

Informe anual de la Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón.

ENERO – DICIEMBRE DE 2022.

Introducción. Marco normativo y de funcionamiento.

El año 2022 es el segundo año tras la entrada en vigor de la *LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*, y el primer año de actividad completa de enero a diciembre.

La *Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón* fue constituida el 21 de junio de 2021 por *ORDEN SAN/671/2021, de 7 de junio, por la que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación del Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir de la Comunidad Autónoma de Aragón*. El corto espacio de tiempo disponible para la constitución de la Comisión entre la publicación de la ley y su entrada en vigor, tres meses, hizo que se procediera a una regulación de una forma ágil y rápida, pero que conllevaba una falta de reflexión sobre las mejores opciones para la composición de este órgano colegiado y su futuro funcionamiento. Tal cosa se previó y, simultáneamente, se comenzó la elaboración de un decreto del Gobierno de Aragón que regulase la Comisión de Garantía y Evaluación, así como el *Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir*.

Con fecha 14 de septiembre de 2022 se publicó en Boletín Oficial de Aragón el *DECRETO 131/2022, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se crean y regulan la Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón del derecho a la prestación de ayuda para morir y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir*, que culminaba el proceso básico de regulación normativa por parte del gobierno autonómico de aquellos instrumentos previstos en la ley para el ejercicio del derecho a la eutanasia y la realización del prestación de la ayuda para morir.

El nuevo decreto prevé un aumento del número de vocales de la comisión, incrementando el número de profesionales médicos y jurídicos que pueden entrar a formar las duplas que realizan las verificaciones previas en los procedimientos de solicitud de la prestación.

También permite la entrada de otros profesionales que puede aportar una visión multidisciplinar de los pacientes a la hora de estudiar las solicitudes y las reclamaciones, así como de la perspectiva que guíe las recomendaciones de la Comisión en virtud de su carácter de órgano consultivo y evaluador de la implantación de la ley en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón. El nuevo decreto establece también mecanismos de elección de la presidencia y vicepresidencia, así como otros elementos en su funcionamiento interno, que garantizan la independencia de la Comisión respecto a otros organismos administrativos y centros directivos de las administraciones públicas.

La Comisión está adscrita al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, siendo la dirección general competente en materia de garantías sobre los derechos de los usuarios del sistema sanitario la encargada de prestarle el apoyo administrativo y material necesario para su funcionamiento, en la actualidad la Dirección General de Transformación digital, Innovación y Derechos de los usuarios.

Con fecha 10 de enero de 2023 se realizó la reunión de constitución de la nueva Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón de acuerdo al Decreto 131/2022.

Con la entrada en vigor de la ley, los ocho sectores sanitarios del Servicio Aragonés de Salud designaron *referentes de sector* que apoyasen a los profesionales sanitarios en la tramitación y la gestión de las prestaciones de ayuda para morir. El número y perfil de estos referentes de sector son diversos, como es diversa también la estructura y ámbito poblacional y geográfico de cada uno de los sectores sanitarios. En su mayor parte proceden de los equipos directivos de los centros sanitarios de cada sector, y han sido un elemento importante y valioso en su colaboración con la secretaría de la Comisión para resolver los problemas y obstáculos a la hora de sacar adelante los procedimientos, todavía muy novedosos para la mayor parte de los profesionales sanitarios de Aragón. En la actualidad hay 21 profesionales designados entre los ocho sectores sanitarios para actuar como referentes de sector cuando se presenta una solicitud de prestación de ayuda para morir.

Solicitudes de prestación de ayuda para morir en 2022.

Durante el año 2022 se han presentado un total de 26 solicitudes de prestación de ayuda para morir, frente a las seis solicitudes del año 2021. Siendo los números pequeños desde un punto de vista estadístico, y estando la entrada en vigor relativamente reciente, es difícil establecer comparaciones entre ambos años, pero las cifras evidencian un mayor número

de solicitudes en 2022 que en 2021, aun corrigiendo el hecho de que durante 2021 la ley sólo estuvo en vigor durante poco más de la mitad del año.

Durante el año 2021 hubo un promedio de una solicitud al mes, mientras que en 2022 hubo un promedio de 2,17 solicitudes al mes.

