

COMENTARIOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO EN CASTILLA Y LEÓN DE LA ASOCIACIÓN FEDERAL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE AL PROYECTO DE LEY DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LAS PERSONAS AL FINAL DE SU VIDA DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

Hemos leído el anteproyecto mencionado, invitados por el Consejo de Asociaciones Vecinales a quien agradecemos sinceramente su confianza. Deseamos aportar dos tipos de consideraciones: en el apartado **Consideraciones generales** de este documento incluimos una valoración de aspectos generales del anteproyecto y en el apartado **Aspectos concretos del texto del anteproyecto** comentamos cuestiones referidas a frases o párrafos concretos del mismo, a veces con propuestas de texto alternativo. Para facilitar la comprensión de estas propuestas incluimos en anexo la reproducción del texto del anteproyecto en su formato original con los mencionados comentarios y propuestas en forma de notas de revisión, de manera que pueda seguirse su lectura sin tener que manejar a la vez ambos documentos

CONSIDERACIONES GENERALES

1.- Llama poderosamente la atención que se cite en el apartado EXPOSICIÓN DE MOTIVOS la legislación estatal y autonómica que concierne al anteproyecto y no se incluya entre ella la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, que con toda probabilidad estará aprobada en fechas muy próximas. Su omisión hará que la ley que anuncia el anteproyecto nazca obsoleta al no incluir las cuestiones relativas a una ley orgánica que instituye un nuevo derecho y ordena la implementación de una nueva prestación sanitaria, claramente contenidos en su ámbito. No parece lógico desaprovechar la oportunidad de contar con una regulación con rango de ley para cuestiones tan trascendentes. O, lo que sería peor, añadir esa regulación con posterioridad, fuera del control social al que se está sometiendo este anteproyecto. En cualquier caso no nos cabe ninguna duda de que este anteproyecto necesita un nuevo apartado dedicado a la regulación del derecho a la eutanasia en nuestra comunidad y de la prestación sanitaria de ayuda a morir.

2.- Hay una cuestión aparentemente formal pero a la que concedemos también trascendencia como cuestión de fondo: la manera en la que se hace referencia a la posición personal y vital del sujeto de derecho ante el hecho de su muerte. Esa posición, compleja sin duda, se describe en varios lugares del anteproyecto con enumeraciones de sus posibles componentes, no siempre los mismos, en la que parece que el más constante de todos ellos son las creencias. Cuando el texto del anteproyecto utiliza este término no nos cabe duda de que se está refiriendo a las creencias religiosas. El término “creencias” aparece 11 veces

en el anteproyecto. Como contrapartida, en término “ideas”, que también puede considerarse sin duda un componente importante de esa compleja posición vital, no aparece ninguna. Somos defensores del respeto a las cuestiones religiosas o espirituales de los sujetos de atención sanitaria. Pero creemos que un texto como el que estamos analizando ha de tener un planteamiento esencialmente laico. En el apartado siguiente formulamos una propuesta concreta para subsanar este problema.

3.-Nos parece que el tratamiento que tiene en el anteproyecto la cuestión de los cuidados paliativos es insuficiente, no solo porque la definición que se da de ellos en el artículo 3 no incluye el sufrimiento como objetivo esencial (incluye "el dolor y otros síntomas", y el sufrimiento no podemos considerarlo un síntoma) sino porque el desarrollo que se ofrece en los artículos 10 y 22 es claramente insuficiente, se limita a consideraciones generales y remite para las cuestiones concretas al plan general de cuidados paliativos, un documento de rango claramente inferior, que refleja la propuesta de un gobierno determinado y podrá por lo tanto ser derogado por otro, que no ha sido sometido en ningún momento a refrendo parlamentario, que según las valoraciones de la propia Consejería de Sanidad no parece particularmente exitoso en el logro de sus objetivos y que si atendemos a su título, Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020, ha cumplido su vigencia sin ser sustituido por otro. Creemos que esta ley sería el lugar idóneo para sentar el fundamento de una actividad tan importante, con rango de ley.

