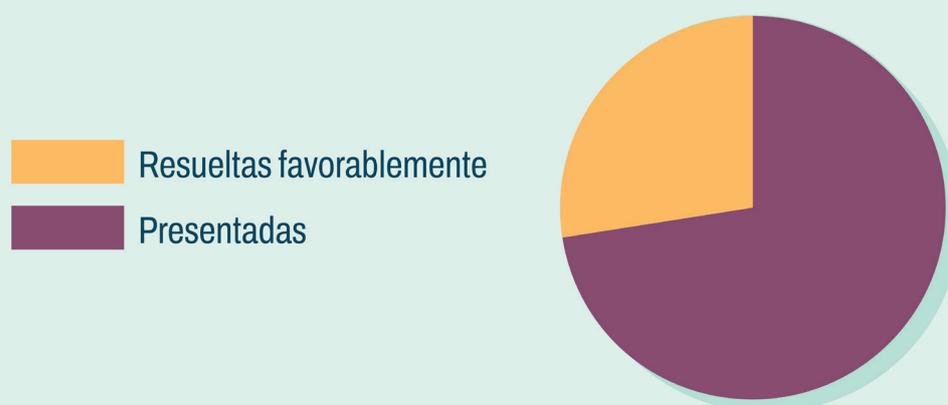
El Pleno de la CGyE también será el encargado de resolver de forma definitiva en caso de discrepancia del profesional médico y jurista (dupla de la CGyE), según el artículo 10.3 de la LORE.

Las CGyE resuelven además los conflictos de intereses entre las personas involucradas en el procedimiento según el artículo 14 de la LORE.

La CGyE resolverá en el plazo de **20 días naturales** las reclamaciones que formulen las personas solicitantes en todos estos supuestos. Para ello, se designará a la dupla que redactará el informe de la reclamación y decidirá si precisa una entrevista con el MR o con el paciente, para examinarlo. Además, valorarán la necesidad de otros informes complementarios de profesionales externos. Finalmente, procederán a la deliberación y votación que estimará o desestimará la reclamación.

El procedimiento de reclamación se explica con más detalle en el Anexo I.

Durante el año 2022, **61** personas presentaron una reclamación ante la CGyE. De éstas, se resolvieron favorablemente un total de **23** de ellas.



Gráfica 15. Reclamaciones presentadas a la CGyE, durante el año 2022.Á

11. RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVA

Tras la resolución desfavorable de una reclamación por parte de la CGyE, la persona solicitante puede presentar una reclamación ante la jurisdicción contencioso-administrativa:

En 2022 se han dictado dos sentencias por la jurisdicción contencioso-administrativa, reconociéndose en uno de ellos el derecho del recurrente y denegándose en el otro.

12. PERSONAS QUE FALLECIERON ANTES DE FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO

En 152 casos se produjo el fallecimiento antes de terminar el procedimiento de prestación de ayuda para morir (27,78%). De los 152 casos, 22 de ellos no llegaron al trámite de verificación del Comité de Garantía y Evaluación (4,02%).:

La media de fallecimientos antes de la prestación se sitúa en 26,7 días, con una mediana de 19,7 días. Las causas más frecuentes de fallecimiento fueron la insuficiencia respiratoria, la sedación paliativa y el fallo multiorgánico.

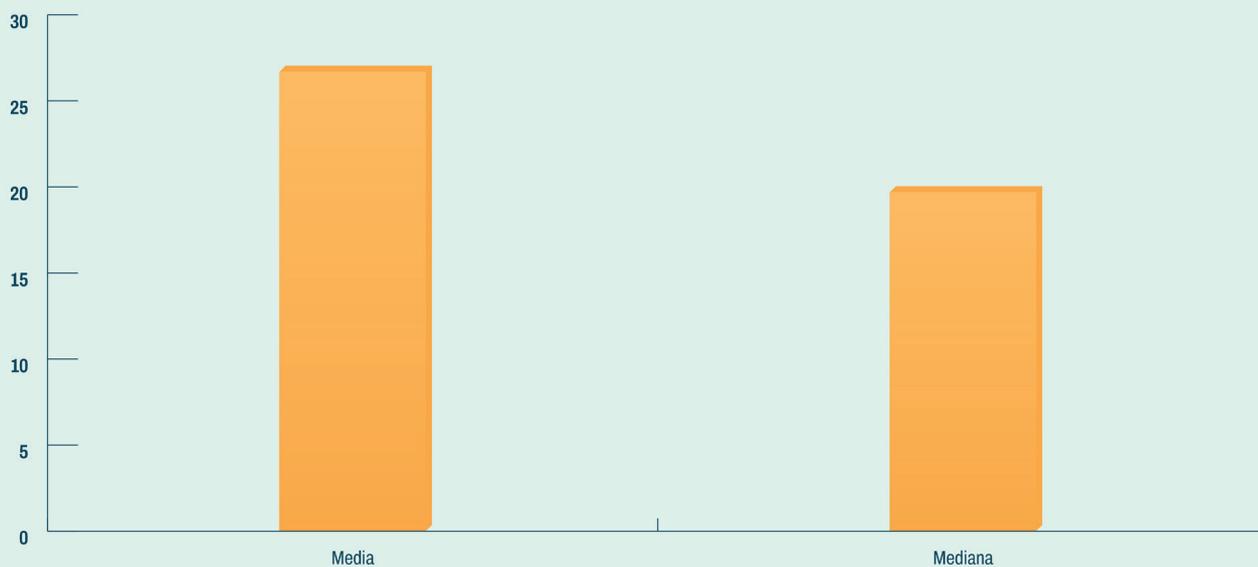


Gráfico 16. Fallecimientos antes de la finalización del procedimiento.

13. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Toda persona que planifica su final de vida tiene derecho a recibir información sobre la posibilidad de ser donante de órganos y tejidos. De acuerdo con el protocolo de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), cuando la persona expresa interés por la donación, el MR se pone en contacto con el Coordinador de Trasplantes (CT) del hospital de referencia quien explica al paciente las particularidades del proceso de donación en este contexto de fallecimiento. El consentimiento para la donación se firma una vez que la prestación de ayuda para morir ha sido aprobada por la CGyE. Dicho consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin perjuicio de recibir la prestación de ayuda para morir tal y como el paciente la haya concebido. Esta opción es posible en todas las CC.AA.

Desde que comenzó a aplicarse la LORE, han sido **49** personas las que han donado sus órganos tras recibir la prestación de ayuda para morir. El primer caso tuvo lugar en agosto de 2021. A lo largo de ese año, se registró un total de 7 donaciones. Durante el año 2022, fueron 42 las personas que donaron sus órganos tras fallecer en estas circunstancias. Estas donaciones han permitido que **135** pacientes, hayan recibido el trasplante que necesitaban, incluyendo trasplantes combinados (más de un órgano) (Tabla 7).

	2021	2022	Total
Nº donantes eficaces	7	42	49
Nº órganos extraídos	28	164	192
Nº órganos trasplantados	27	137	164
Nº de pacientes trasplantados	22	113	135

Tabla 7. Donaciones, extracciones y trasplantes de órganos en pacientes que han solicitado la prestación de ayuda para morir.

14. PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA LEY

La LORE establece unos plazos mínimos durante las distintas etapas del procedimiento, es decir, desde la primera solicitud y hasta la realización de la prestación de ayuda para morir.

Los intervalos establecidos y recogidos a través de los indicadores registrados en SIE y facilitados por las CC.AA. durante el año 2022, son los siguientes:

1. **Entre la 1ª solicitud y la prestación** de ayuda para morir, han pasado 75,1 días de media con una mediana de 55,5 días.
2. **Entre la 1ª y 2ª solicitud** han pasado 25,9 días de media con una mediana de 16,5 días.

La ley establece que entre la 1ª y 2ª solicitud deben pasar al menos 15 días.

Se contempla la reducción del plazo de 15 días entre la primera y la segunda solicitud, cuando el MR considere que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, en función de las circunstancias clínicas concurrentes.

3. **Entre la 2ª solicitud hasta el informe del MC** han pasado 13,1 días de media con una mediana de 8 días.

Tras verificar el cumplimiento de los anteriores requisitos, el MC deberá remitir su informe al MR en el plazo máximo de 10 días naturales desde la fecha de la segunda solicitud.

4. **Entre el informe del MC hasta la resolución por la CGyE** han resultado 12,3 días de media y una mediana de 11 días. El plazo máximo establecido en la LORE para esta fase es de 14 días, sumando todos sus plazos intermedios.

Cuando el informe del MC sea favorable, el MR comunicará al presidente de la CGyE, en el plazo máximo de 3 días hábiles desde la recepción del informe del MC, la solicitud de la prestación y el cumplimiento de los requisitos, para proceder a su verificación.

Una vez recibida la comunicación del MR, el presidente/a de la CGyE designará, de entre sus miembros y en el plazo máximo de 2 días naturales, a un profesional de medicina y a un jurista (dupla) con el fin de verificar si, a su juicio, se cumplen los requisitos establecidos en la LORE.

Tras examinar el caso y verificar el cumplimiento de todos los requisitos, los dos miembros designados remitirán su informe en el plazo máximo de 7 días naturales al presidente/a de la CGyE. A su vez, el presidente/a remitirá dicho informe al MR en el plazo máximo de 2 días naturales.