Durante el año 2022 no se registró ninguna solicitud presentada en centros que no pertenezcan a la red de centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud. Dentro de este, las solicitudes se reparten como siguen:

Provincia/Sector sanitario	Solicitudes en 2021	Solicitudes en 2022	Total
Huesca / Barbastro	0	0	0
Huesca / Huesca	1	4	5
<i>Provincia de Huesca</i>	<i>1</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Teruel / Alcañiz	0	1	1
Teruel / Teruel	0	0	0
<i>Provincia de Teruel</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Zaragoza / Calatayud	0	1	1
Zaragoza / Zaragoza 1	0	2	2
Zaragoza / Zaragoza 2	5	13	18
Zaragoza / Zaragoza 3	0	5	5
<i>Provincia de Zaragoza</i>	<i>5</i>	<i>21</i>	<i>26</i>
<i>Total de Aragón</i>	<i>6</i>	<i>26</i>	<i>32</i>

Como se ha comentado, los números son estadísticamente muy pequeños, por ello y para garantizar la confidencialidad de los pacientes, no se hará un ulterior desglose de otras variables de forma geográfica. La probabilidad de identificar personas individuales a partir de estadísticas generales es mayor cuando los números son pequeños, quebrándose la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal.

Resolución de las solicitudes de las prestaciones de ayuda para morir presentadas en 2022.

De las 26 solicitudes que se presentaron en 2022, 23 solicitudes fueron presentadas por el propio paciente, una solicitud fue presentada por familiares del paciente, respaldada por un documento de voluntades anticipadas otorgado previamente por el propio paciente, y dos solicitudes fueron presentadas por familiares del paciente, sin estar respaldadas por un documento de voluntades anticipadas otorgado previamente por el propio paciente.

La Ley Orgánica 3/2021 exige garantías sobre la voluntad expresa del paciente que solicita la prestación de ayuda para morir. Por lo tanto, las solicitudes presentadas por familiares u otros representantes del paciente, cuando no están respaldadas por un documento de voluntades anticipadas o equivalente, no tienen posibilidad de prosperar cuando las garantías previstas en la ley se imponen, como así ha sucedido.

De las 24 solicitudes presentadas y admitidas a trámite por estar presentadas de forma adecuada, en el momento de iniciar la redacción de este informe hay un expediente sin cerrar ya que el paciente solicitó un aplazamiento de la realización de la prestación hasta enero de 2023, tras la resolución favorable de la Comisión de Garantía y Evaluación a la reclamación que presentó. Las 23 solicitudes restantes se han cerrado de diversas formas.

A continuación, se hará un repaso de las incidencias en la tramitación de las solicitudes en cada una de las fases del procedimiento que lleva a la prestación de ayuda para morir.

Información y deliberación:

Las 26 solicitudes presentadas dieron comienzo a la que se ha dado en llamar una fase de información y deliberación, o simplemente deliberación. En ella, se inicia un proceso de diálogo entre el médico responsable del proceso del paciente, junto con otros profesionales sanitarios si es preciso, en el que se constata la voluntad firme del paciente de seguir con la prestación. Cuando existan, se informará al paciente de alternativas terapéuticas para su proceso o para sus cuidados. También se documenta el expediente del paciente con un informe que realizará el médico responsable sobre el proceso de deliberación, una segunda solicitud del paciente en los plazos previstos, la firma del consentimiento informado, y un informe preceptivo de un médico consultor con conocimientos y experiencia en el proceso del paciente. Diez solicitudes llegaron al final de esta fase y los expedientes fueron elevados para verificación previa a la Comisión de Garantía y Evaluación.

Dos solicitudes fueron informadas desfavorablemente por el médico responsable por no quedar constatada la voluntad expresa del paciente de solicitar la prestación de ayuda para morir. Son las dos solicitudes presentadas por familiares del paciente sin un documento de voluntades anticipadas o equivalente que respalde dichas solicitudes en los términos previstos por la ley.

Seis solicitudes fueron informadas desfavorablemente por el médico responsable o por el médico consultor, tres en cada caso, porque estos facultativos consideraron que el proceso del paciente no presentaba un contexto eutanásico, es decir, no presentaban una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos definidos en la ley.