En nuestra opinión los cuidados paliativos son un componente de la asistencia sanitaria que debe ser asumido esencialmente por los dispositivos habituales que dispensan esa asistencia, esencialmente los equipos de atención primaria y ciertos servicios hospitalarios, que, al igual que en otros ámbitos, realizarán la mayor parte del esfuerzo asistencial requerido, contando con el apoyo de las unidades especializadas de cuidados paliativos en los casos de especial complejidad. La atención a los aspectos espirituales, familiares, psicológicos e ideológicos de las personas sujeto de atención no es una especificidad de los cuidados paliativos y debe garantizarse en toda la asistencia sanitaria. Los cuidados paliativos desde el punto de vista tecnológico no revisten habitualmente una especial complejidad ni requieren tecnología de difícil acceso. Nuestra opinión es que las dificultades que los equipos de atención primaria y los servicios hospitalarios encuentra para la dispensación de dichos cuidados no son en general de orden tecnológico ni dependen de la supuesta especificidad de esa actividad sino de las dificultades organizativas para asumir cargas de trabajo importantes y discontinuas dentro de una rutina con agendas manifiestamente saturadas por la escasez de recursos humanos.

En ese contexto, nos parece que la defensa de los cuidados paliativos debe concretarse en un pronunciamiento a propósito de si el esfuerzo de mejora se va a centrar en la creación de nuevas unidades específicas de cuidados paliativos o en la adecuación de las plantillas de los dispositivos asistenciales para que puedan asumir estos cuidados como una más de sus competencias. No nos cabe ninguna duda de que la primera opción jamás produciría resultados universales y suficientes en una comunidad como la nuestra, de manera que inequívocamente opinamos que la voluntad de universalizar y mejorar los cuidados paliativos ha de acompañarse de un compromiso por adecuar los recursos y en particular las plantillas de los dispositivos asistenciales principalmente de atención primaria.

Finalmente, llama la atención la poca atención que dedica el anteproyecto a la prestación de estos cuidados en el ámbito de la sanidad privada, que queda fuera por cierto del plan de cuidados paliativos, que según dice en su introducción, “se configura como el instrumento estratégico superior para la planificación y dirección *del Servicio de Salud de Castilla y León*” (la cursiva es nuestra). Teniendo en cuenta que muchas de las residencias de ancianos de nuestra comunidad están atendidas de facto por dispositivos asistenciales privados y prácticamente fuera del ámbito de actuación de SACYL creemos que la regulación que aborda el anteproyecto debería referirse a ambos ámbitos.

4.-Nos parece que el anteproyecto aborda insuficientemente la cuestión de la incapacidad de hecho. El artículo 18 se limita a facilitar unas directrices que nos parecen demasiado generales, sin entrar en consideraciones técnicas que son imprescindibles en una cuestión tan compleja. Recientemente y en respuesta a lo dispuesto en la LORE, el consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha elaborado por consenso un protocolo para abordar esta importante cuestión en la práctica clínica. El proyecto de ley no solo no menciona sino que lo contradice, en expresiones como “Para la evaluación de estos criterios de incapacidad de hecho se deberá contar con la opinión de *otros profesionales* implicados directamente en la atención al paciente” (la cursiva es nuestra). Ciertamente el tema es extraordinariamente complejo y un texto legal no es el lugar de abordarlo en detalle. Pero nos parece que la futura ley debería recoger el compromiso de buscar el modo de llevar a cabo lo establecido en el consenso mencionado y de desarrollar la metodología y los recursos necesarios en la práctica clínica.

5.-Queda claro a cualquier lector de este anteproyecto la trascendencia del testamento vital (documento de instrucciones previas en nuestro ordenamiento autonómico) como instrumento para la mejora de la atención sanitaria y los cuidados en los últimos días. Es manifiesto el escaso número de personas que lo han otorgado en nuestra comunidad autónoma. Esta ley nos recuerda que son necesarias estrategias para promocionar el derecho a otorgarlo. Esas estrategias pasan por mejorar la promoción entre la ciudadanía a través de acciones informativas pero también por facilitar el mecanismo para su tramitación y registro. En el contexto estricto de la ley, cuando en el artículo 7.1 menciona la conveniencia de que las personas sujeto de atención no tengan formalizado ese documento se les estimule a que lo tramiten, no se puede olvidar que esas personas pueden tener dificultades para acceder a los actuales procedimientos de formalización. Creemos que la ley debería facultar al médico responsable de un paciente en sus últimos días para formalizar y registrar ese documento. Eso abriría las puertas a que su tramitación se pudiera hacerse en instituciones como los centros de salud, una práctica que se está llevando a cabo en otras comunidades autónomas con buenos resultados. Finalmente, más de 80 ayuntamientos de ciudades y pueblos españoles han firmado declaraciones institucionales pidiendo que el testamento vital pueda ser tramitado y registrado por funcionarios municipales, una práctica común en países de nuestro entorno que mejoraría sin duda la accesibilidad. Esta ley no sería desde luego el lugar de regular estas prácticas que proponemos pero si el estímulo para que se aborden como instrumento de extraordinaria utilidad para los objetivos que se plantea.

