

CONSULTA

02/2023

21 de febrero de 2023

Asunto: Prestación de ayuda a morir en hospital de referencia nacional para rehabilitación del lesionado medular complejo.

INFORME DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DE LA EUTANASIA DE CASTILLA LA MANCHA EN RELACIÓN A LA CONSULTA PLANTEADA DESDE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS EN RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

ANTECEDENTES

Primero. En fecha 11 de enero de 2023 se recibe, a través del correo electrónico corporativo de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de CLM, consulta de la Dirección Gerencia del Hospital Nacional de Parapléjicos, que se transcribe a continuación:

“En base a las funciones que, como órgano consultivo de ámbito territorial, la Ley 3/2021 de regulación de la Eutanasia establece para las Comisiones Autonómicas de Garantía y Evaluación para la resolución de dudas o cuestiones que puedan surgir durante su aplicación (art.18, apartado d), se traslada la siguiente consulta:

El HNP no tiene un área de referencia de pacientes, es un Centro del Servicio de Salud de Castilla la Mancha designado y acreditado como centro de referencia del Sistema Nacional de Salud para la rehabilitación del lesionado medular complejo (CSUR).

El inicio del proceso de ingreso de los pacientes en el HNP se realiza, previa solicitud de asistencia por parte de la Comunidad Autónoma de origen del paciente, a través del sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO), conforme al procedimiento de derivación de pacientes acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La asistencia solicitada lo es para una determinada prestación/patología para la que somos como ya se ha indicado centro de referencia, de tal manera que para cualquier otra prestación que requiera el paciente diferente a la de rehabilitación de la lesión medular, éste es derivado al hospital de origen/referencia de su Comunidad Autónoma.

Consecuentemente con lo anterior y respecto a la prestación de ayuda para morir que se deriva de la aplicación de la LORE, entendemos que la solicitud de la misma por parte de un paciente que ha sido ingresado en el HNP para recibir una prestación de rehabilitación tras una lesión medular, debe ser derivada al hospital de referencia de la Comunidad Autónoma del paciente.

Con el fin de garantizar por parte del HNP la correcta aplicación de la ley de regulación de la Eutanasia, se solicita a la Comisión de Garantía y Evaluación valoración sobre la procedencia del planteamiento realizado.”

Segundo: Se informa a esta Comisión que la misma consulta había sido trasladada previamente al Servicio Jurídico del SESCOAM y la respuesta recibida es la que a continuación se transcribe por cuanto en la misma se aportan cuestiones de interés:

“Primero.- La Ley no se pronuncia sobre esta situación (...), sin que exista además desarrollo reglamentario; tan solo contamos con el “manual de buenas prácticas”, sin rango normativo, y que tampoco analiza esta problemática, de modo que en resumidas cuentas no hay nada al respecto. Se pueden plantear dos opciones.

Segundo. - La Ley define el “Médico responsable” como el facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

En vuestro caso podemos entender que el motivo que justifica la solicitud para que se le aplique al paciente la Ley la nueva prestación sanitaria de ayuda para morir, es la lesión medular por la que precisamente ha sido derivado al HNP de Toledo. Así pues, el médico responsable a estos efectos sería aquel facultativo del hospital que, en el momento actual en el que el paciente presente su solicitud para acogerse a esta nueva prestación, esté actuando como su interlocutor principal, y coordinando todo el proceso asistencial. De este modo, y conforme a esta interpretación, se facilitaría el ejercicio del derecho a la nueva prestación sanitaria, evitando demoras innecesarias por trámites burocráticos añadidos.

Tercero. - La segunda opción exigiría tomar en consideración la forma de actuar en los supuestos de derivación de pacientes a otra CA; en estos casos es la CA de destino la que se hace cargo de la prestación sanitaria que motiva dicha derivación, así como de todos los procesos asistenciales asociados que traigan su causa del problema de salud de origen. Y a la inversa, cualquier otra prestación sanitaria que pudiera precisar el paciente ya derivado que no guarde conexión con el proceso asistencial que motiva dicha derivación, deberá ser ofrecida en su servicio de salud de procedencia, dejando a salvo, por supuesto, los supuestos de urgencia.

En el caso particular la interrogante sería, ¿estamos ante una prestación distinta e independiente del proceso asistencial que justificó el ingreso en el HNP del paciente que solicita la eutanasia?

Si se entendiera que esta prestación, aunque asociada a la patología medular del paciente, es distinta e independiente de las prestaciones sanitarias que, por esa misma patología, viene recibiendo en el HNP (rehabilitación funcional del

paciente), y que fueron el motivo de la derivación, sería el servicio de salud de procedencia quién tendría que gestionar la solicitud del enfermo respecto de esta otra prestación.

