INFORME ANUAL DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DE ARAGÓN

Enero – diciembre de 2024

En Zaragoza, a 29 de abril de 2025

Contenido

CONTENIDO 2

INTRODUCCIÓN. MARCO NORMATIVO Y DE FUNCIONAMIENTO. 3

SOLICITUDES DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN 2023. 6

RESOLUCIÓN DE LAS SOLICITUDES DE LAS PRESTACIONES DE AYUDA PARA MORIR PRESENTADAS EN 2024. 8

Información y deliberación: 9

Verificación previa: 11

Reclamaciones: 12

Prestación de la ayuda para morir: 14

Patología principal y prestaciones realizadas: 15

Comparaciones con otras comunidades autónomas: 16

ÁREAS DE MEJORA DETECTADAS DURANTE 2024: 19

Solicitudes, plazos e informes asociados a garantías del proceso: 20

Configuración y coordinación del equipo asistencial: 30

Procedimiento de reclamaciones: 35

Fases finales del procedimiento: 38

Cuestiones generales: 39

Introducción. Marco normativo y de funcionamiento.

El año 2024 es el tercer año tras la entrada en vigor de la LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, y el tercer año de actividad completa de enero a diciembre.

El marco normativo bajo el cual se ha desarrollado la ley, se tramitan las solicitudes, y realiza su actividad la Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón, ya quedó fijado en años anteriores. Más allá de algún cese a petición propia y algún nombramiento para sustituir esos miembros de la Comisión, este órgano administrativo colegiado ha tenido una estabilidad adecuada y suficiente para realizar su trabajo. En los primeros meses del año 2025, encara la primera renovación parcial de sus miembros, prevista en el Decreto 131/2022, de un tercio de sus miembros. Esto supondrá un desafío. Habrán de integrarse los nuevos vocales en una Comisión que ha alcanzado un alto nivel de debate, muchos de sus acuerdos se adoptan por consenso, siendo pocas las ocasiones en que es precisa una votación. El carácter multidisciplinario de sus miembros conlleva a visiones de la realidad diferentes, y que han de ponerse de acuerdo entre sí. La aprobación del Reglamento de Régimen Interno durante el año 2024 ha establecido también unas garantías importantes en cuanto al número y el perfil de los miembros presentes a la hora de resolver las reclamaciones más complejas.

Desde el punto de vista normativo, lo que más ha marcado la actividad del año 2024 es la interpretación que ofreció el Tribunal Constitucional en sus sentencias del año 2023 sobre distintos aspectos del procedimiento. Más adelante, en este informe, habrá ocasión de extenderse sobre ello, especialmente en su impacto sobre la tramitación y gestión de las reclamaciones.

La Comisión está adscrita al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, siendo en la actualidad la Dirección General de Cuidados y Humanización, competente en materia de derechos de los usuarios del sistema sanitario, la encargada de prestarle el apoyo administrativo y material necesario para su funcionamiento.

En términos cuantitativos, durante el año 2024, la actividad de la Comisión ha sido como se muestra en la siguiente tabla.

Sesiones ordinarias	6	Seis reuniones previstas; se celebraron todas ellas.
Sesiones extraordinarias	5	Estudio de reclamaciones. En 2024 ha habido reuniones con hasta tres reclamaciones en estudio en el orden del día.
Verificaciones previa en dupla médico/jurista	12	En once de ellas hubo informe concordante favorable a la prestación. En otra, se interrumpió el procedimiento por fallecimiento de la paciente. Una solicitud de verificación previa no se inició por fallecimiento del paciente.
Audioconferencias con representantes del Ministerio de Sanidad y de otras Comunidades autónomas	1	Julio, revisión del capítulo sobre salud mental del “Manual de buenas prácticas”.
Coordinación con representantes del Ministerio de Sanidad y de otras Comunidades autonomías	--	A pesar de ser preceptiva según la LORE, en el año 2024 no se realizó la reunión anual de coordinación de las Comisiones de Garantía y Evaluación. Ha habido comunicación a través de correo electrónico entre a las Comisiones. El Ministerio de Sanidad es el competente de coordinar y organizar las reuniones de coordinación y de elaborar un informe anual sobre el desarrollo de la ley a nivel nacional.
Redacción de informes	9	Informe anual de 2023. Ocho informes de verificación posterior.

Las sesiones ordinarias siguieron el calendario previsto, celebrándose en los meses de febrero, abril, junio, septiembre, noviembre y diciembre.

A lo largo de las sesiones ordinarias previstas se retomó la redacción del reglamento de régimen interno, por las aportaciones realizadas por el servicio de Régimen jurídico del Departamento de Sanidad.

