

## **ALEGACIONES AL DECRETO DEL GOBIERNO DE ARAGON POR EL QUE SE CREA Y REGULA LA COMISION DE GARANTIA Y EVALAUCIÓN**

El borrador del Decreto es completo, matizado y coherente en lo fundamental con el documento de Propuestas remitido previamente por la Asociación DMD-Aragón sobre la aplicación de la LORE en Aragón, y relativo a la comisión, la tramitación, la documentación, residencias de mayores, así como la información y formación de la ciudadanía y de los profesionales implicados.

Las alegaciones que expresamos ahora se refieren al preámbulo y artículos 1 al 16, del Borrador relativos a la Comisión de Garantía y Evaluación. En un documento posterior se presentarán las alegaciones al Registro de profesionales objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir.

En la mayor de los casos las propuestas o alegaciones son sencillas, matizan o cambian el sentido expuesto en el borrador, pero en ocasiones hemos justificado algún cambio por considerarlo más importante, discutible o significativo desde nuestra perspectiva.

### **Página.1, párrafo 4, final: preámbulo:**

*Añadir otra función señalada en su propio título –evaluación–al resumir las demás:*

“Esta comisión asumirá un papel de gran relevancia, especialmente en lo referente a su labor de verificación..., así como resolver las reclamaciones formuladas, **elaborar el informe anual de evaluación y aclarar** las dudas o cuestiones que pueden surgir durante la aplicación de la ley ...

### **Artículo 4: composición de la CGE**

**4.1.d:** *Sustituir las especialidad nombradas por las más implicada en los casos probables de solicitud de ayuda a morir, de acuerdo con los patrones de solicitud de países del entorno y en este orden de implicación:*

“Tres vocales, facultativos médicos con experiencia reconocida en las áreas de **medicina de familia, cuidados paliativos, oncología, geriatría y medicina interna** y otras...”  
consideradas afines...”

El segundo motivo para esta alegación es que la enumeración del Borrador denota un sesgo hospitalocéntrico que no se justifica en el caso de eutanasia por la experiencia de los países del entorno con ley consolidada (Holanda, Bélgica). Desde DMD, y de acuerdo con

esa experiencia vivida en otros países, proponemos garantizar una “buena muerte en casa”, en lugar de fomentar la hospitalización de la eutanasia o su derivación a centros privados especializados desde el SALUD aragonés. Por otro lado, somos conscientes de que la formación y expectativas de la acción médica especializada está más cerca de la cultura del “salvar vidas” que del “aceptar y acompañar en el morir”. Por último, creemos que la lista y orden de las especialidades nombradas para la composición de la Comisión de Garantía es un indicador de “los valores de la Administración sanitaria”, como sugiere la comparación de los decretos previstos por otras CCAA. Por lo que es mejor ajustarse a lo predecible y deseable para esta nueva prestación de eutanasia, de la que médicos anestesiólogos e intensivistas han sido muy sensibles y defensores de su regulación legal durante décadas pero no se espera que sean los implicados como médicos responsables o consultores de la ayuda a morir, ni los más familiarizados en el efecto de las enfermedades oncológicas o crónicas imposibilitantes en la biografía de las personas que las padecen.

#### 4.3. Periodo de nombramiento:

“Los miembros de la Comisión serán nombrados por un periodo **máximo** de cuatro años”.

La redacción del texto lleva a interpretar que se renovará toda la comisión al completo a los cuatro años. Se trata de poner límites temporales e indicar que se especificará el procedimiento en la normativa de Régimen interno de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE).

DMD-Aragón en sus Propuestas ha defendido que debiera hacerse una sustitución paulatina, escalonada. Por ejemplo: que los suplentes pasen a ser titulares al tercer año y que al cuatro sean sustituidos los titulares iniciales por otros nuevos miembros, nombrados como suplentes, de modo que siendo vayan adquiriendo la cultura de trabajo de la Comisión y las buenas prácticas de sus antecesores.