6.-Hay una última cuestión que echamos en falta en el anteproyecto: las circunstancias en las que muere la ciudadanía española no se conocen bien. Es

esencial disponer de información de calidad sobre esta cuestión para orientar las políticas que lo regulen. La ley debería en su preámbulo reconocer este hecho y en su articulado disponer la creación de una estrategia de observación sistemática al estilo de los observatorios de la muerte que han creado varias comunidades autónomas y que deberían por fin integrarse en una estrategia estatal.

ANÁLISIS JURÍDICO

El anteproyecto de ley de derechos y garantías de las personas al final de la vida, no supone la regulación de ningún derecho que no esté ya regulado.

Basta con hacer un repaso 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:

En su artículo 2 Principios básicos, establece:

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

-El artículo 4 regula el derecho a la información asistencial

-El artículo 5 establece que el paciente es el titular del derecho a la información asistencial

-EL artículo 7 regula el derecho a la intimidad y a la a confidencialidad

-El artículo 8 regula el Consentimiento informado

-El artículo 9 regula los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación

-El artículo 11 regula las Instrucciones previas. Además la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE) en sus artículos 5. 2y 9 se refiere la posibilidad de haber suscrito un documento de instrucciones previas, testamento vital o voluntades anticipadas o documentos equivalentes en que el solicita la prestación de la ayuda a morir en las circunstancias que describa en el referido documento.

Se advierte aquí como el proyecto de ley ignora, al definir las voluntades anticipadas, esa regulación contenida en una ley orgánica aplicable a los ciudadanos de la comunidad de Castilla León.

-En su Disposición adicional primera establece que esta Ley tiene la condición de básica, de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución.

El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta Ley.

En la Comunidad de Castilla y León todos esos derechos se reconocen de nuevo en una norma con rango de ley, cuya derogación no se contempla en el proyecto, ni siquiera cuando regula los mismos derechos. En la Ley 8/2003, de 8n de abril, de derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

Los derechos que regula el proyecto todos ellos son ya derechos reconocidos en la normativa sectorial sanitaria estatal y autonómica.

De manera que no se entiende que se habiliten seis meses tras la entrada en vigor del proyecto para que los centros se adapten a los dispuesto en la misma cuando se reiteran derechos reconocidos desde le año 2001.

También tienen los ciudadanos de Castilla y León, con derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, derecho a los cuidados paliativos. Así se los reconoce el 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. (Ver el Anexo II 7- Cartera de servicios comunes de atención primaria- y el Anexo III 6 - Cartera de servicios comunes de atención especializada- donde se reconoce el derecho de los pacientes a la atención paliativa a enfermos terminales. No se entiende que para mejorar los cuidados paliativos, la Administración de Castilla y León en lugar de dotar de lo necesario a los equipos de atención primaria y servicios hospitalarios que atiendan enfermos terminales, y de un número suficiente de unidades de cuidados paliativos a todas las áreas sanitarias de la comunidad, apruebe una Ley que, además, retrasa su implantación hasta seis meses desde la entrada en vigor de la ley que pretende aprobar.

Si de lo anterior solo se puede desprender la innecesidad de regular tres veces los mismos derechos para que sean exigibles, el proyecto además restringe derechos como es el de todos los hijos a ser tratados del mismo modo por el sistema sanitario. Los hijos tienen los mismos derechos y estos no se ven postergados por no convivir con los padres o haber nacido más tarde que sus hermanos mayores.