A la reunión por audioconferencia para revisar el capítulo dedicado a la Salud Mental del “Manual de buenas prácticas” asistieron el presidente de la Comisión y una vocal psicóloga.

Conviene recordar que, 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 trabajo de estos profesionales es fundamental para una tramitación ágil de los procedimientos, así como para facilitar la transmisión de la información entre la Comisión y los profesionales sanitarios implicados, y en las dos direcciones. Sin embargo, aunque se ha mantenido constante comunicación entre la secretaría de la Comisión y los referentes implicados en los procedimientos abiertos, no se ha conseguido retomar el sistema de reuniones periódicas para tratar temas comunes.

Solicitudes de prestación de ayuda para morir en 2023.

Durante el año 2024 se han presentado un total de 24 solicitudes de prestación de ayuda para morir:

Año 2024: 24 solicitudes.

Año 2023: 19 solicitudes.

Año 2022: 26 solicitudes.

Año 2021: 6 solicitudes (desde finales de junio a diciembre, solamente)

Dada la baja frecuencia de las solicitudes en relación a la población total de Aragón más de un millón trescientos mil habitantes, no se pueden establecer tendencias claras a lo largo del tiempo. Las solicitudes no se reparten homogéneamente durante el año, todo parece indicar que se dan de forma aleatoria. Tampoco se detectan tendencias estacionales claras. En 2023 se presentaron 14 solicitudes por cada millón de habitantes, la frecuencia más baja, mientras que, en 2022, fueron 19 solicitudes por cada millón de habitantes, la frecuencia más alta. No contamos 2021 por no ser un año completo y ser el año de entrada en vigor, con escasa información en la población y los profesionales.

Durante el año 2024, al igual que en los años anteriores, no se registró ninguna solicitud presentada en centros que no pertenezcan a la red de centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud. Un solicitante tenía su domicilio en una residencia de personas mayores en el momento de la solicitud, pero se presentó ante su médico de familia en su centro de salud de atención primaria. Posteriormente actuó como médico responsable el médico de la residencia, por ser el paciente desconocido en el centro de salud, al haber seguido tratamiento principalmente en la medicina privada.

En cuanto a la distribución geográfica, las solicitudes se reparten como se muestra en la siguiente tabla.

Provincia / Sector	2024	2023	2022	2021	Total
Huesca / Barbastro	2	0	0	0	2
Huesca / Huesca	0	2	4	1	7
Provincia de Huesca	**2**	**2**	**4**	**1**	**9**
Teruel / Alcañiz	1	1	1	0	3
Teruel / Teruel	3	2	0	0	5
Provincia de Teruel	**4**	**3**	**1**	**0**	**8**
Zaragoza / Calatayud	0	1	1	0	2
Zaragoza / Zaragoza 1	4	2	2	0	8
Zaragoza / Zaragoza 2	13	10	13	5	41
Zaragoza / Zaragoza 3	1	1	5	0	7
Provincia de Zaragoza	**18**	**14**	**21**	**5**	**58**
Total de Aragón	**24**	**19**	**26**	**6**	**75**

Para garantizar la confidencialidad de los pacientes, no se hará un ulterior desglose por otras variables de carácter geográfico. La probabilidad de identificar personas individuales a partir de estadísticas generales es mayor cuando las frecuencias son bajas, quebrándose la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal.

Resolución de las solicitudes de las prestaciones de ayuda para morir presentadas en 2024.

De las 24 solicitudes que se presentaron en 2024, 22 fueron presentadas por el propio paciente. Una fue presentada por un familiar sobre el documento de voluntades anticipadas del paciente, y una fue presentada por un profesional sanitario de la residencia de personas mayores en la que residía la paciente, también sobre su documento de voluntades anticipadas. En ambos casos, se constató la validez del documento de voluntades anticipadas, así como la incapacidad de los pacientes para presentar la solicitud por sí mismos dado que padecían un importante deterioro cognitivo. Se aceptaron de acuerdo a los previsto en los artículos 5.2 y 6.4 de la LORE.

De las 24 solicitudes presentadas, a fecha 31 de diciembre de 2024 había dos expedientes sin cerrar. Uno de ellos se encontraba pendiente de realización de la prestación, tras informe favorable de la dupla de verificación previa, y el otro se encontraba pendiente de comunicación a la paciente de un informe desfavorable del médico consultor.

Información y deliberación:

Las 24 solicitudes presentadas dieron comienzo a la fase de información y deliberación. En ella, se inicia un diálogo entre el médico responsable del proceso y el paciente, en el que pueden participar otros profesionales sanitarios, y en el que se constata la voluntad firme del paciente de seguir adelante con la prestación. Cuando existan, se informará al paciente de las alternativas terapéuticas para su enfermedad 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.