Siete procedimientos de información y deliberación iniciados se cerraron debido al fallecimiento del paciente debido a la evolución natural de la enfermedad que padecían. Más adelante se analizará con más detalle esta circunstancia.

Un paciente presentó escrito de revocación a su solicitud de forma libre y voluntaria.

A continuación, se presenta una tabla resumen de lo acontecido en la fase de información y deliberación.

Fase de información y deliberación.	
Situación:	Número de solicitudes
Remitidas a verificación previa.	10
Fallecidos por su enfermedad.	7
Médico responsable desfavorable por ser presentadas por persona no autorizada.	2
Médico responsable desfavorable por situación clínica.	3
Médico consultor desfavorable.	3
Revocación por voluntad propia.	1
	<i>Total</i>
	26

Verificación previa:

Como se ha indicado anteriormente, diez de las solicitudes presentadas en 2022 prosperaron hasta el final de la fase de información y deliberación. Con el expediente recogido, directamente o a través de sus referentes de sector, el médico responsable elevó

las solicitudes de verificación previa a la Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón. Una vez registrados de entrada las solicitudes de verificación previa por la secretaría de la Comisión, en un plazo de 48 horas, la presidencia de la Comisión procedió a designar una dupla formada por un vocal médico y por un vocal jurídico de la Comisión, que dispusieron de un plazo de siete días naturales para realizar el informe de verificación previa.

No se registró ningún incidente que alterase los plazos previstos legalmente para la designación de la dupla o para la emisión del informe, por lo que todos los informes, que tienen valor de resolución administrativa, fueron emitidos en tiempo y forma.

De las diez solicitudes de verificación previa estudiadas e informadas, nueve recibieron informe de verificación favorable, por lo que quedó abierta la vía para que el paciente recibiese la prestación de ayuda para morir, mientras que una recibió un informe de verificación desfavorable. En 2022, todos los informes fueron concordantes entre los dos vocales de la dupla, por lo que no fue preciso convocar el pleno de la Comisión en ningún caso para dirimir la discrepancia. En 2021, se dio un informe discordante que hubo de resolver el pleno de la Comisión.

Verificaciones previas.	
Situación:	Número de solicitudes
Verificación previa favorable.	9
Verificación previa desfavorable.	1
	<i>Total</i> 10

Reclamaciones:

La Comisión de Garantía y Evaluación ha atendido un total de cuatro reclamaciones presentadas por los pacientes en distintos momentos del procedimiento que lleva a la prestación de ayuda para morir. Una de las reclamaciones se presentó durante el año 2022, pero fue resuelta a principios de enero de 2023.

De las cuatro reclamaciones, tres se presentaron tras informe desfavorable del médico responsable del proceso. Los motivos de denegación fueron:

- a) Por presentación de la solicitud por familiar sin documento de voluntades anticipadas que respaldase la solicitud en un caso.

- b) Por no encontrarse clínicamente en un contexto eutanásico, al no haberse agotado las posibilidades terapéuticas, en dos casos.

Una reclamación se presentó tras informe desfavorable del médico consultor del proceso, considerando el proceso original como controlado, siendo consecuencia el padecimiento del paciente de las secuelas del tratamiento. El médico consultor planteó que no podía descartar que existiesen alternativas terapéuticas a la situación actual del paciente.

Se presentó una quinta reclamación, tras informe desfavorable del médico consultor por no haberse agotado las posibilidades terapéuticas, presentada fuera del plazo previsto en la Ley orgánica 3/2021, por lo que fue inadmitida a trámite.

De las cuatro reclamaciones admitidas a trámite, todas fueron vistas por el pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón, que emitió resolución desfavorable en tres de ellas y resolución favorable a la solicitud del paciente en una de las reclamaciones.

No se presentó reclamación ante el único informe desfavorable a la prestación emitido por una dupla de la Comisión durante la verificación previa de una solicitud de prestación de ayuda para morir.