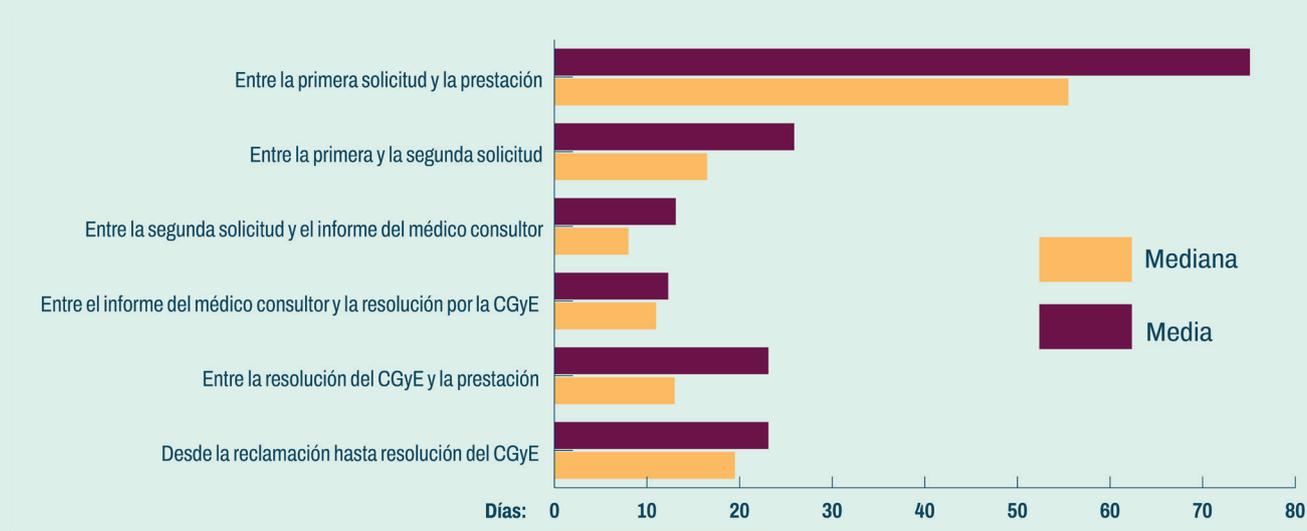
5. **Entre la resolución favorable del CGyE y la prestación** han existido 23,1 días de media con una mediana de 13 días.

Una vez concedida la prestación por la CGyE, el MR y el paciente acordarán el plazo de realización de la prestación.

6. **Desde la reclamación hasta resolución del CGyE** han existido 23,1 días de media con una mediana de 19,5 días.

La LORE establece que la CGyE resolverá en el plazo de 20 días naturales las reclamaciones que formulen las personas solicitantes ante los siguientes casos:

- informe desfavorable del MR
- informe desfavorable del MC
- informe desfavorable de la dupla de la CGyE



Gráfica 17. Intervalo de días existentes en las distintas fases del procedimiento, durante el año 2022.

**PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA LEY
A LO LARGO DEL PROCEDIMIENTO DE AYUDA PARA MORIR**

Días según LORE		2021	2022	
		Media	Media	Mediana
Entre la 1ª solicitud y la prestación	No establecido*	60	75	55,5
Entre la 1ª y 2ª solicitud	Al menos 15 días	21	26	16,5
Entre la 2ª solicitud hasta el informe del MC	Máximos 10 días naturales	13	13	8
Entre el informe del MC hasta la resolución de la CGyE	14 días	13	12	11
Entre la resolución favorable de la CGyE y la prestación	Acordado por MR y paciente	25	23	13
Desde la reclamación hasta resolución de la CGyE	20 días naturales	19	23	19,5

* Este plazo no está establecido como tal en la LORE. Se puede realizar una estimación aproximada de un plazo entre 30 y 40 días para la resolución de la CGyE de acuerdo a los plazos mínimos y máximos establecidos en la Ley. Una vez que la CGyE ha resuelto favorablemente, el plazo es muy variable puesto que el solicitante dispone de un margen de flexibilidad de hasta 2 meses para recibir la prestación.

Tabla 7. Plazos establecidos por la Ley durante la PAM.

15. VALORACIÓN DE LA PRESTACIÓN DURANTE EL AÑO 2022

En todo el año 2022 se han declarado 576 solicitudes de la prestación de ayuda para morir. Estas solicitudes se distribuyen de forma heterogénea por las distintas CC.AA. del país. Con los datos que se aportan al SIE es difícil establecer conclusiones sobre estas diferencias. Una Comunidad Autónoma con un porcentaje alto de PAM realizadas respecto a las solicitadas puede deberse a un buen funcionamiento de la LORE en ese territorio, pero, también podría ser porque las personas solicitantes cumplen en mayor medida el contexto eutanásico que requiere la ley, o bien, podría ser también por una notificación sesgada de aquellos casos que llegan más lejos en el procedimiento de eutanasia.

Lo mismo sucede con la situación contraria. Podemos encontrar CC.AA. con porcentajes más bajos de realización de PAM al declarar todas las solicitudes presentadas y no sólo aquellas que estén más avanzadas. Es decir, con los datos actuales, no podemos establecer conclusiones a partir del porcentaje de PAM realizadas y es necesario seguir mejorando los sistemas de información para que se declaren todas las solicitudes (incluyendo aquellas en las que sólo consta una primera solicitud).

Una de las principales limitaciones detectadas este año es que en el SIE sólo quedan declaradas aquellas solicitudes que ya tienen un informe favorable o desfavorable del MR correspondiente. Aquellas solicitudes que hubieran sido presentadas a un médico/a objetor/a de conciencia y que no hubieran encontrado un MR a tiempo, o que hubieran sufrido demoras por cualquier otro motivo, podrían estar infraestimadas en el informe al no quedar declaradas.

De la misma forma sucede con la tramitación de las solicitudes. De las 48 solicitudes que no continuaron el proceso de tramitación de la prestación, no podemos conocer el motivo. Podría deberse a que la persona hubiera encontrado dificultades en la tramitación, pero también que la propia persona hubiera desistido del procedimiento. De la misma manera, haría falta recoger más datos para saber las causas de la falta de tramitación.

De las 528 solicitudes que continuaron el proceso, la segunda solicitud fue adelantada por el MR en 82 casos. Esto nos permite deducir también la situación de gravedad de las personas solicitantes de esta prestación, ya que un 15% de ellas tenían un riesgo inminente de perder la capacidad de hecho.

Respecto a las características de las personas solicitantes, no se han encontrado grandes diferencias en relación al sexo (45% mujeres y 55% hombres); en relación a la edad, si bien se ha realizado la prestación en personas jóvenes, la mayoría de prestaciones se han llevado a cabo en mayores de 60 años, sobre todo entre los 60 y 80 años.

En relación a la patología de base de las personas solicitantes, las enfermedades neurológicas siguen estando a la cabeza seguidas de las enfermedades oncológicas. Así, podemos observar cómo se han modificado el peso de éstas en 2022 respecto a 2021. Si en 2021 las enfermedades neurológicas eran casi el doble que la oncológicas, este año podemos observar que los porcentajes de ambos grupos son muy similares, con 3 puntos porcentuales de diferencia (36% las neurológicas y 33% las oncológicas). Esto puede explicarse por el hecho de que las enfermedades neurológicas graves son más crónicas y era esperable que una vez realizada la prestación a aquellas personas que llevaban años esperándola, el número de solicitudes por esta causa disminuyera. En relación a las enfermedades oncológicas es esperable que éstas sigan siendo un número significativo de las causas que motiven la eutanasia. En cuanto a la pluripatología, también vemos un aumento respecto a 2021 (de un 5 a un 7%); algo que también era esperable si nos basamos en datos de países que llevan más años con la eutanasia en vigor.

La mayoría de solicitudes de eutanasia se realizan por personas con capacidad de hecho, y en menos del 5% de los casos se ha iniciado el procedimiento con un documento de instrucciones previas que la persona solicitante había dejado escrito antes de perder la capacidad de hecho y a través de su representante legal.

La eutanasia es una prestación que se realiza de forma preferente en el ámbito de la atención primaria y en la sanidad pública. De todas las prestaciones, sólo el 1% se llevó a cabo en centros privados o concertados. Respecto al lugar elegido por las personas solicitantes para la eutanasia fue el hospital en el 38% de los casos, siendo preferido en el resto de personas solicitantes su lugar de residencia habitual (domicilio o residencias). Además, el 76% de los MR del año 2022 son médicos/as de familia.

Respecto a la especialidad de MC, al ser preferible que sea una persona experta en la enfermedad de la persona solicitante, era esperable que las especialidades mayoritarias sean neurología y oncología, siendo igualmente muy importante el número de médicos/as de familia en los MC.

La mayoría de personas prefieren que la medicación de la ayuda para morir sea administrada por el equipo sanitario en lugar de ser administrada por ellos mismos (91% de las personas a las que se realizó la prestación).

Analizando las revocaciones y aplazamientos podemos deducir que la mayoría de personas que inician el proceso de solicitud de eutanasia no cambian de opinión durante el mismo. Sólo una persona decidió renunciar a su derecho a la prestación (revocación) y 22 personas (7.6%) dejaron para unas semanas más tarde la realización de la prestación, una vez aprobada.

Respecto a las reclamaciones, de las 528 solicitudes tramitadas, 105 fueron denegadas bien por el MR, el MC o la dupla de la CGyE (un 19,5% de denegaciones del total tramitadas). Más de la mitad (el 58%) de estas denegaciones fueron reclamadas a la CGyE, y un tercio de éstas fueron resueltas favorablemente. Es por tanto un proceso garantista en el que tiene que constar siempre la existencia de tres informes favorables (MR, MC y CGyE) y a pesar de todo este proceso, la mayoría de las solicitudes tramitadas cumplen todos los requisitos a la primera. No obstante, cuando hay dudas en alguno de los informes y se deniega la prestación, la persona solicitante puede reclamar a la CGyE para una nueva evaluación donde todavía se verifica que alguna solicitud previamente denegada cumple con el contexto eutanásico y los requisitos legales.

Si la CGyE deniega de nuevo la prestación tras una reclamación, todavía se puede valorar judicialmente tras una reclamación al contencioso-administrativo. En 2022, de los dos casos que siguieron esta vía, uno de ellos fue valorado favorablemente.

Este proceso complejo de valoración y de reclamaciones garantiza, por un lado, que en todos los casos de eutanasia se cumpla escrupulosamente la LORE y exista el contexto eutanásico, pero también impide que una persona que tenga derecho a la prestación pueda quedarse fuera por la existencia de dudas de alguno de los profesionales que lleva a cabo la valoración.