Durante esta fase de información y deliberación:

Diez pacientes pasaron directamente a la fase de **verificación previa**, sin que mediara ninguna reclamación entre ellos.

Dos pacientes renunciaron a continuar el procedimiento y **cuatro pacientes fallecieron** antes de remitirse el expediente a verificación.

Cuatro pacientes recibieron **informes desfavorables del médico responsable**. Los cuatro presentaron reclamaciones ante la Comisión de Garantía y Evaluación. Sólo se estimó una, que fue devuelta a la dirección del centro sanitario de acuerdo a lo previsto en el artículo 18.a de la LORE. De acuerdo a los fundamentos jurídicos de la Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4057-2021, se retomó la fase de información y deliberación con la realización de nuevo informe de un nuevo médico responsable.

Tres pacientes recibieron **informes desfavorables del médico consultor**. De ellos, dos presentaron reclamaciones ante la Comisión de Garantía y Evaluación. El otro no presentó reclamación y se cerró el procedimiento.

Las dos reclamaciones por informe desfavorable del médico consultor se estimaron y fueron devueltas a las direcciones de los centros sanitarios de acuerdo a lo previsto en el artículo 18.a de la LORE. De acuerdo a los fundamentos jurídicos de la sentencia antes mencionada. Se realizaron nuevos informes por parte de un nuevo médico consultor. Una se desestimó por nuevo informe desfavorable. La otra pasó a verificación previa con un informe favorable de un nuevo médico consultor.

Tabla resumen de la fase de información y deliberación:

A verificación previa directa:	10
Fallecidos por su enfermedad:	4
Renuncias:	2
Informes de médico responsable desfavorable:	4
Reclamaciones desestimadas:	3
Reclamaciones estimadas:	1
A verificación previa:	1
Informes de médico consultor desfavorable:	3
Reclamaciones desestimadas:	1
Reclamaciones estimadas:	1
A verificación previa:	1
Pendiente de cierre a 31 de diciembre de 2024:	1

Verificación previa:

Como se deduce de los datos anteriores, un total de doce solicitudes de las presentadas en 2024 se remitieron para verificación previa por la Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón. Diez de ellas directamente tras informes favorables del médico responsable y del médico consultor, dos de ellas tras un proceso de reclamación y nuevos informes favorables de los médicos participantes en el procedimiento.

Una vez registradas de entrada las solicitudes de verificación previa por la secretaría de la Comisión, se abre un plazo de 48 horas para designar una dupla formada por un vocal médico y por un vocal jurídico, que disponen de un plazo de siete días naturales para realizar el informe de verificación previa.

En un caso, tras recibirse la solicitud de verificación previa, y antes de conformarse la dupla de verificación, el paciente falleció, interrumpiéndose el procedimiento.

En dos expedientes fue preciso realizar un requerimiento para subsanar la ausencia de ausencia de algún documento preceptivo en el expediente. En uno de los dos expedientes, como consecuencia del procedimiento de subsanación, se alteraron de forma importante los plazos previstos para la designación de la dupla o para la emisión del informe, ya que se agotaron los plazos previstos para las subsanaciones.

Una vez formada la dupla de verificación previa, todos los informes, que tienen valor de resolución administrativa, fueron emitidos en tiempo y forma, salvo uno de ellos en el que el proceso de verificación previa, ya iniciado por la dupla, se interrumpió por fallecimiento del paciente.

Las diez solicitudes de verificación previa restantes recibieron informe de verificación favorable, quedando abierta la vía para la prestación de ayuda para morir. En 2024, al igual que en los años 2022 y 2023, todos los informes fueron concordantes entre los dos vocales de la dupla, por lo que no fue preciso convocar el pleno de la Comisión para dirimir discrepancias. En 2021, se hubo una verificación previa con informes discordantes entre los miembros de la dupla que hubo de resolver el pleno de la Comisión.

Reclamaciones:

Durante el año 2024, la Comisión de Garantía y Evaluación ha atendido siete reclamaciones presentadas por los pacientes en distintas fases del procedimiento. Las reclamaciones se estudian habitualmente en sesión extraordinaria de la Comisión. Todas las reclamaciones se corresponden a solicitudes presentadas durante el año 2024.

Como ya se ha comentado, de las siete reclamaciones, cuatro se presentaron tras informe desfavorable del médico responsable del proceso. El motivo de denegación fue que el paciente no se encontraba en contexto eutanásico en los cuatro casos.

> En uno de los casos, el proceso principal, un proceso oncológico, era un diagnóstico de presunción, no confirmado, y la paciente no presentaba síntomas derivados.
>
> En los otros tres casos eran procesos con diagnóstico completo y conocido, un proceso respiratorio y dos procesos de salud mental.