COMENTARIOS A ASPECTOS CONCRETOS DEL TEXTO DEL ANTEPROYECTO

A continuación se comentan cuestiones concretas del articulado. Los párrafos en recuadros son texto original del anteproyecto y van seguidos de los comentarios y propuestas que se refieren a cada uno de ello

Exposición de motivos I

pág. 3

La convicción actual de que la prolongación de la vida, cuando supone alargar innecesariamente el sufrimiento si se prevé un desenlace fatal a corto plazo, no constituye un bien superior al derecho del paciente a disponer de sus últimos días según considere de acuerdo a sus convicciones y creencias, no ha estado exenta de dudas y polémica, habiendo surgido voces que cuestionan tales actuaciones.

EL párrafo resulta confuso. No está claro cuales son las actuaciones cuestionadas a que se refiere. Tampoco a qué se refiere cuando contrapone la prolongación de la vida al derecho de paciente a disfrutar de sus últimos días según considere. El párrafo necesita nueva redacción y no proponemos ninguna porque no sabemos qué es lo que quiere expresar

Pagº 3, último párrafo

Actualmente, los avances de la medicina permiten la prolongación de la vida hasta límites insospechados y son precisamente los centros sanitarios y sociosanitarios los que con mayor frecuencia han de prestar la atención necesaria a las personas que afrontan la última etapa de su vida.

Lo expresado en este párrafo y en otros lugares del texto parece obviar el hecho de que actualmente muchas personas expresan reiteradamente su deseo de morir en su casa. El creciente número de fallecimientos ocurridos en ambientes institucionales pensamos que expresa la insuficiencia de las familias actuales y de las ayudas que se les ofrecen para satisfacer ese deseo y no son producto en absoluto de ningún avance tecnológico ni social.

Exposición de motivos IV

Pag 6

Asimismo, la Ley se integra en un marco normativo coherente, resultando su contenido acorde con la regulación sobre la materia establecida

Como hemos comentado antes en extenso no es comprensible que se omitan las debidas referencias a la Ley orgánica de regulación de la eutanasia que con toda probabilidad estará vigente cuando esta Ley se publique

Artículo 4

Pág. 8

c) Cuidados paliativos: El conjunto coordinado de acciones dirigido a la atención activa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales

Proponemos la siguiente redacción alternativa:

c) Cuidados paliativos: El conjunto coordinado de acciones dirigido a la atención activa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, que no tiene por tanto como objetivo su curación sino su bienestar, siendo primordial el sufrimiento causado por circunstancias como el dolor y otros síntomas, problemas y condicionantes psicológicos, sociales y espirituales o de otro tipo

e) Planificación anticipada de la atención: El proceso de reflexión y comunicación entre profesionales, pacientes y familiares, dirigido a planificar la atención futura, incluyendo educación, reflexión, comunicación y documentación sobre las consecuencias y posibilidades de los diferentes tratamientos alternativos.

La planificación anticipada de decisiones, a la que parece referirse este párrafo, lejos de ser una propuesta de este anteproyecto, es una metodología de trabajo bien establecida de la que existe amplia documentación en la literatura de las ciencias de la salud. Preferimos por su el rigor, concisión y por el grado de acuerdo con el que cuenta entre la comunidad científica, la siguiente definición, tomada de Thomas K. Overview and introducing to advance Care Planning. En: Thomas K, Lobo B. Advance Care Planning in End of Life Care. Oxford University Press; 2001 pp 3-15 que proponemos como texto alternativo

La Planificación Anticipada de Decisiones es un proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y profesionales sanitarios implicados en su atención, acerca de los valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente, fundamentalmente en los momentos finales de su vida

Pág. 10

m) Sedación paliativa: Administración de fármacos indicados, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la ley.

n) Sedación en fase de agonía: Sedación paliativa indicada en la fase final del paciente en situación terminal o de agonía, con intención de alcanzar niveles de sedación profunda, hasta alcanzar una ausencia de respuesta a estímulos dolorosos.