Sin embargo, todo este proceso requiere de unos plazos mínimos y teniendo en cuenta que las personas solicitantes padecen enfermedades muy graves y muchas de ellas en fase terminal, en algunas ocasiones el fallecimiento de la persona sucede antes de que se finalice el proceso de aprobación de la eutanasia. En 2022, casi un tercio de las personas solicitantes fallecieron antes de tener la prestación de eutanasia aprobada. La mediana del momento en la que se produjo el fallecimiento en todos los casos no llega a los 20 días. Teniendo en cuenta que se necesitan entre 30 y 40 días para cumplir todos los pasos previos al requerimiento de eutanasia, podríamos afirmar que, en la mayoría de casos, el fallecimiento prematuro no se produce por una demora injustificada de la prestación, sino por la gravedad de la enfermedad del paciente. En cualquier caso, los sistemas de información de eutanasia deben recoger bien toda la información para detectar aquellos puntos en los que se demoran más los plazos con el objetivo de mejorar la calidad de la prestación y que ninguna persona fallezca antes de recibir la eutanasia por una demora excesiva en el procedimiento de aprobación de la prestación.

Atendiendo a los plazos de la eutanasia, las medianas de días están por debajo de los máximos establecidos por la LORE. Es decir, de forma general, las prestaciones notificadas no se están demorando más de lo que exige la Ley.

Por último, observamos que las personas que reciben la prestación y que desean ser donantes de órganos, pueden cumplir con su última voluntad. En 2022, los 42 donantes eficaces que ha habido tras la prestación son un 14% de todas las personas que recibieron la eutanasia ese año.

16. CREACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE COORDINACIÓN DE LA EUTANASIA

16.1. CREACIÓN Y COMPOSICIÓN

La LORE dedica su capítulo V a las CGyE. El artículo 17 establece que existirá una CGyE en cada una de las Comunidades Autónomas, así como en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla y que la composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número determinado de miembros entre los que se incluirán personal de medicina, de enfermería y juristas. Además, se indica que el Ministerio de Sanidad y los presidentes/as de las CGyE de las Comunidades Autónomas se reunirán anualmente para el cumplimiento de la función de coordinación que la LORE atribuye al Ministerio, con el fin de homogeneizar criterios, intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud y cualquier otra actividad requerida por la competencia de coordinación mencionada. (Art. 17.5 LORE).

A la entrada en vigor de la LORE se fueron constituyendo, según el plazo requerido, todas las CGyE y, a la entrada en vigor de la LORE en su totalidad se desplegó por parte del Ministerio de Sanidad un conjunto de acciones, especialmente en materia de formación, orientadas al despliegue del sistema LORE.

En cumplimiento de lo establecido en la LORE el Ministerio inició un conjunto de reuniones con las presidencias de las CGyE. Especialmente se convocaron reuniones integradas por dichas presidencias y el Comité Técnico de expertos/as que el Ministerio había creado para la elaboración del Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia que, como lo exigía la LORE, debía estar disponibles al momento de la entrada en vigor completa de la LORE lo que, según la Disposición Final Cuarta, se produjo el día 25 de junio, a los tres meses de su entrada en vigor.

En vigor la LORE, e iniciados ya los primeros procedimientos de ayuda a morir en aplicación de la misma, se advirtió rápidamente la necesidad de contar con los miembros de este Comité Técnico del Manual de Buenas Prácticas. E igualmente se advirtió enseguida la eficacia y calidad de los informes y acuerdos de dicho órgano ahora ya incluyendo a las Presidencias de las CGyE.

La necesidad de revisar periódicamente el MBP y de poner en común el desarrollo de la prestación de eutanasia en todo el territorio estatal para mantener un sistema constante de evaluación y mejora recomendó enseguida, como así se hizo, la realización de reuniones periódicas. La inmediata apreciación de la validez y calidad del trabajo colaborativo resultante de estas reuniones entre presidentes/as de las CGyE y miembros del Comité Técnico del Manual de Buenas Prácticas junto con el grupo coordinador de la prestación en el Ministerio de Sani-

dad han puesto de manifiesto la conveniencia de disponer de la expertise que en breve tiempo ha adquirido este órgano informal.

Lo anterior sugiere la conveniencia de proporcionar una cierta naturaleza de permanencia a lo que bien podría denominarse, Comisión Estatal de Coordinación de la Eutanasia, pues tal denominación no hace sino describir la necesaria función que ha terminado desempeñando.

Desde diversos orígenes, ramas de conocimiento y adscripciones administrativas, quienes han ido realizando las funciones descritas, constituyen una valiosa selección de expertos, desde diversas disciplinas, en la aplicación de la LORE.

16.2. FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDAD

El grupo anteriormente mencionado se reúne de forma periódica para poner en común el desarrollo de la prestación en las distintas CC.AA. y para revisar también el contenido del MBP.

A lo largo del año 2022 se convocó tanto a presidentes/as de las CGyE como al conjunto de presidencias y Comité Técnico con esta finalidad. En las primeras reuniones de este grupo se pusieron en común las primeras experiencias del desarrollo de la Ley y posteriormente, a medida que ha ido aumentando la experiencia con la prestación, se ha empezado a revisar el MBP para mejorar su contenido.

Una de las principales actividades a lo largo del año 2022 ha sido la creación del SIE. Este sistema está permitiendo una mejor recogida y explotación de los datos que nos permiten evaluar cualitativa y cuantitativamente el rendimiento del sistema LORE en todo el territorio estatal.

El diseño del SIE, en el marco de la función de coordinación, ha corrido a cargo del Ministerio y ha sido objeto de evaluación y consideraciones en alguna de las reuniones celebradas. Desde el Ministerio de Sanidad, se ha puesto en marcha este SIE para su uso en el informe de evaluación de 2022.

Respecto al MBP, como ya se ha indicado, en 2022 se empezaron a comenzar a considerarse la introducción de algunas mejoras en análisis, estudio y debate a lo largo de 2023.

En resumen, las presidencias de las CGyE y el Comité Técnico de Eutanasia, en el marco de la misión de coordinación encomendada al Ministerio de Sanidad, ha realizado el siguiente conjunto de actividades:

- Reuniones periódicas de coordinación de la prestación de ayuda para morir en el territorio.

- Estudio compartido y resolución de las dudas o cuestiones surgidas a las CC.AA. durante la aplicación de la LORE.
- Realización de actividades de consultoría.
- Revisión permanente del Manual de Buenas Prácticas.
- Detección de posibles problemas en el cumplimiento de la LORE y proposición de medidas para su incorporación al Manual de Buenas Prácticas.
- Diseño, desarrollo y evaluación permanente del rendimiento del SIE.
- Elaboración del Informe nacional anual de la prestación de ayuda para morir.
- Organización y realización de un sistema de formación en las pericias requeridas por el sistema LORE.
- Realización de acciones de divulgación y transparencia en relación con el sistema LORE.

17. REFLEXIONES SOBRE LOS PRIMEROS MESES DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

La entrada en vigor de la LORE en junio de 2021 introdujo en nuestro país un **nuevo derecho individual** de las personas. Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital -contexto eutanásico- que puede comprometer su dignidad, y ello es percibido como una **necesidad social** demandada en nuestro país de modo constante durante mucho tiempo, es preciso que los poderes públicos activen una respuesta al problema. La LORE supone una réplica a estas situaciones desde el máximo respeto y defensa de nuestro sistema constitucional de derechos fundamentales. Muy especialmente del derecho a la vida y a la integridad personal, tal y como recientemente ha dejado sentado el Tribunal Constitucional español en sus Sentencias 19 y 94/2023, de 22 de marzo y 12 de setiembre respectivamente.

Con anterioridad, pero tras la elaboración, aprobación y entrada en vigor de la LORE, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en su Sentencia de 4 de octubre de 2022, *Affaire Mortier c. Belgique*, respaldó directa e indirectamente el sistema establecido en la LORE.

Con la entrada en vigor de la Ley, la prestación de ayuda a morir quedó incorporada en la Cartera Básica de Servicios del SNS y desde entonces ha quedado incluida como **una prestación más en la atención al final de la vida** y disponible para todas aquellas personas que puedan necesitarla y la demanden para garantizar una muerte digna.

En el año y medio de desarrollo de la LORE que se recoge en este informe, se puede concluir que la eutanasia es una prestación que **funciona adecuadamente en todo el país**. El buen funcionamiento de esta Ley no sería posible sin la implicación y coordinación de todos los agentes. Desde el Ministerio de Sanidad se puso rápidamente en marcha un Comité Técnico para la publicación de un Manual de Buenas Prácticas. Además, ha continuado coordinando esta prestación en todo el Estado con las CC.AA. que trabajan de forma cohesionada para adaptar la Ley a la realidad de sus respectivos territorios en el ejercicio de sus competencias. Las CGyE constituidas desde el primer momento, han trabajado incansablemente para hacer valer la Ley en cada caso que se les ha ido presentando y son un pilar fundamental en la mejora continua de la prestación. No podemos olvidar a los profesionales sanitarios que han aceptado e incorporado una nueva realidad a su práctica clínica diaria y sin los que la eutanasia no sería posible. Por último, debe destacarse el protagonismo de la propia sociedad civil que ha sido paciente con el desarrollo de la Ley y que la ha aceptado y acogido como la ampliación de derechos en que consiste.

Cabe mencionar la mejora de esta Ley por parte de organizaciones e instituciones como los comités de ética de las CC.AA. o el Comité de Bioética de España siempre presto a asesorar en el funcionamiento de la Ley, u órganos tan importantes como el Tribunal Constitucional que con sus dos sentencias emitidas en el año 2023 ha realizado una importante función de interpretación y reforzamiento de la LORE.

A pesar de todo esto, la LORE no deja de ser una Ley compleja, nueva y con fuertes implicaciones médicas, legales y sociales, y, por lo tanto, ha requerido y sigue requiriendo de un seguimiento y control de calidad continuados para mejorar tanto la realización de la prestación como la evaluación de su desempeño.