#### 4.4. Criterios del cese.

*Propuesta: **Cambiar el formato de 4ª, 4b, 4c, 4d, 4e, y 4f.***

No es necesario destinar un apartado a cada motivo de cese. No hay razones para darle esa importancia ni las frases son tan complejas que así lo aconsejara su adecuada comprensión. Por el contrario, la discreción de enumerar todos los motivos, separados por comas en la misma frase, sería un indicador social de no temer a los motivos del cese pues no son específicos, ni se espera sean tan frecuentes.

#### Artículo 5.1: funciones

-5.1.1. Añadir en el título: “Las funciones del **pleno** de la Comisión ...”

En caso contrario se debería añadir la primera función de la CGE que es verificar para aprobar o denegar todas la solicitud de ayuda a morir.

5.1. c: *Mejorar la redacción, comenzando por:*

**“Resolver las solicitudes pendientes de verificación por existir disparidad de criterios entre los miembros designados que impida ... .”**

**5.1.d:** *Cambiar el orden de las oraciones:*

**empezar por** “Requerir a la dirección del centro para que en el plazo de máximo de siete días facilite la prestación solicitada,”

**y terminar con** la frase “ante una resolución favorable de la Comisión a la solicitud de prestación de ayuda para morir ”

**5.1.d: Cambiar de apartado esta frase porque es una función del Presidente**

Propuesta: Suprimir 5.1.d para insertarlo en el artículo 5.2, es decir, tras “Designar dos miembros” (5.2.a) y antes de “Reunirse anualmente” (5.2.b)

**Artículo 7: medios humanos y materiales.**

**7.2. f. Añadir una alusión a** los recursos electrónicos o informáticos disponibles para la correcta verificación previa y posterior por el pleno de la Comisión basada en la documentación integrada en la historia clínica del sistema asistencial público como de los centros privados”.

**7.2. g. Añadir una alusión a** los espacios o recursos materiales que podría exigir la entrevista a los pacientes solicitantes de ayuda a para morir, en los casos excepcionales en que ello fuera absolutamente necesario, habida cuenta de que se especifican los medios necesarios para la reunión del equipo de revisores (medico y jurista) y del Pleno de la Comisión.

**7.4. Añadir todo un apartado, el 7.4:**

**“El Reglamento Interno precisará las condiciones de trato humano para que este proceso de verificación tenga el máximo rigor y seguridad jurídica, la mínima invasión de la intimidad de la persona solicitante, se le ofrezca una información puntual y pautada del proceso, y no se recurra al silencio administrativo como señal de denegación de la solicitud de ayuda para morir, en el plazo de los 20 días establecidos.**

**Artículo 8: Funcionamiento:** *nada que sugerir o alegar*

**Artículo 9: Procedimiento:** *nada que alegar o sugerir*

**Artículo 10. Verificación previa por parte de la CGE**

**10.1. Cambiar el orden del párrafo, poniendo el foco en el sujeto principal:**

**“El médico responsable comunicará al Presidente** de la Comisión de Garantía y Evaluación la solicitud del paciente de ayuda para morir, o en cumplimiento de su voluntad expresada en el documento de voluntades anticipadas (DVA), **cuando tenga la doble solicitud y el consentimiento informado, haya registrado en la historia el proceso deliberativo prescrito y disponga del informe favorable del médico consultor”**

m

**10.2. Añadir todos los requisitos al final del párrafo:**

**“Hay que verificar que:**

- a. La información escrita del medico responsable sobre el proceso y alternativas terapéuticas y de cuidados paliativos, o de ayudas sociales a las que tuviera derecho, ha sido entregada a la persona solicitante,**
- b. Los informes médicos están incorporados a la historia clínica**
- c. El proceso deliberativo se ha llevado a cabo y consta en la historia clínica**
- d. Las solicitudes y consentimiento informado del paciente han sido firmados en tiempo y forma e incluidos en su historia clínica**
- e. Los dos informes médicos acreditan que se dan los requisitos de enfermedad o padecimiento, situación de incurabilidad y de sufrimiento insoportable a juicio del paciente, y ser una solicitud libre, voluntaria y consciente, o en cumplimiento de su voluntad expresada en el documento de voluntades anticipadas. “**