Considerando como ya hemos manifestado que en nuestra opinión el objetivo básico de los cuidados al final de la vida es el bienestar y el alivio del sufrimiento, venga o no condicionado por un dolor intratable, preferimos las definiciones de la guía de Sedación Paliativa del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, edición 2012 pg 9, que cuenta con amplio respaldo entre las profesiones sanitarias y que proponemos como redacción alternativa

m) Sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando la el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático.

n) Sedación paliativa en la agonía es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento

intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento.

o) Síntoma refractario: Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa.

Como alternativa proponemos sustituir “requiere” por “puede requerir”, puesto que ni la sedación paliativa ni ningún otro procedimiento paliativo puede considerarse obligatorio

q) Valores personales: Conjunto de creencias y objetivos vitales de una persona que dan sentido a su proyecto de vida y que sustentan sus decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad y muerte.

Es evidente la intención de quien está legislando de propiciar un abordaje holístico de la problemática de la persona que se enfrenta con su muerte. La larga tradición paternalista de la relación médico-paciente aconseja avisar de que esta ley está concebida dentro de un paradigma distinto, de relación centrada en la persona sujeto de atención, y que tendrá en cuenta el conjunto de factores que concurren en su circunstancia vital. La descripción de ese escenario es muy difícil, tanto por el número de factores que concurren como por la variabilidad entre personas. El texto del anteproyecto lo trata de resolver con enumeraciones reiteradas de los factores que quien legisla considera más relevantes (valores, creencias, preferencias...). Eso tiene varios problemas: no por repetir muchas veces lo mismo ganamos credibilidad y sin embargo la lectura se torna más tediosa. Por otra parte las enumeraciones nunca van a ser exhaustivas y algunos de los sujetos de derecho pueden sentirse excluidos al entender que se da prioridad a cuestiones que no les afectan. Imaginemos la situación de una persona no creyente que ve como la ley una y otra vez coloca como prioritaria la atención a las creencias, que no forman parte de su posicionamiento vital ante la muerte. Finalmente es el sujeto de atención quien ha de elegir cuales de esos contenidos desea compartir y debatir con quien le asiste, de manera que una persona concreta puede optar por no hacer explícitas contenidos que suelen ser relevantes para otras y esa opción debe respetarse. Para evitar esos problemas proponemos sustituir esta entrada del glosario por el título Opciones y circunstancias vitales, definido con suficiente amplitud y que permita eludir la necesidad de repetir una y otra vez esas relaciones incompletas de factores. Proponemos para ello la siguiente redacción:

Opciones y circunstancias vitales: conjunto de factores y circunstancias que resultan relevantes para el sujeto de atención en relación con el hecho de su muerte y que desea hacer explícitas en su relación con las personas que le prestan atención sanitaria, compañía y cuidados. Dependen de cada sujeto con una gran variabilidad entre ellos y pueden incluir valores relevantes, ideas, objetivos vitales, cuestiones de ámbito espiritual, entre ellas las creencias religiosas, preferencias generales o concretas sobre su atención sanitaria y sus cuidados, actitud ante el sufrimiento y ante cada una de las circunstancias que lo condicionan y cuantas otras desee hacer explícita cada persona. Si bien todas ellas pueden enriquecer la valoración que la ley obliga a realizar al personal sanitario es únicamente la persona sujeto de atención quien determinará cuales serán objeto de diálogo.

Artículo 6

pág. 11

No obstante, cuando dicha persona lo permita o cuando, a criterio de los profesionales que le atiendan, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, se podrá proporcionar la información a otras personas siguiendo el siguiente orden:

La redacción de este párrafo no es clara y podría entenderse que la información se facilitará a todas las personas de la lista en el orden en que figuran. Para evitar esa confusión proponemos la siguiente redacción alternativa del texto subrayado

el personal sanitario podrá facilitar la información a otra persona a título de representante. Dicha persona deberá ser la primera que esté disponible del siguiente orden de prelación

Artículo 7.1

pág. 13

a) Se establecerá una comunicación continua entre el profesional sanitario responsable y el paciente, que permita explorar e identificar sus valores, preferencias, deseos, expectativas y prioridades con el fin de hacer posible una toma de decisiones reflexiva.

Proponemos la siguiente redacción alternativa del texto subrayado

...sus opciones y circunstancias vitales en los términos definidos en el preámbulo de esta ley...