Desde el Ministerio de Sanidad, trabajando conjuntamente con las CC.AA. en el seno del CNE, deberemos afrontar una serie de retos en los próximos meses como son: ampliar aquellos apartados del MBP que se consideren oportunos para facilitar la práctica diaria de los equipos asistenciales, mejorar la formación a los profesionales implicados en la eutanasia, mejorar la divulgación al público general y seguir trabajando sobre los indicadores y el funcionamiento del SIE para una más rápida y completa evaluación del sistema LORE.

Todos estos aspectos seguirán debatiéndose y trabajándose por consenso en grupos de trabajo del CNE y se irán publicando para hacerlos accesibles a todos los equipos asistenciales, así como a pacientes y sociedad en general. Los canales para la difusión de toda esta información serán la renovación y actualización del apartado de eutanasia en la página web del Ministerio de Sanidad, la publicación de una segunda versión del MBP (y siguientes) y los informes de evaluación anual que vayan publicándose.

Si bien el balance del primer año y medio de funcionamiento de la LORE es satisfactorio, debemos seguir trabajando para que la eutanasia pueda llevarse a cabo en todas aquellas personas solicitantes que cumplan los requisitos de la forma más rápida que permita la Ley y de la forma más satisfactoria posible desde el máximo respeto a la seguridad jurídica. A su vez, debemos garantizar que todos los pasos del procedimiento puedan medirse y evaluarse de forma minuciosa. La eutanasia es, y debe seguir siendo, un garante de muerte digna y acompañamiento para todas aquellas personas, y sus familiares y allegados, que deseen acogerse a la prestación.

ANEXO I. RECLAMACIONES ANTE LAS COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN (CGyE)

Las personas que solicitan la prestación de ayuda para morir pueden presentar reclamaciones ante la CGyE, y en su caso ante la jurisdicción contencioso-administrativa en los siguientes supuestos:

- a) informe desfavorable del médico/a responsable (MR)
- b) informe desfavorable del médico/a consultor (MC)
- c) informe desfavorable de la CGyE

El Pleno de la CGyE también será el encargado de resolver de forma definitiva en caso de discrepancia del profesional médico y jurista (dupla de la CGyE), según el artículo 10.3 de la LORE.

Las CGyE resuelven además los conflictos de intereses entre las personas involucradas en el procedimiento según el artículo 14 de la LORE.

La CGyE resolverá en el plazo de **veinte días** naturales las reclamaciones que formulen las personas solicitantes en todos estos supuestos.

1. Reglas generales del procedimiento de resolución de las reclamaciones

1. Designación por el Presidente de dos miembros de la CGyE (dupla): médico/a y jurista de la CGyE que redactarán un informe sobre la reclamación. Dispondrán de la posibilidad de entrevistarse con MR y, si es necesario, podrán visitar o examinar al paciente.
2. Solicitud, si fuera preciso, de informes complementarios de otros profesionales que, en su caso, también podrán visitar y examinar al paciente.
3. Deliberación y votación del Informe de la dupla.
4. Resolución: deberá dar respuesta a los motivos de reclamación alegados y resolver sobre ella, poniendo especial cuidado en no pronunciarse sobre cualquier otro aspecto del procedimiento. Singularmente se abstendrá de contener apreciaciones que pudieran prejuzgar cualquier otro aspecto relacionado con el procedimiento.

2. Reglas específicas de resolución de reclamaciones frente a informe desfavorable del médico/a responsable (MR)

La Resolución del Pleno de la CGyE se ajustará a pronunciarse sobre los motivos alegados en la reclamación frente al Informe del MR, debiendo pronunciarse motivadamente sobre la confirmación o revocación de dicho Informe.

El/la presidente/a notificará la resolución del pleno de la CGyE a la persona reclamantes y al/la MR en el plazo más breve posible y, en todo caso, en el plazo de dos días naturales a partir de la fecha de adopción del acuerdo, por el medio más rápido dentro de los reconocidos como aptos por la legislación vigente.

El pronunciamiento de la CGyE podrá contener una de las siguientes dos decisiones:

- **Desestimación de la reclamación.** La persona solicitante tendrá abierta la vía jurisdiccional Contencioso-administrativa si así lo estimare.
- **Estimación de la reclamación:** La dirección del centro dispondrá de un plazo máximo de siete días naturales, para continuar con el procedimiento en el punto en que se interrumpió en los términos de la Resolución de la CGyE.

El MR que retome la prestación, podrá denegar de nuevo la prestación por un motivo diferente al que se denegó en un primer momento, **pero no sobre el motivo que ya resolvió favorablemente la CGyE**, si no existen nuevos datos o hechos que hayan cambiado la situación.

3. Reglas específicas de resolución de reclamaciones frente a informe desfavorable de médico/a consultor/a (MC)

Al igual que en la reclamación frente a informe del MR, la Resolución del Pleno de la CGyE sólo se pronunciará para estimar o desestimar el motivo específico que causó la desestimación inicial y las alegaciones contenidas en la reclamación.

Los supuestos de resolución de la CGyE podrán ser:

- *Si la resolución **desestima** la reclamación:* se comunicará a MR, MC y la persona solicitante. Esta tendrá abierta la vía jurisdiccional ante los tribunales del orden Contencioso-Administrativo.
- *Si la resolución **estima** la reclamación:* deberá notificarse a MR, MC, la dirección del centro y la persona solicitante. El procedimiento deberá reanudarse en el plazo de siete días naturales continuando desde el punto en que quedó interrumpido.

El MC que retome la prestación, podrá denegar de nuevo la prestación por un motivo diferente al que se denegó en un primer momento, **pero no sobre el motivo que ya resolvió favorablemente la CGyE**, si no existen nuevos datos o hechos que hayan cambiado la situación inicial.

4. Reglas específicas de resolución de reclamaciones frente a informe desfavorable de la dupla designada por la CGyF

- *Si la resolución de la CGyE **confirmara el informe desfavorable***: se notificará a la persona solicitante que tendrá abierta la vía jurisdiccional ante los tribunales del orden Contencioso-Administrativo.
- *Si la resolución de la CGyE **anulara el informe desfavorable***: Se notificará a la persona solicitante y al MR, lo antes posible, para continuar con el procedimiento.

5. Reglas específicas de resolución por el Pleno de la CGyE en el supuesto de discrepancias entre la dupla durante el proceso de verificación

En el supuesto de que el Informe de verificación no pudiera ser emitido por desacuerdo entre ambos, el Pleno de la CGyE, resolverá el desacuerdo en el modo de que quede constancia en el Acta de la sesión.

- *Si la resolución de la CGyE **estima que no se cumplen las condiciones***, se notificará en plazo a la persona solicitante que tendrá abierta la vía jurisdiccional, MR, MC y dirección del Centro.
- *Si la resolución de la CGyE **estima que se cumplen las condiciones legales***: se notificará a la persona solicitante, MR y MC para continuar con el procedimiento.

ANEXO II. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Elaboración propia. Comité técnico del Manual de BBPP en eutanasia

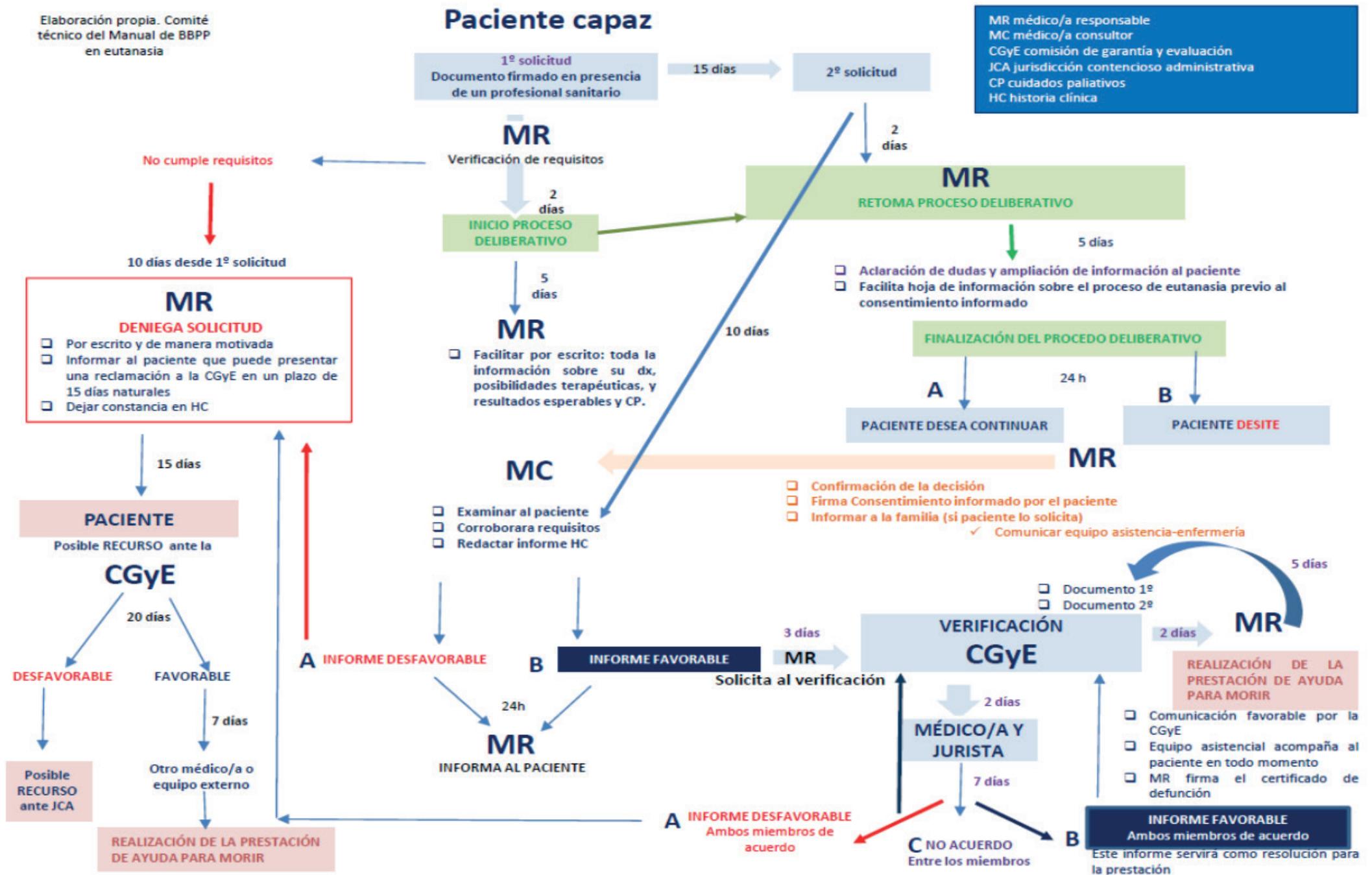


Imagen extraída del Manual de Buenas Prácticas de Eutanasia

ANEXO III. RESUMEN DE DATOS SOBRE LA PAM DURANTE EL AÑO 2022

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, establece en su art.18 punto e., elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto.