**10.3. Utilizar la frase textual de la ley orgánica 3/2021(art.10.2) y especificar plazo**

**“Los dos miembros designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica, y podrán entrevistarse con el profesional de la medicina y enfermería u otros del equipo, así como con la persona solicitante y dispondrán de un plazo de 7 días naturales para realizar su informe”.**

El objetivo de esta propuesta es evitar enfatizar en la naturalidad de entrevistarse con todos los profesionales del equipo, dado que la noción de equipo no se ha definido bien en este Decreto, y si se refiere al equipo de especialistas hospitalarios, podría dar lugar a un rosario de entrevistas innecesarias.

Es evidente que la ley quería reconocer el valor de la información de la profesional de enfermería que hace equipo asistencial en Atención Primaria, y en los equipos de cuidados paliativos (ESAD en Aragón). Además, la profesional enfermera va a estar presente en ultimo acto clínico, probablemente administrando el fármaco letal, y habrá sido la profesional más atenta a las condiciones de vida cotidiana durante años o meses de la persona que ahora solicita la eutanasia. Este punto 10.3 parece una buena ocasión para que el Decreto aragonés reconozca y exprese sin tapujos la labor profesional enfermera y el papel de la atención domiciliaria, y no solamente la hospitalaria, en la gestión de la prestación sanitaria de la eutanasia.

En algunos casos será necesario el informe de la trabajadora social del equipo cuando deba acreditarse que el paciente solicitante ha dispuesto de las ayudas sociales a que tuviera derecho y su carencia no es motivo de su solicitud, salvo que acredite o haga constar previamente que ha dispuesto de las solicitadas o renunciado a ellas en el momento en la solicitud y en la firma del consentimiento informado.

**10. 4. Sobre los contenidos del informe de verificación de los miembros designados, proponemos precisar mejor su contenido tal como expresa la ley (art. 5.1 y 2) y juntar en una sola frase la información clínica obligada, distinguiendo netamente los cuatro bloques informativos o de contenido:**

**“10.4. a. Información de la enfermedad o padecimiento que motiva la solicitud de ayuda para morir, y naturaleza de la situación de sufrimiento constante e intolerable para quien lo padece.**

**10.4. b. Información sobre las diferentes alternativas y posibilidades de actuación ofrecidas al paciente, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones a que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.**

**10.4. c. Información sobre su condición personal del solicitante de ser mayor de edad, español o residente en España durante más de un año, ser capaz y consciente, y haber hecho la solicitud, y firmado el consentimiento informado, libre de presiones externas, a excepción de cuando haya incapacidad de hecho y se acredite su voluntad expresada y registrada con antelación en el Registro de voluntades anticipadas.**

**10. 4.d. Información sobre el procedimiento seguido desde la primera solicitud del paciente, las actuaciones del médico responsable hasta la emisión del informe del médico consultor.**

**10. 5. y siguientes:**

*Corregir el error del plazo cuando hay discrepancia (10.8), incluir solo la primera frase de 10.5 y añadir otro párrafo para las restantes, y cambiar el orden y su numeración.*

**10.5. El informe emitido por ambos revisores (medico y jurista) en el plazo máximo de 7 días naturales, servirá de resolución a efectos de la realización de la prestación en el caso de que sea favorable.**

**10. 6.** La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del Presidente para la que traslade al médico responsable que realizó la comunicación.... **(sin cambios)**

**10. 7.** En caso de informe desfavorable a la solicitud planteada, **queda** abierta la posibilidad de reclamar ante la Comisión de Garantía y Evaluación, según el modelo previsto en el anexo 1 o documento con similar contenido, **tras la comunicación del presidente al médico responsable y a la persona solicitante.**

**10. 8.** En caso de discrepancia entre los dos miembros designados para la realización del informe de verificación, se elevará al pleno de la Comisión que decidirá definitivamente en el plazo máximo de 20 días naturales **tras la comunicación del médico responsable de la solicitud al Presidente de la CGE (corregir el error de 20 días naturales tras realización del informe)**

**10.9.** Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

## **Justificación especial de la alegación 10.8 y 12.2**

El motivo de esta alegación (10.8) es que la ley orgánica 3/2021 prevé que la Comisión debe resolver la verificación previa en veinte días (20) desde la comunicación del médico responsable al presidente.