Reclamaciones.				
Origen:			Resolución favorable	Resolución desfavorable:
Informe desfavorable responsable.	desfavorable	médico	0	3
Informe desfavorable médico consultor.			1	0
<i>Total</i>			<i>1</i>	<i>3</i>

Prestación efectiva de la ayuda para morir:

Durante el año 2022 se ha prestado la ayuda para morir en la Comunidad Autónoma de Aragón a ocho pacientes. Como se podrá comprobar a partir de los datos ofrecidos hasta el momento, bien sea tras la verificación previa favorable de las duplas de la Comisión, bien sea tras resolución favorable de una reclamación del paciente, el número total posible de prestaciones efectivas de ayuda para morir debería ascender a diez.

- Uno de los pacientes murió por la evolución natural de la enfermedad antes de que se realizara la prestación de ayuda para morir.

- Dos de los pacientes planificaron la prestación para una fecha más de dos meses posterior a la fecha en que la Comisión se pronunció, fuese por verificación previa o por resolución de reclamación. Uno de ellos no había recibido la prestación de ayuda a morir a 31 de diciembre de 2022; la misma había sido aplazada hasta una fecha del mes de enero de 2023.

Por sectores del Servicio Aragonés de Salud, las prestaciones se realizaron de la siguiente forma:

Sector	Total prestaciones	En domicilio	En hospital
Huesca – Huesca	1	1	0
Zaragoza - Z1	1	1	1
Zaragoza - Z2	3	0	3
Zaragoza - Z3	2	0	2
Total	8	2	6

Los sectores de Barbastro (provincia de Huesca), Alcañiz y Teruel (provincia de Teruel) y Calatayud (provincia de Zaragoza) no han realizado ninguna prestación en 2022.

Dos pacientes solicitaron aplazamiento superior a dos meses tras la resolución de la Comisión de Garantía y Evaluación, bien fuese por verificación previa, bien por reclamación favorable. Uno recibió la prestación en la fecha planificada tras el aplazamiento, uno está pendiente a 31 de diciembre de 2022.

Tres prestaciones de ayuda para morir fueron especialmente planificadas y realizadas para cumplir el deseo del paciente de donar órganos para trasplante; las dos primeras en el sector Zaragoza III, realizándose la prestación y la extracción de órganos en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, y la última en el sector Zaragoza II, realizándose en el Hospital Universitario Miguel Servet.

Análisis de patologías de origen y prestaciones realizadas:

El análisis de las patologías que originan las solicitudes de prestación de ayuda para morir, comparándolas con las prestaciones que efectivamente se realizan y las patologías que padecen estos pacientes resulta de interés, especialmente de cara a la actitud de los profesionales sanitarios durante la fase de información y deliberación, en la que deben ajustar las expectativas de los pacientes.

Los procesos de base de los pacientes en el momento de la solicitud se pueden resumir en los siguientes grandes grupos de patologías:

Neoplasias:	13	50 %
Trastornos mentales y del comportamiento:	1	4 %
Enfermedades del sistema nervioso:	9	35 %
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo:	3	12 %

Los procesos de base de los pacientes en el momento de la prestación se pueden resumir en los siguientes grandes grupos de patologías:

Neoplasias:	2	25 %
Enfermedades del sistema nervioso:	6	75 %

Como se puede observar, las neoplasias son causa de la mitad de las solicitudes presentadas, pero sólo dos de un total de 13 llegan a recibir la prestación. De las 11 que no la reciben, sólo una recibe un informe desfavorable, en la verificación previa por parte de la dupla de la Comisión de Garantía y Evaluación, mientras que las 9 solicitudes restantes, que constituyen más de dos tercios de las solicitudes presentadas por este tipo de patología, fallecieron por la evolución de la enfermedad durante el procedimiento. En su mayor parte en la fase de información y deliberación, pues sólo una de ellas falleció cuando el expediente había sido remitido a verificación previa, falleciendo el mismo día en que se informó favorablemente la solicitud. Esta circunstancia se ha informado también, con datos provisionales, por parte de otras comunidades autónomas, y es indicativo de que el procedimiento no se adapta a las necesidades de los pacientes oncológicos que, cuando solicitan la prestación, tienen su enfermedad muy avanzada y en fase terminal.