A fin de cumplimentar dicho apartado, el Ministerio de Sanidad, con los datos aportados por todas las CCAA., hace público este segundo informe sobre el año 2022.

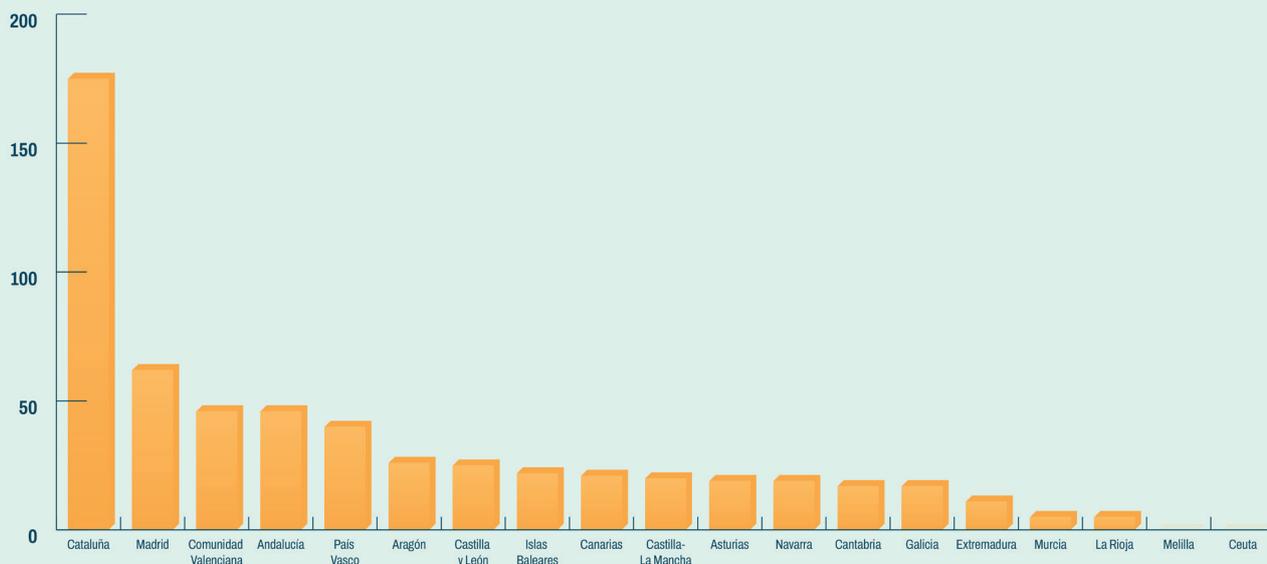
Hay que señalar que los datos aquí aportados se han obtenido a través de la aplicación informática SIE que han introducido cada una de las CCAA.

La fórmula de contabilización va por años naturales pudiendo producirse la solicitud en un año y la prestación al año siguiente, siendo contabilizada esa prestación en el año en que se ha producido.

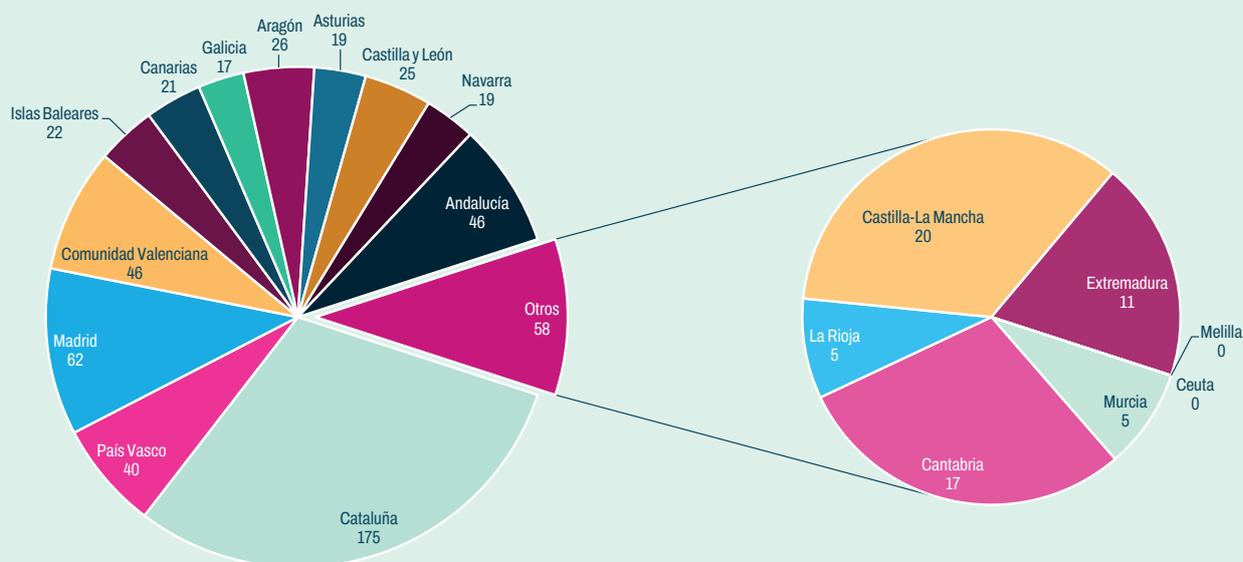
Con todo, podemos señalar que en el año 2022 se han declarado **576 solicitudes** de eutanasia en todo el territorio nacional, correspondiendo a las siguientes Comunidades Autónomas: Cataluña 175, País Vasco 40, Madrid 62, Comunidad Valenciana 46, Islas Baleares 22, Canarias 21, Galicia 17, Aragón 26, Asturias 19, Castilla-León 25, Navarra 19, Andalucía 46, Murcia 5, Cantabria 17, La Rioja 5, Castilla-La Mancha 20, Extremadura 11, Melilla 0, Ceuta 0.

De las 576 solicitudes de PAM que ha habido en 2022, en **48** de ellas no disponemos de datos en SIE puesto que no se registran aquellas solicitudes que no llegan a tener un informe del MR. Esto puede suceder por varios motivos: que el solicitante, durante el proceso deliberativo, manifieste su deseo de no querer continuar con el procedimiento; que el solicitante haya fallecido; o bien, haya surgido algún acontecimiento que demore o dificulte la tramitación de la PAM.

De las 528 solicitudes registradas, en **82** ocasiones la segunda solicitud fue adelantada por el MR por riesgo inminente de la pérdida de capacidad de hecho del solicitante.

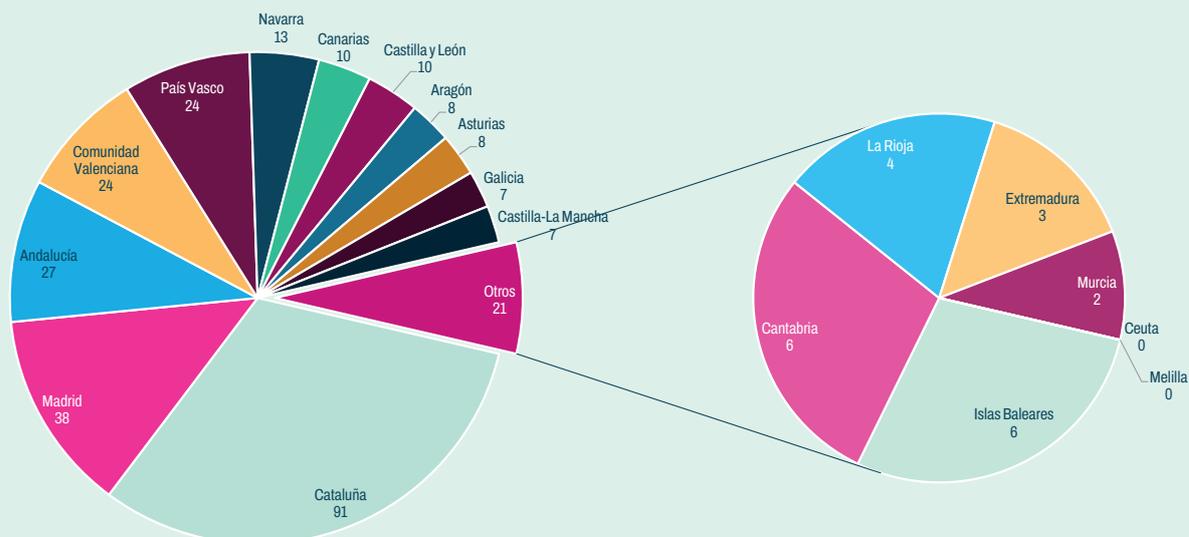


Gráfica 1. Solicitudes de ayuda para morir durante 2022, en España.Á



Gráfica 2. Solicitudes realizadas para la prestación de ayuda para morir, por Comunidades y Ciudades Autónomas, durante el año 2022.