Por lo tanto, en este caso la Comisión tiene 11 días para tomar decisión definitiva cuando hay discrepancias de los designados, lo que se debe dirimir el Pleno, en sesión extraordinaria del Pleno pues las ordinarias son bimensuales. El plazo es de once días (11) máximo a se han gastado dos días en designar (2) y en siete días en verificar (7).

La cuestión (ética) que planteamos es ¿por qué el enfermo expectante debería esperar días adicionales a los establecidos a que esta comisión decida su suerte si cuenta ya con tres informes favorables y uno en contra? Este sería el caso de toda discrepancia de la CGE porque si este cuarto revisor emitiera un informe negativo, habría denegación y el paciente ya podría recurrir ante lo Contencioso-Administrativo; pero tampoco hay aprobación, por lo que simplemente hay que dirimir la cuestión en el pleno de la Comisión.

La asociación DMD considera con preocupación el flujo o ritmo temporal del complejo proceso de garantías previas españolas, y no parece que haga falta el mismo tiempo para dirimir discrepancias o dudas abiertas en una Comisión que para dirimir o resolver ante una reclamación por denegación, es decir, ante informes ajenos y datos ajenos a los componentes de la Comisión; una Comisión que no es de bioética sino de derechos regulados expresamente por ley, por lo que no está obligada a tomar decisiones por consenso sino por votación, como establece este mismo Decreto.

En cualquier caso, este asunto debe ser objeto de su Régimen de funcionamiento interno, pues la letra y espíritu de la ley O. 3/2021 dispone que la Comisión de garantía y Evaluación dispone para verificar y resolver un plazo de 20 días, y debiera justificarse la ampliación de dicho plazo en este dicho supuesto.

Por ultimo y más importante, y quizá motivo del error de interpretación de la Ley, es que el plazo de tiempo que prevé el Decreto aragonés es el mismo -20 dias- que para resolver una denegación (art. 12.8), sea del médico responsable o del médico consultor. Pero en este caso, no se trata de una resolución a solicitud del paciente por una denegación no aceptada, sino de una mera deliberación interna de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación, a solicitud del presidente ante un informe dispar de los dos miembros designados para verificar, que conocen bien el problema y los motivos de sus discrepancias y pueden comunicar a sus compañeras y compañeros de la Comisión.

### **Artículo 11: Registro de comunicaciones de denegación...**

*Cambio formal: reducir el margen izquierdo* en la relación de los datos a incluir.

**11.4. b. :** *Indicar la información completa de la ley en los casos de iii y v:*

**11. 4. b. iii.** “Descripción de la patología padecida por la personas solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante)”

6

**11. 4. b. v.** “Información sobre la voluntariedad, la reflexión **y reiteración de la solicitud**, así como sobre la ausencia de presión externa.”

## **Artículo 12. Resolución de reclamaciones**

### **12. 2. Eliminar todo el punto 2 del artículo 12 porque NO es una reclamación.**

En cualquier caso, no pueden ser 20 días porque ese es el plazo total de resolución de cualquier solicitud en la Comisión de Garantía y Evaluación, y la discrepancia de criterios forma parte del trámite normal de una solicitud, habida cuenta de que ya hay, al menos, 3 informes favorables de los 4 preceptivos para autorizar la ayuda médica para morir en la fase de verificación previa y no es una reclamación en sentido jurídico.