Del otro gran grupo de procesos, las enfermedades del sistema nervioso, en su totalidad enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, sólo una falleció por la evolución de su enfermedad durante la tramitación de la solicitud, mientras que otras dos fueron informadas desfavorablemente por ser presentada por un familiar, sin documento de voluntades anticipadas que la respaldase y no estando el paciente en condiciones de expresar su voluntad.

Recomendaciones de la Comisión de Garantía y Evaluación:

De todos los actos y procedimientos que se incluyen en el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir previstos en la Ley Orgánica 3/2021, hay uno que está todavía entre las tareas pendientes para depurar y realizar con una buena sistemática, y es la verificación posterior de las prestaciones de ayuda para morir realizadas, prevista en el artículo 18 b) de la ley.

Todos los expedientes de solicitud han sido revisados exhaustivamente por la secretaria de la Comisión de Garantía y Evaluación durante y después del proceso de solicitud, resolución y prestación, si esta procede. Se ha realizado un acompañamiento de las solicitudes, cuando así se ha demandado desde los centros sanitarios, con el fin de garantizar que no existen omisiones en los procedimientos, y se han revisado los expedientes antes de proceder a las verificaciones previas, de modo que se garantice que todos llegaban con la información y la documentación suficiente para la realización de la verificación.

Todos los expedientes de prestaciones realizadas estaban bien documentados y no han presentado problemas en lo que se refiere a los que han pasado por la verificación previa. Otra cuestión, que debe ser tratada aparte, son los casos de prestaciones derivadas de reclamaciones ante la Comisión de Garantía y Evaluación que resultan en un informe favorable, cuando el médico responsable o el médico consultor haya realizado informe desfavorable. Solo se ha dado un caso con esta situación, que debe ser objeto de análisis puesto que puede derivar en situaciones de tensión entre los profesionales sanitarios que realizan la prestación. En este único caso, por aplazamiento voluntario por parte del paciente, a fecha 31 de diciembre de 2022 no se había realizado la prestación.

Sin embargo, desde la Comisión se ha observado que la revisión de casos limitada a los que reciben la prestación de ayuda para morir limita la evaluación de la implantación de la ley en Aragón, de los problemas que arrastra y de las recomendaciones a realizar para resolver o paliar estos problemas. En una primera valoración, los problemas surgidos en los pacientes que no reciben finalmente la prestación pueden ser tan importantes o más como en los que si la reciben.

Puesto que es la Comisión de Garantía y Evaluación la que progresivamente ha de ir analizando estos problemas y emitiendo las pertinentes recomendaciones, derivadas de su carácter de órgano asesor en materia de eutanasia en el territorio de la Comunidad

Autónoma de Aragón, a continuación, se indicarán algunas de las situaciones detectadas y susceptibles de estudio.

1. *Carga burocrática de los procedimientos:*

Se han presentado quejas, de momento de modo informal, por parte de profesionales y referentes de sector sobre la importante carga burocrática que llevan los procedimientos de solicitud de la prestación de ayuda para morir. Una carga burocrática que se añade a la dificultad de encajar el tiempo que lleva el proceso de deliberación con el paciente para unos profesionales que reclaman de forma constante mejoras en su entorno laboral y en la carga asistencial que soportan.

2. *Admisión o inadmisión de solicitudes no conformes:*

Desde algunos sectores sanitarios se ha argumentado la necesidad de procedimientos abreviados de comunicación a los interesados que presentan solicitudes que no se ajustan a lo previsto en el texto legal. Principalmente ha surgido cuando se presenta por familiar o representante de un paciente que no puede expresar su voluntad por sí mismo, y no existe un documento de voluntades anticipadas o equivalente que respalde la solicitud. Se ha llegado a proponer que el profesional sanitario no tendría por qué recoger y rubricar dichas solicitudes.

De momento, desde la secretaría se ha aconsejado que se actúe de acuerdo a los procedimientos indicados, aceptando la solicitud, realizando un informe desfavorable razonado del médico responsable en los 10 días tras la presentación de la solicitud, dando pie a reclamación, y remitiendo los documentos primero y segundo modificados a la Comisión de Garantía y Evaluación como en cualquier otro caso de informe desfavorable.

En cualquier caso, la inadmisión de la solicitud no eximiría al centro sanitario en la que se recibiese de elaborar una respuesta al solicitante informándole de las causas de inadmisión.