De las 576 solicitudes, las prestaciones realizadas han sido **288**, distribuidas por orden descendente: Cataluña 91, Madrid 38, Andalucía 27, Comunidad Valenciana 24, País Vasco 24, Navarra 13, Canarias 10, Castilla y León 10, Aragón 8, Asturias 8, Galicia 7, Castilla La Mancha 7, Islas Baleares 6, Cantabria 6, La Rioja 4, Extremadura 3, Murcia 2, Ceuta 0 y Melilla 0.

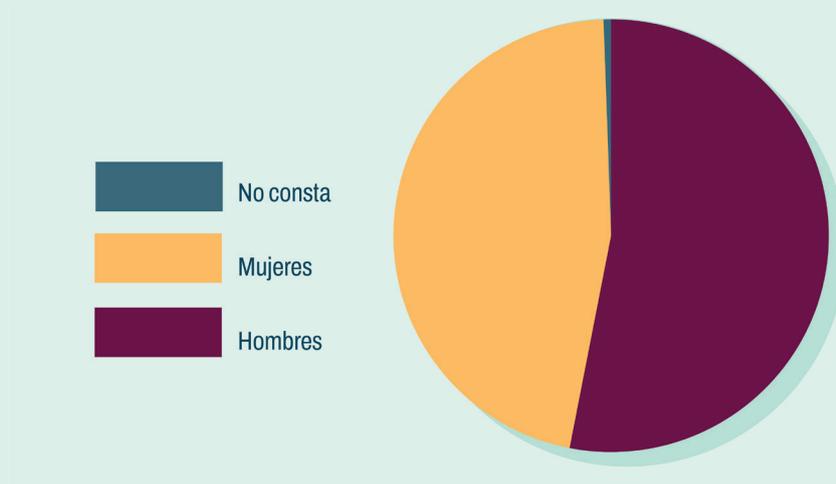


Gráfica 3. Prestaciones realizadas, por Comunidades y Ciudades Autónomas, durante el año 2022.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES

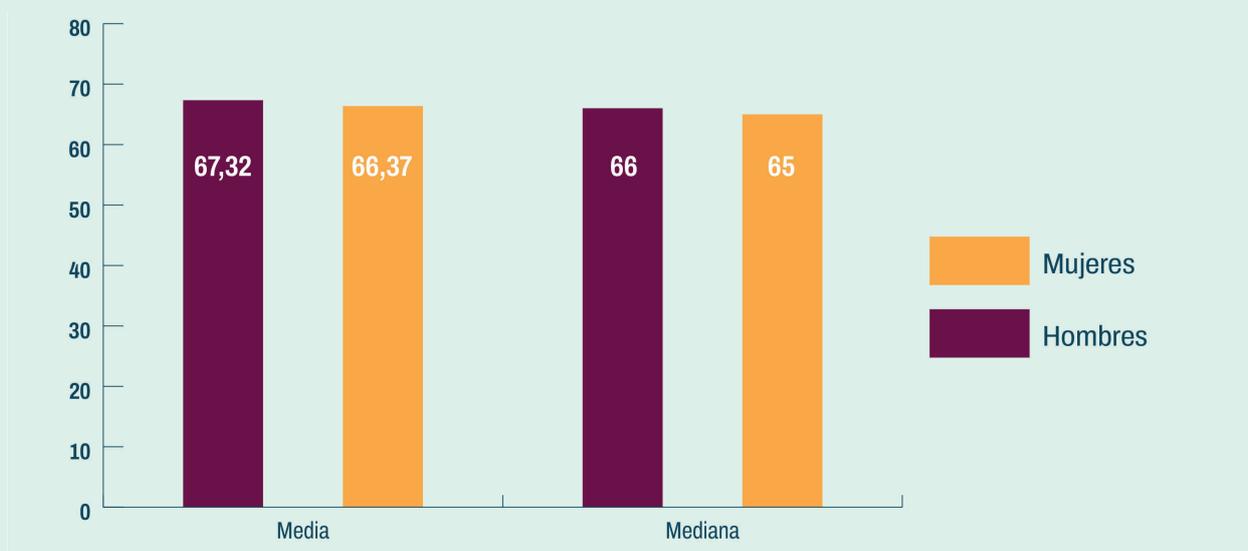
EDAD Y SEXO DE LA PERSONA SOLICITANTE

Respecto al sexo de las personas solicitantes, 281 solicitudes provinieron de hombres y 245 fueron de mujeres. No disponemos de datos sobre 2 de las solicitudes.



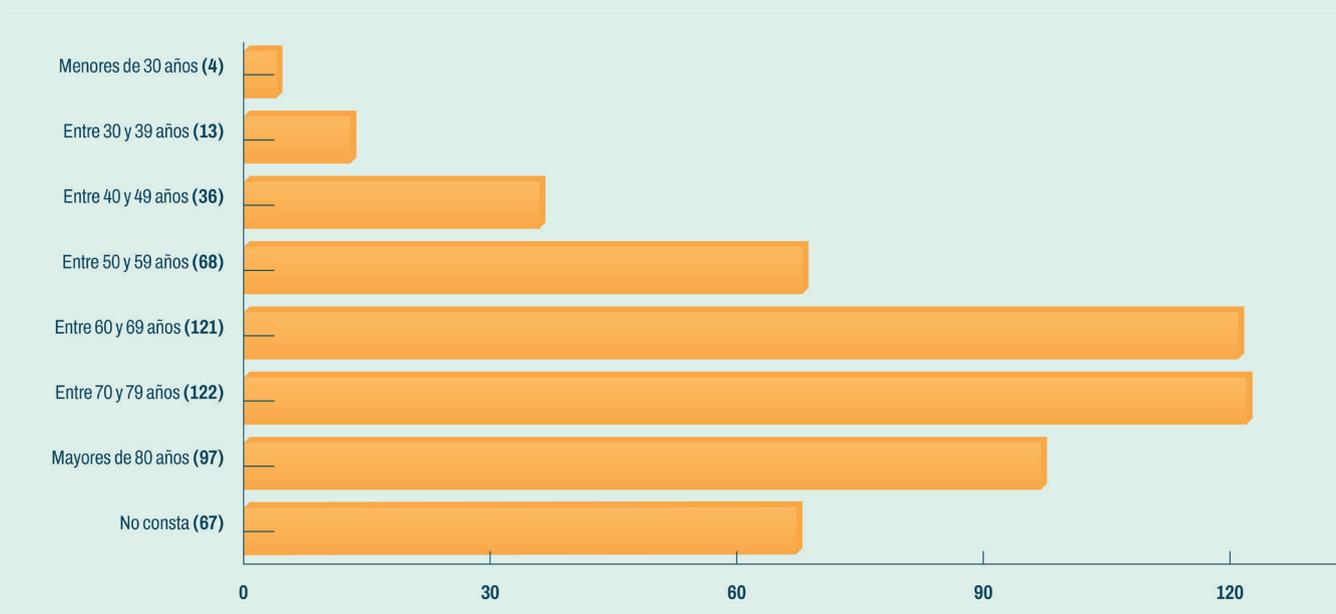
Gráfica 5. Distribución de solicitudes de la prestación, por sexo de los pacientes.

La **edad** de los pacientes ha variado entre los 29 y 97 años de edad siendo la media de edad de 66,37 años para las mujeres y 67,32 años para los hombres con una mediana de 65 años para las mujeres y 66 años para los hombres.



Gráfica 6. Media y mediana de edad de las personas solicitantes durante el 2022.

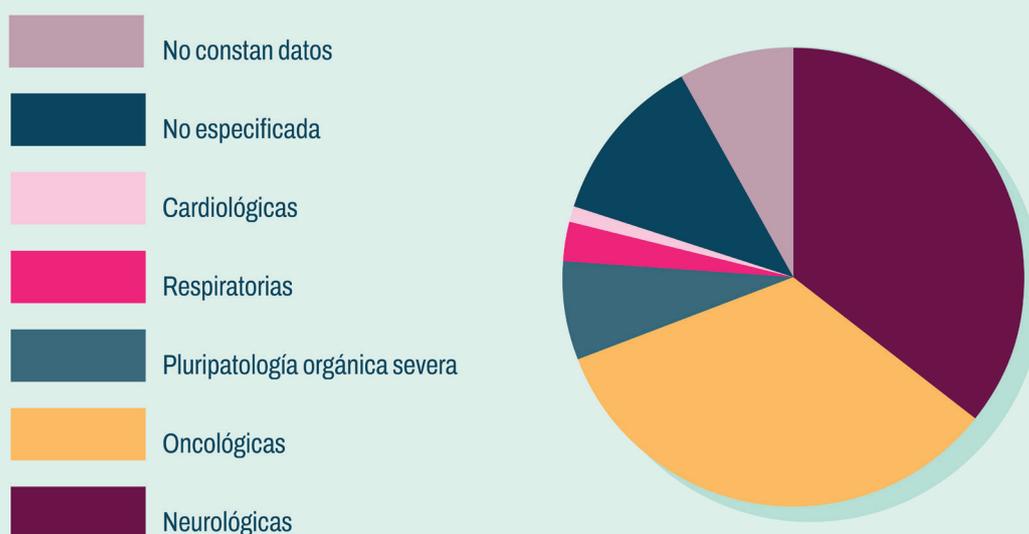
En total hay, 4 menores de 30 años, 13 entre 30 y 39 años, 36 entre 40 y 49 años, 68 entre 50 y 59 años, 121 entre 60 y 69 años, 122 entre 70 y 79 años y 97 mayores de 80 años y 67 solicitudes donde no consta.



Gráfica 4. Edad de los solicitantes de la prestación, durante el año 2022.

ENFERMEDAD DE BASE DE LAS PERSONAS SOLICITANTES

Del total de las 576 solicitudes presentadas, destacamos que **205** (35,59%) fueron enfermedades neurológicas, seguidas de **192** (33,33%) enfermedades oncológicas y otras **40** (6,94%) a causa de pluripatología orgánica severa. Además, hay otras **16** (2,77%) registradas como enfermedades respiratorias, **7** (1,21%) como cardiológicas y **68** (11,80%) como otras enfermedades no especificadas. No constan datos en **48** solicitudes (8%).