En tal supuesto lo que procedería es ofrecer al paciente el alta voluntaria (no tendría sentido presentar la solicitud de eutanasia y continuar acogiéndose a costosos tratamientos rehabilitadores), con el fin de iniciar los trámites de la prestación de ayuda para morir en su servicio de salud.

Cuarto.- Esta segunda opción encontraría apoyo en lo dispuesto en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, que establece en su art. 4 que “la derivación del paciente debe hacerse mediante solicitud expresa de la comunidad autónoma de origen, y en coordinación con la comunidad autónoma de recepción”, y añade, si bien referido a las prestaciones que debe asumir en estos casos el FCS, que solo quedarían cubiertas las prestaciones acordadas y siempre que estén recogidas en los anexos de la norma. Por el contrario, las únicas prestaciones que quedan garantizadas, en todo caso, por los dispositivos asistenciales del Sistema Nacional de Salud, son las de atención urgente.

Quinto. - Ante el vacío normativo existente, se podría decir que, a priori, cualquiera de las dos opciones analizadas podría ser válida, si bien entendemos que la segunda opción sería la más ajustada a Derecho.

En todo caso recordar que corresponde a la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla-La Mancha pronunciarse al respecto en su calidad de órgano competente, o en su caso, trasladar la consulta al Ministerio de Sanidad si lo considera procedente. Según el art. 17.5 de la Ley, “El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las Comunidades Autónomas se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio, para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud”.

CONSIDERACIONES

Primero: El artículo 4.d) del Decreto 75/2021, de 22 de junio, por el que se crea y regula la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla La-Mancha prevista en el artículo 17 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia, incluye como función de la citada comisión la de «resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, sirviendo de órgano consultivo en el ámbito territorial de Castilla-La Mancha».

Segundo: La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual de prestación de ayuda a morir, definida como la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. En este sentido, toda persona que se encuentre en este contexto eutanásico definido por la Ley, concretado en los apartados 3.b) y

3.c) de la misma, y que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 5, tendrá derecho al reconocimiento a su derecho de prestación de ayuda a morir incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

El artículo 13 (Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir) establece lo siguiente:

«1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.

2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley».

Se impone, por tanto, la obligación de adoptar activamente cuantas medidas sean precisas dentro del marco legal para no obstaculizar o limitar el derecho reconocido por la norma específica vigente.

Entre los derechos de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, el artículo 4 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud incluye el de *«recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma»*

A su vez es conveniente traer a colación dos garantías previstas en la misma Ley 16/2003, de 28 de mayo. En primer lugar, la denominada *garantía de accesibilidad* del artículo 23, conforme a la cual, todos los usuarios incluidos en el citado Sistema tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley – alude a la propia norma, pero es actualmente ampliable a la prestación de ayuda a morir por su condición de prestación básica- en condiciones de igualdad efectiva. En segundo lugar, la garantía de movilidad del artículo 24:

«1. El acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares.

2. Asimismo, se garantizará a todos los usuarios el acceso a aquellos servicios que sean considerados como servicios de referencia de acuerdo con el artículo 28 de esta ley».

El segundo punto, en aras a la efectividad del acceso efectivo en todo el territorio español a las prestaciones reconocidas en el Sistema Nacional de Salud como básicas, no excluye la previsión de que sean prestadas en cualquier lugar en el que se encuentren los usuarios.

La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, que comprende el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias, han de proporcionarse en condiciones de

igualdad efectiva, y sólo cuando no puedan ser ofrecidas por alguno de los servicios de salud en su ámbito geográfico, operarán los procedimientos establecidos para la canalización y remisión de los usuarios a centro o servicio donde pueda ser facilitado, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione (artículo 2 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización). Es decir, sólo ante la excepcionalidad consistente en la imposibilidad de prestar la técnica o el procedimiento que corresponda, se habilitaría el mecanismo de la derivación del paciente a otro centro o servicio sanitario.

Línea argumental reforzada por la lectura del artículo 14 de la LORE, donde se señala que *«la prestación de la ayuda a morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, en el domicilio, sin que el acceso y calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza»*.

Se establece nuevamente una garantía en cuanto a que la prestación no puede verse limitada ni menoscabada según el lugar donde se realice. Si bien la literalidad del artículo no hace mención expresa al supuesto objeto de esta consulta, ello no impide, a la luz de las referencias legales expuestas, traer al presente caso esa misma idea de no limitación o impedimento a una prestación reconocida, lo que de algún modo se produce cuando se corre el riesgo de colocar al paciente en un proceso de regreso a otra comunidad autónoma, con la consiguiente demora en el proceso.