3. *Médico responsable objetor:*

La Comisión de Garantía y Evaluación culminó un informe de asesoría sobre el alcance de la objeción de conciencia a petición del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón en las primeras semanas de 2022. Este documento, conocido por las direcciones de los centros y los referentes de sector, ha servido para indicar a los médicos responsables de los procesos de los pacientes cuáles son sus

obligaciones en los procedimientos, independientemente de su condición de objetores de conciencia a realizar la prestación.

El grado de conflicto que ha surgido en la fase de información y deliberación ha sido menor que en las pocas solicitudes recibidas en el año 2021. Pero también parece cierto que la forma en que se han gestionado estas situaciones de médico responsable objetor ha sido diversa, adaptada a cada situación. En cualquier caso, no se han detectado demoras importantes en la tramitación de los casos por este motivo.

Cabe decir también que cuando el médico responsable es objetor los informes desfavorables, cuando se han redactado, estaban motivados correctamente de acuerdo a las garantías establecidas en el texto legal. Ninguno ha dado lugar a reclamaciones cuya resolución haya tenido un sentido favorable. La única reclamación con resolución favorable fue debida a un informe desfavorable del médico consultor, no de un médico responsable objetor. Por lo tanto, es una condición, la de médico objetor, que no ha afectado al devenir de los procedimientos.

4. Informe del médico responsable:

Tal y como viene redactado el texto legal, el médico responsable tiene dos obligaciones de informe de cara a la incorporación al expediente de cada solicitud:

- El informe desfavorable cuando se observen circunstancias por las que la solicitud no reúne los requisitos previstos en el texto legal.
- El informe de los procedimientos de información y deliberación con el paciente realizados, cuando no se realice informe desfavorable.

En la intranet del Servicio Aragonés de Salud existen dos modelos de informe (Modelos 3 y 6 Eutanasia) que se ofrecen como una guía para los contenidos que debe contener el informe. Pero en ocasiones se adoptan como un formulario que se cumplimenta someramente, dependiendo las resoluciones de la Comisión, en dupla o en pleno, de los informes del médico consultor y del acceso a la historia clínica del paciente para un conocimiento en profundidad de la situación del paciente.

A la hora de redactar este informe, llegan noticias de los primeros recursos a la jurisdicción contencioso-administrativa que indican que los informes del médico responsable, al igual que los del médico consultor o los de la propia Comisión,

deben contener todas las consideraciones necesarias y sus conclusiones deben estar adecuadamente motivadas, no bastando expresiones someras expresando que no se considera el caso incluido en los supuestos previstos por el texto legal. No obstante, todavía es escasa la casuística al respecto.

Se debe considerar la posibilidad de modificar el modelo o de realizar una guía detallada para la elaboración del informe que mejor la información recogida en el mismo.

5. Informe de otros profesionales sanitarios del equipo asistencial:

Dos cuestiones han interesado a las duplas de verificación previa y al pleno de la Comisión cuando ha estudiado reclamaciones, más allá de los diagnósticos activos del paciente y de su pronóstico vital:

- Su estado cognitivo y su capacidad para tomar decisiones.
- Su grado de dependencia para la realización de actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, y en qué medida las carencias en este plano vienen condicionadas por el proceso de base del paciente.

En algún caso se han incluido informes complementarios de algún otro profesional sanitario, como los profesionales de salud mental, sobre estas cuestiones. Se plantea también la recomendación de que otros profesionales del equipo asistencial realicen informes complementarios a los del médico responsable y del médico consultor que amplíen o aclaren estos extremos.

6. Elección del médico consultor e informe de este profesional:

Los informes de los médicos consultores son percibidos tras año y medio de recorrido de la ley como muy importantes en la documentación o información de los casos cuando se remiten para verificación previa o, aun antes, cuando se informan desfavorablemente por no reunir los requisitos previstos en la norma legal.

Sin embargo, la norma es muy poco específica a la hora de establecer los requisitos para esta figura. Sólo dos, tener conocimientos en la patología principal del paciente y no pertenecer al mismo equipo asistencial que el médico responsable.