Gráfica 7. Enfermedad de base de las personas solicitantes en 2022.

CAPACIDAD DE HECHO Y SOLICITUDES INICIADAS MEDIANTE INSTRUCCIONES PREVIAS

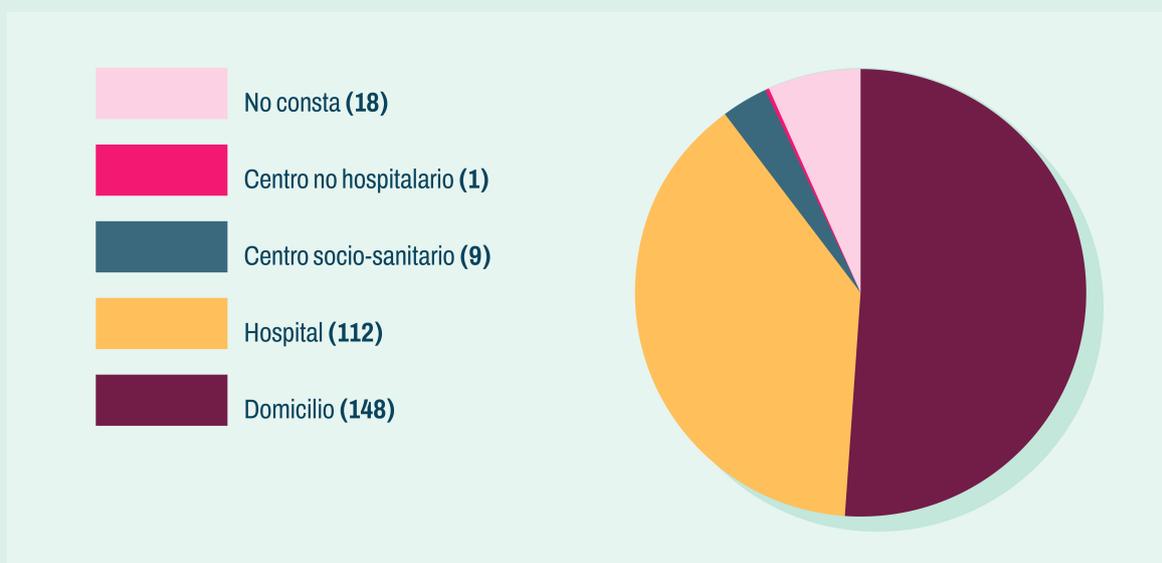
De las 576 personas que solicitaron la ayuda para morir en 2022, 347 personas lo han hecho mediante el **procedimiento del art. 5.1** (con capacidad de hecho), mientras que las solicitudes tramitadas por el **procedimiento del art. 5.2** (mediante redacción de instrucciones previas) han sido 14 y todas ellas con representante legal. Del resto de solicitudes, no se dispone de esta información.



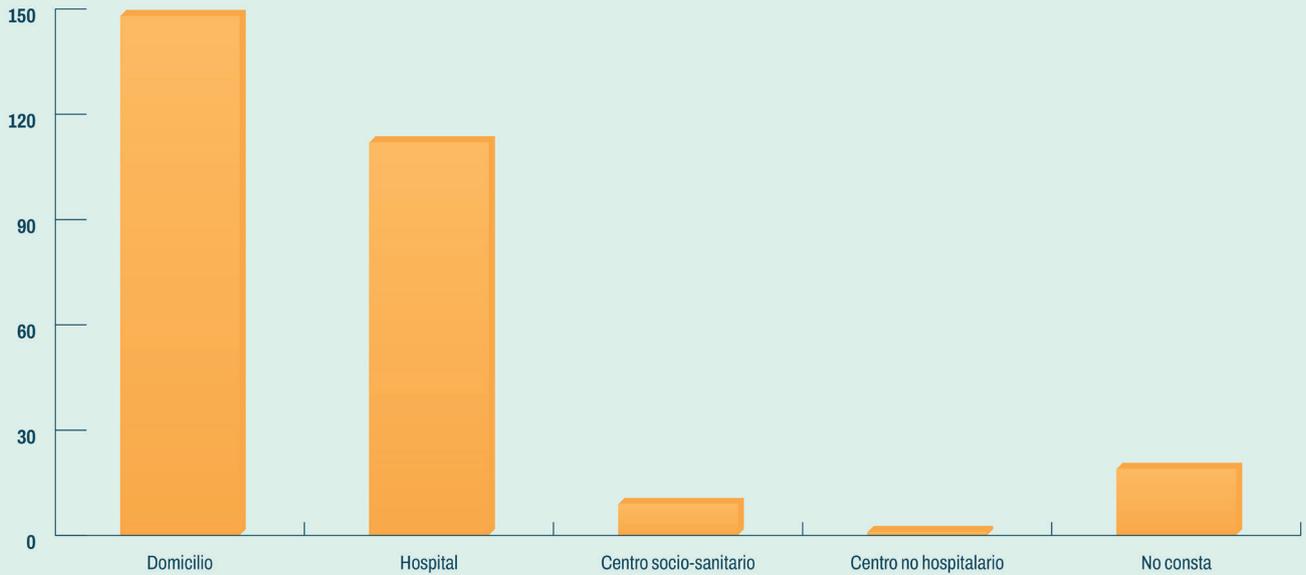
Gráfica 8. Solicitudes tramitadas mediante procedimiento 5.1 (con capacidad de hecho) y mediante procedimiento 5.2 (con instrucciones previas) durante el año 2022.

ÁMBITO O LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN

Los **lugares o ámbitos** donde se ha realizado la PAM han sido: en 148 ocasiones en el domicilio del paciente, 112 en hospital, 9 en centros socio-sanitarios, 1 en centro no hospitalario (como residencias) y en 18 ocasiones no consta esta información en el SIE.



Gráfica 9. Ámbito asistencial donde se ha realizado la prestación.



Gráfica 10. Ámbito asistencial donde se ha realizado la prestación.

La mayoría de solicitudes y prestaciones se producen en el ámbito de la asistencia pública, aunque también se ha realizado la prestación en algunos centros del ámbito privado. Con respecto a las solicitudes y prestaciones en servicios privados/concertados realizadas durante 2022, se atendieron 4 solicitudes.



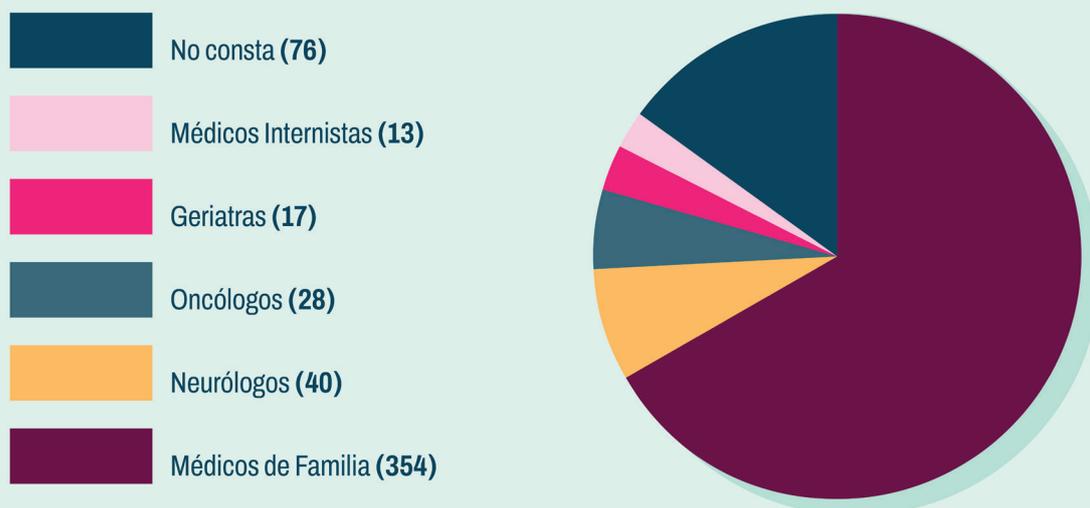
Gráfica 11. Ámbito asistencial de realización de la solicitud.

CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR DURANTE SU REALIZACIÓN

Durante el año 2022 se empleó la modalidad 1, es decir, se realizó administración directa por parte del equipo sanitario, en **265** ocasiones. La modalidad 2 se declaró en 5 casos, siendo por autoadministración intravenosa en 3 casos y por vía oral en 1. En un caso no se concretó la vía de administración. En los 18 casos restantes de las 288 PAM que se llevaron a cabo en 2022, no se registró este dato en SIE.

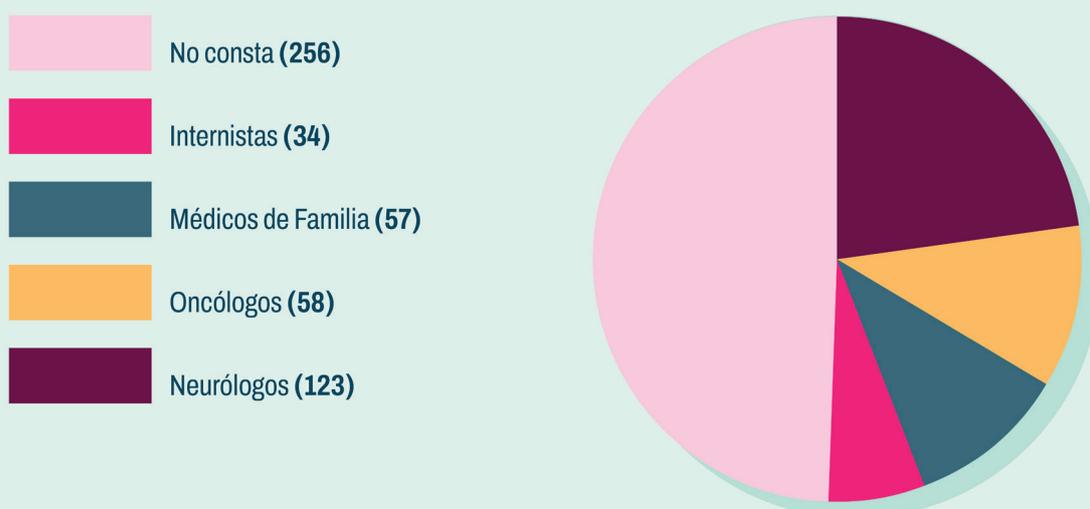
ROL DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS

Respecto a la especialidad de los **MR** que han tramitado la solicitud de la prestación, 354 eran de medicina de familia (64,71%), 40 de neurología (7,31%), 28 de oncología (5,11%), 17 de geriatría (3,10%), 13 de medicina interna (2,37%) y en 76 no consta la especialidad (14,39%), habiendo sido clasificada como “otros”.