De no admitirse esta redacción alternativa debería al menos salvaguardarse explícitamente el derecho del paciente a elegir cuales de esos contenidos desea someter a diálogo

Artículo 7.3

pag. 13

3. Cuando se prevea que la enfermedad ya es irreversible y progresiva, con previsión de un desenlace fatal a corto plazo, el paciente tendrá derecho a que se establezca un plan terapéutico que incluya sus decisiones sobre las opciones de tratamiento, adaptadas a los deseos ya expresados por éste. Dicho Plan terapéutico deberá figurar en lugar visible en la historia clínica del paciente, de tal manera que cualquier profesional que acceda a ella pueda tener conocimiento del mismo.

Este apartado no se comprende bien puesto que la persona sujeto de atención tiene ese derecho desde el principio del proceso, y los profesionales sanitarios la obligación correspondiente

Artículo 8

Pág. 13 y 14

Este artículo no aporta nada a lo legislado previamente y no comprendemos su utilidad en este texto. Proponemos suprimirlo

Artículo 14

Pág. 17

2. En los casos en que la persona rechace voluntariamente ser informada, se hará todo lo posible para que comprenda la trascendencia de dicha decisión.

La formulación es excesiva y desproporcionada. Proponemos como redacción alternativa al texto subrayado

...el personal sanitario responsable de esa información se asegurará de...

Artículo 15

Pág. 18

2. Los profesionales sanitarios tienen la obligación de prestar una atención médica de calidad, tanto científica como humana, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional, comprometiéndose a emplear los recursos de la ciencia de manera adecuada a su paciente, según la *lex artis* y las posibilidades a su alcance

Con el fin de garantizar unos mínimos de calidad en la atención que se está describiendo, proponemos sustituir el texto subrayado por

...y la cartera de servicios de SACYL y del Sistema Nacional de Salud

3. El cumplimiento de la voluntad manifestada por el paciente en la forma prevista en la presente ley, excluirá cualquier exigencia de responsabilidad por las correspondientes actuaciones de los profesionales sanitarios destinadas a dar cumplimiento a dicha voluntad.

La redacción de este apartado nos parece inadmisibles. Nos está diciendo que cuando la persona sujeto de atención pide que prevalezca su voluntad por encima de la opción preferida por el personal sanitario, queda desamparado. Proponemos como redacción alternativa:

Cuando un paciente expresa su preferencia por una opción determinada relativa a sus cuidados, el personal sanitario debe asegurarse de que comprende y asume los riesgos y responsabilidades inherentes a dicha opción.

Artículo 17.2

Pág. 19

En las situaciones en las que, por lo súbito del proceso patológico, no haya existido una relación asistencial previa con el personal sanitario, ante procesos agudos con previsión de muerte inminente, las decisiones relacionadas con la adecuación de los tratamientos de soporte vital se tomarán de forma conjunta entre el médico responsable de la asistencia y un segundo facultativo médico de valor crítico en la decisión.

Esta obligación no plantea problemas en medios hospitalarios pero puede plantearlos en pacientes atendidos en su domicilio, sobre todo en medio rural. En ese sentido proponemos que se añada que cuando el médico responsable tenga dificultades para obtener la colaboración de un colega como segundo facultativo deberá facilitárselo la gerencia correspondiente

De todo ello se informará a las personas del entorno del paciente.

Proponemos como redacción alternativa:

De todo ello se informará al paciente y en su caso a su representante en los términos establecidos en esta ley

Disposición adicional tercera: *Ayudas a la dependencia de las personas en el proceso final de la vida.*

Pág. 22

2. Para las situaciones de urgencia en los procedimientos de reconocimiento de la situación de dependencia, es de aplicación el artículo 33 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

El artículo citado en esta disposición establece que en situaciones de urgencia se reduzcan a la mitad los plazos establecidos en la tramitación de los procedimientos administrativos. En el caso de la tramitación de la ayuda a la dependencia esos plazos son de tal magnitud que no serviría de nada una reducción como la que se ofrece. Entendemos lo que esta ley debería garantizar son plazos acordes con la situación, del orden de una semana, 10 días como máximo.

Salamanca, marzo 2021

Grupo de trabajo en Salamanca de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente.