En el año 2022 se han dado casos, especialmente cuando el médico responsable es un facultativo de atención especializada, en lo que ha resultado compleja la elección de un médico consultor que no perteneciese de alguna forma al mismo

equipo asistencial que el médico responsable. Aunque todo depende de cómo se defina “equipo asistencial”. Deberán establecerse criterios claros y, si es necesario, vías de colaboración entre servicios de distintos centros sanitarios, y aun de distintos sectores sanitarios, para asumir este rol. Hemos registrado colaboraciones eficaces entre especialistas de una misma área del conocimiento médico, actuando uno como médico responsable y otro como médico consultor, pero perteneciendo a centros distintos de sectores sanitarios distintos.

Por otro lado, determinados facultativos de atención especializada generan informes desfavorables desde el punto de vista de sus especialidades médicas, que pueden tener una visión limitada de las circunstancias globales del paciente. Dos informes desfavorables de médicos consultores con especialidades quirúrgicas dieron lugar a reclamación de los pacientes.

Una de ellas dio lugar a una resolución favorable de la Comisión; la otra fue inadmitida por no ser presentada en tiempo y forma, por lo que no sabemos cómo podría haberse resuelto. Los informes realizados por estos especialistas son amplios y muestran la dedicación de los profesionales a la tarea encomendada; pero el punto de vista de esas especialidades no necesariamente incluye toda la información trascendente para la evaluación durante la verificación previa o durante una reclamación.

Dada la trascendencia de estos informes, quién debe ser el médico consultor y el contenido mínimo del informe resultan de especial trascendencia.

7. *Elevada proporción de pacientes fallecen durante el procedimiento:*

Como ya se ha comentado previamente, una elevada proporción de pacientes, algo menos de la mitad los que presentan la solicitud, un 46 %, fallecen por la evolución natural de su enfermedad tras ser presentada la solicitud y antes de que termine la fase de deliberación o de que esté en condiciones de realizarse la prestación. Esto se da especialmente entre los pacientes oncológicos.

Son casos en los que, además, suele haber constantes avisos a la Comisión de la necesidad de hacerlas cosas deprisa. Por establecer una analogía, se establece “una especie de carrera” para ver “quién llega antes”, lo cual no parece razonable ni en beneficio de aliviar el sufrimiento del paciente. Parece necesario establecer unas recomendaciones sobre cómo actuar y proceder con estas solicitudes, con pacientes en fase terminal muy avanzada, y con quienes hay que trabajar sus

expectativas y las mejores medidas paliativas en previsión de un fallecimiento próximo.

8. *Simultaneidad de actuaciones:*

Vinculado al punto anterior, se ha detectado la tramitación de expedientes para su remisión a verificación previa que han transcurrido en periodos de tiempo muy inferiores a los habituales. Generalmente, en pacientes en fase terminal muy avanzada.

La ley establece una secuencia de actuaciones. Por ejemplo, la remisión del caso al médico consultor tras la segunda solicitud, la deliberación breve consiguiente y la firma del consentimiento informado. Sin embargo, todo indica que el médico consultor fue contactado y realizó el informe de forma simultánea a todo lo anterior. A veces con fecha de informe a lo anterior. Esto último se cita a modo de ejemplo. Se han detectado otros ejemplos de simultaneidad de actuaciones o de adelanto de trámites. No son habituales, pero se dan.

Convendrá analizar en qué medida, y dentro de lo establecido en el texto legal, estas prácticas son admisibles conservando las garantías que exige el procedimiento.

9. *Prestación de ayuda para morir y donación de órganos para trasplante:*

En el año 2022 se han realizado tres prestaciones de ayuda para morir en las que el paciente había declarado expresamente su voluntad de ser donante. En los comentarios recibidos en la Comisión desde los centros, estas actuaciones se habían vivido con satisfacción por parte de los profesionales. Los dos centros hospitalarios que las realizaron establecieron sus propios protocolos internos para su realización.

No obstante, siguen llegando cuestiones y dudas relacionadas con la donación tras la prestación de ayuda para morir. Especialmente sobre el momento adecuado para plantear la opción al paciente cuando no plantee de forma proactiva la cuestión como ha sucedido en esos tres casos.