Gráfica 12. Especialidad de los médicos/as que han recibido solicitudes y ejercido como MR.

Respecto a la especialidad de los **MC**, 123 era neurología (22,48%), 58 oncología (10,6%), 57 medicina de familia (10,42%), 34 medicina interna (6,21%) y en 256 casos no consta la especialidad (48,48%).

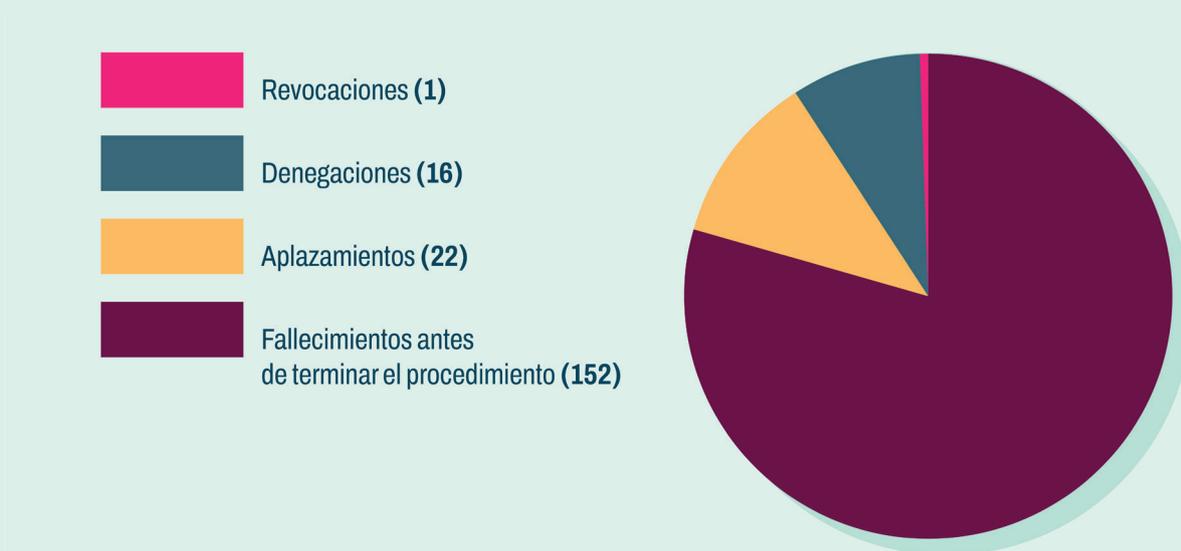


Gráfica 13. Especialidad de los médicos/as que han recibido solicitudes y ejercido como MC.

PERSONAS QUE REVOCARON O APLAZARON LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Durante el año 2022, se ha producido tan solo **1 caso** de revocación y fue registrado como revocación durante o después del proceso deliberativo y antes de la firma del consentimiento informado.

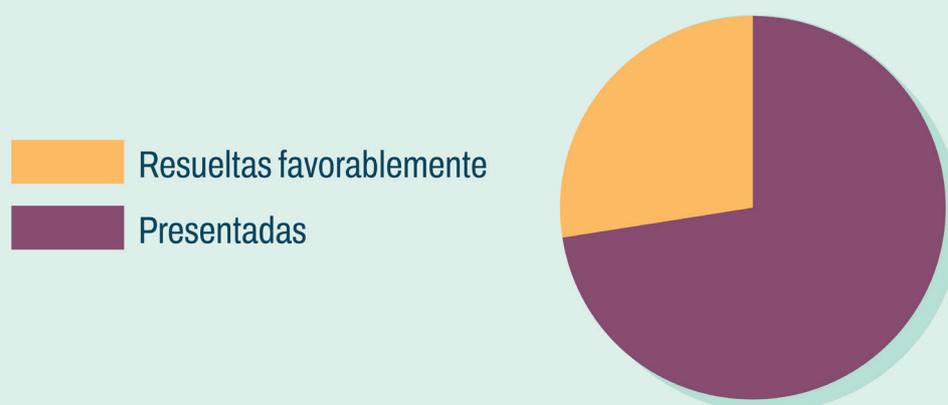
Además, se produjeron **22 casos** de aplazamientos de la prestación.



Gráfica 14. Aplazamientos, revocaciones, denegaciones y fallecimientos antes de acabar el procedimiento, durante el año 2022.

RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Durante el año 2022, **61** personas presentaron una reclamación ante la CGyE. De éstas, se resolvieron favorablemente un total de **23** de ellas.



Gráfica 15. Reclamaciones presentadas a la CGyE, durante el año 2022.

RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVA

Han existido **2** reclamaciones a la jurisdicción contenciosa-administrativa, habiéndose aceptado una y denegado la otra.

PERSONAS QUE FALLECIERON ANTES DE FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO

En **152 casos** se produjo el fallecimiento antes de terminar el procedimiento de prestación de ayuda para morir (27,78%). De los 152 casos, 22 de ellos no llegaron al trámite de verificación del Comité de Garantía y Evaluación (4,02%).

La media de fallecimientos antes de la prestación se sitúa en 26,7 días, con una mediana de 19,7 días. Las causas más frecuentes de fallecimiento fueron la insuficiencia respiratoria, la sedación paliativa y el fallo multiorgánico.

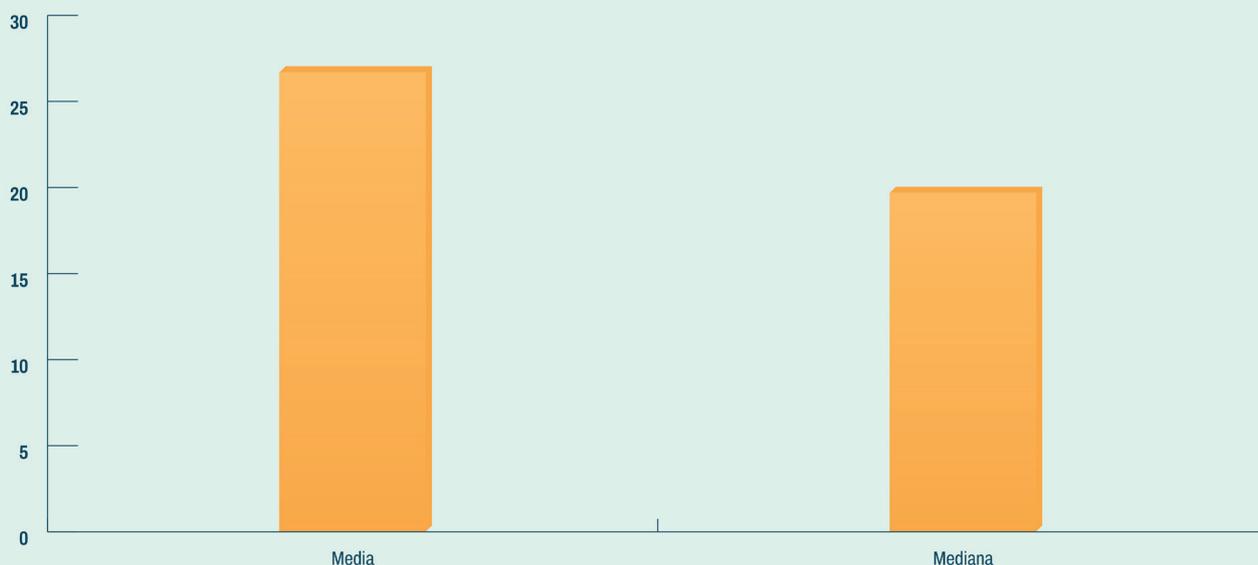


Gráfico 16. Fallecimientos antes de la finalización del procedimiento.

PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA LEY

Los plazos existentes entre las distintas fases del procedimiento han sido:

- **Entre la 1ª solicitud y la prestación de ayuda para morir**, han pasado 75,1 días de media con una mediana de 55,5 días.
- **Entre la 1ª y 2ª solicitud** han pasado 25,9 días de media con una mediana de 16,5 días.

- **Entre la 2ª solicitud hasta el informe del MC** han pasado 13,1 días de media con una mediana de 8 días.
- **Entre el informe del MC hasta la resolución por la CGyE** han resultado 12,3 días de media y una mediana de 11 días.
- **Entre la resolución favorable del CGyE y la prestación** han existido 23,1 días de media con una mediana de 13 días.
- **Desde la reclamación hasta resolución del CGyE** han existido 23,1 días de media con una mediana de 19,5 días.



Gráfica 17. Intervalo de días existentes en las distintas fases del procedimiento, durante el año 2022.

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Desde que comenzó a aplicarse la LORE, han sido **49** personas las que han donado sus órganos tras recibir la prestación de ayuda para morir. Durante el año 2022, fueron 42 las personas que donaron sus órganos tras fallecer en estas circunstancias.

Estas donaciones han permitido que **135** pacientes, hayan recibido el trasplante que necesitaban, incluyendo trasplantes combinados (más de un órgano).

	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>Total</i>
Nº donantes eficaces	7	42	49
Nº órganos extraídos	28	164	192
Nº órganos trasplantados	27	137	164
Nº de pacientes trasplantados	22	113	135

Tabla 7. Donaciones, extracciones y trasplantes de órganos en pacientes que han solicitado la prestación de ayuda para morir.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