Tercero. Esta Comisión no considera apropiada la aplicación del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, como argumento para denegar la aplicación de la prestación de ayuda a morir en el HNP pues, como se dice en su artículo 1, el objeto de la misma no es otro que el de *«establecer los criterios y procedimientos para la adecuada gestión y distribución del Fondo de cohesión sanitaria, establecido en el artículo 4.B.c) de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía»*. Esto es, se trata de una materia diferente a la regulación de la realización del procedimiento para la prestación de ayuda a morir (PAM), pues establece el marco para la compensación económica por el Fondo de cohesión sanitaria. Todo ello sin perjuicio de que se puedan valorar de qué manera se establece dicha compensación por la aplicación de la PAM, en cualquier caso, materia que no corresponde a esta Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia.

Cuarto. Dicho lo anterior, un/a paciente que ha sido derivado/a de otra comunidad autónoma para obtener rehabilitación de la lesión medular que padece en el HNP, debe tener derecho a solicitar en este centro la prestación de ayuda a morir.

Es razonable atender, como se señala en la respuesta del Servicio Jurídico del SESCAM, a que la patología en la que traiga causa la solicitud sea precisamente la lesión medular que motiva el ingreso en el HNP, independientemente de que la derivación se haya realizado para un proceso rehabilitador e, igualmente, a que se le designe médico/a responsable (facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la

información y la asistencia sanitaria del paciente) que lleve a cabo el proceso deliberativo y el preceptivo informe.

Por otra parte, si el padecimiento que diera lugar a la solicitud fuera otra patología diferente a la que motivó el ingreso en el HNP puede entenderse que podría dar lugar a la finalización del proceso rehabilitador, así como a que pudiera llevar asociado o requerir otro tipo de atención especializada. En este sentido, conviene tener presente las previsiones del artículo 21 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

«1. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.

El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

2. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión».

CONCLUSIONES

La postura de esta Comisión ante la consulta planteada, considerados todos los aspectos tratados, puede resumirse en que un/a paciente que se encuentre ingresado en el HNP (Centro del Servicio de Salud de Castilla la Mancha), independientemente de que haya sido derivado de otra CCAA o sea de un/a paciente del SESCAM, tiene derecho a solicitar la prestación de ayuda a morir en las condiciones y con los requisitos establecidos en la LORE y que la misma sea atendida con diligencia, sin obstáculos innecesarios o dilaciones indebidas.

Un/a paciente ingresado en el HNP (en ocasiones durante muchos meses) no debería verse privado/a del derecho a que se tramite su solicitud de ayuda a morir por el hecho de tener su residencia en otra CCAA. Esta circunstancia, además de las molestias y perjuicios que pudiera originar a la persona el verse en una controversia de gestión entre diferentes servicios de salud, podría ser interpretada como una suspensión de un derecho reconocido en una ley orgánica que solo recuperaría cuando retornara a su lugar de origen.

No obstante, cabe la posibilidad de que si el padecimiento o la enfermedad en la forma recogida respecto al contexto eutanásico en el artículo 3 de la LORE tuviera su origen en una patología diferente a la que motivó su ingreso en el HNP, o la interrupción del procedimiento rehabilitador requiriese de otro tipo de atención especializada que fuera admitida por el/la paciente y que no pudiera ser prestada en por el hospital consultante por carecer de los medios necesarios, podría dar lugar a la valoración del alta voluntaria en dicho centro y la derivación al que pudiera corresponder.

Exceptuado el supuesto anterior, habrá de ser el Servicio Público de Salud de Castilla-La Mancha, en su condición de servicio público de salud (y por ende, los órganos a él adscritos), el que curse la petición, así como garantizar su cumplimiento, estableciendo las medidas necesarias para su desarrollo, ya sea en las dependencias del HNP u otro centro, siempre primando el bienestar del paciente y evitando demoras innecesarias en su asistencia, teniendo en cuenta la trascendencia del momento vital que está viviendo y la dificultad de su decisión.

En efecto, la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, atribuye al Servicio de Salud de dicha Comunidad la finalidad de proveer los servicios y gestionar los centros y establecimientos destinados a la atención sanitaria que le sean asignados, así como desarrollar los programas de salud que se le encomienden con el objetivo final de proteger y mejorar el nivel de salud de la población. De igual modo se establece en el Decreto 82/2019, de 16 de julio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, le corresponde la gestión de la efectividad del derecho a la asistencia sanitaria en los términos establecidos en la legislación vigente.

La Comisión de Garantía y Evaluación de CLM

Ponentes

Dña. María Martín Ayala.

D. Ángel García Millán

Presidente Comisión de Garantía y
Evaluación de la Eutanasia de Castilla-La
Mancha