Esta norma debe indicarse en el artículo 10. 8. donde hay que señalar que el plazo máximo es de 11 días, deducidos los preceptivos de 2 días máximo para designar los miembros y los 7 días máximo para la presentación del informe de los evaluadores designados, dentro del plazo total de 20 días naturales de resolución desde la recepción de la comunicación del médico responsable al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación (véase la alegación en 10. 8)

### **Art. 13. Resolución de conflictos de intereses**

*Añadir para precisar su trascendencia y hacer propuestas más eficaces*

“La Comisión de Garantía y Evaluación dispondrá de un plazo máximo de veinte días naturales para dirimir **las demandas que puedan recibir** por los conflictos de intereses que puedan suscitarse **en virtud** del artículo 14 de la Ley orgánica 3/2021, **que establece que “no podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales sanitarios quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia”**. Asimismo velará para que los profesionales dispongan de un plazo máximo de **24 horas para excusar su participación si se diera este conflicto de interés.** “

El objetivo principal de esta alegación es aclarar que no todos los conflictos deben resolverse ante la CGE, sino sólo los que precisen de esta alta instancia de control previo de la eutanasia.

El segundo objetivo es subrayar que siempre debemos atender al escaso margen temporal que tiene el paciente solicitante para obtener su ayuda para morir en España, y más si tenemos en cuenta que en los países de nuestro entorno (Benelux), el 80% de las personas que obtuvieron la ayuda para morir por eutanasia estaban en sus últimas semanas de vida (4-8 semanas). No debe la persona solicitante esperar otros 20 días más (3 semanas) por un conflicto externo que puede resolverse en un solo día con una mera sustitución, sea del profesional de enfermería o del médico consultor elegido por el médico responsable, o del jurista o médico designados por el Presidente, los únicos protagonistas de estos conflictos. En este último caso, proponemos que **se fije en el Reglamento de régimen interno de la Comisión de Garantía y Evaluación que todos los miembros designados dispondrán de un plazo de 24 horas máximo para notificar si hay o no conflicto de interés.**

También proponemos que este mismo artículo 13, especifique que, actuando a favor de los derechos de las personas solicitantes de ayuda para morir, **es preciso recordar a los profesionales implicados que la aceptación de cualquier tipo de participación activa en el proceso debe incluir la cláusula de no tener conflicto de interés y que deben informar si lo hubiera en el plazo de 24 horas.**

#### **Artículo 14. Verificación de realización de prestación de ayuda para morir.**

##### **14. 1. b. vi. Añadir lo que falta de lo que indica la ley:**

“Información sobre la voluntariedad, la reflexión **y reiteración de la solicitud**, así como sobre la ausencia de presión externa.”

##### **15. 2. Anadir al final la alusión de la función del informe a efectos de equidad :**

“Asimismo, elaborará y hará publico un informe anual de evaluación de la aplicación de la ley en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, el cual remitirá al titular del departamento con competencia en materia de sanidad para su conocimiento y difusión, **y la coordinación interterritorial que garantice la equidad del Sistema Nacional de salud.**”

#### **Artículo 16. Órgano consultivo.**

##### **16. 2. Añadir al final:**

“Como tal órgano consultivo, estará abierto a las consultas de las administraciones públicas, y las instituciones sanitarias o sociosanitarias, publicas y privadas, implicada en la aplicación de la Ley, así como a los profesionales que prestan servicios en las mismas, **y a las asociaciones representantes del colectivo de solicitantes o usuarios potenciales de la prestación sanitaria de ayuda para morir.**”

##### **16.3. Añadir otras funciones además de la informativa:**

“Los ciudadanos particulares podrán acudir a los servicios de información y atención al usuario del Sistema de Salud de Aragón, así como a los servicios en línea de información y gestiones sanitarias para los usuarios de los servicios sanitarios para recabar la información que precisen, o **depositar sus quejas, agradecimientos, solicitudes y sugerencias.**”

En Zaragoza, a 3 de junio de 2021,



Fdo. VICEPRESIDENTA DMD-ARAGÓN  
Consuelo Miqueo