Tres reclamaciones se presentaron tras informe desfavorable del médico consultor del proceso. Una de las reclamaciones era un proceso neurológico que se consideró no suficientemente avanzado para estar en contexto eutanásico, y los otros dos son procesos del sistema musculoesquelético, con distinto grado de discapacidad y dolor.

De las siete reclamaciones admitidas a trámite, el pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón emitió resolución desestimatoria en cinco de ellas y resolución estimatoria a la solicitud del paciente en otras dos.

Origen de la reclamación:	**Resolución estimatoria**	**Resolución desestimatoria:**
Informe desfavorable médico responsable.	1	3
Informe desfavorable médico consultor.	1	2
Total	**2**	**5**

La resolución estimatoria no lleva implícita en todos los casos el reconocimiento de que el paciente se encuentre en un contexto eutanásico, ya que puede reconocerse la existencia de deficiencias en el procedimiento que es preciso corregir. Como se insistirá más adelante, las deficiencias en los informes de los médicos responsables o consultores, conlleva resoluciones en los que se retrotraen actuaciones al punto donde se generó la deficiencia, siendo necesario realizar los nuevos informes, tras designar nuevos médicos o responsables.

En otras ocasiones, la Comisión reconoce la existencia de un contexto eutanásico cuando emite su resolución estimatoria a la reclamación. Aun así, de acuerdo a la interpretación que ofreció el Tribunal Constitucional en sus sentencias del año 2023 sobre distintos aspectos del procedimiento que se inicia con la presentación de una solicitud de prestación de ayuda para morir, es preciso retrotraer actuaciones al informe que no reconoció ese contexto, debiéndose emitir un nuevo informe por un nuevo facultativo, siempre según la Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4057-2021, ya citada con antelación.

Prestación de la ayuda para morir:

Durante el año 2024 se ha prestado la ayuda para morir en la Comunidad Autónoma de Aragón a ocho pacientes.

> Uno de los pacientes con verificación previa favorable falleció antes de realizarse la prestación.
>
> Uno de los pacientes con verificación favorable está pendiente de la prestación a 31 de diciembre de 2024.

Hay una persona más que tenía reconocido el derecho en el año 2023, pero solicitó aplazamiento de la prestación a enero de 2024. En todo el año 2024 se no se ha presentado ante los servicios sanitarios para que se realice la prestación, por lo que se entiende que es una renuncia no comunicada a efectos estadísticos. Queda el caso pendiente de estudio, si el paciente solicita que se realice la prestación tras un aplazamiento muy prolongado, más de un año, tras el reconocimiento del derecho.

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

Sector	Total prestaciones	En domicilio	En hospital
Teruel	2	0	2 (*)
Zaragoza – Z1	1	0	1
Zaragoza – Z2	4	1	3
Zaragoza – Z3	1	0	1
Total	**8**	**1**	**7**

(*) Una de las prestaciones se realizó en el Hospital Universitario Miguel Servet, perteneciente al sector Zaragoza 2.

Los sectores de Alcañiz, Barbastro, Huesca y Calatayud no han realizado ninguna prestación en 2024.

Durante el año 2024 se ha realizado una prestación de ayuda para morir asociada a donación de órganos; paciente del sector Teruel que realizó la prestación en Hospital Universitario Miguel Servet. En otro paciente, donante de órganos, se desestimó la donación por diagnosticarse en el estudio de idoneidad una enfermedad neoplásica no conocida hasta ese momento.

Patología principal y prestaciones realizadas:

Existen diferencias en cómo se distribuye la patología principal del paciente en el momento de la solicitud y cómo se distribuye en el momento de la prestación de ayuda para morir. Durante 2024, un 29 % de los pacientes que solicitaron la prestación fallecieron antes de finalizar el procedimiento. En el caso de los pacientes con procesos oncológicos, la proporción de fallecidos antes de finalizar el procedimiento asciende a un 50 %. Un porcentaje ligeramente inferior al del año 2023, pero sin que la diferencia sea significativa

El proceso principal en el momento de la primera solicitud se distribuye como sigue:

Proceso	2024 (n)	2024 (%)	2023 (n)	2023 (%)	2022 (n)	2022 (%)
Neoplasias	10	42 %	11	58 %	13	50 %
Psiquiátricos	2	8 %	2	11 %	1	4 %
Neurológicos	9	38 %	3	16 %	9	35 %
Osteomuscular	2	8 %	3	16 %	3	12 %
Respiratorio	1	4 %	---	---	---	---
Total	**24**		**19**		**26**	

En el momento de la realización efectiva de la prestación, la distribución de los pacientes según su patología principal es:

Proceso	2024 (n)	2024 (%)	2023 (n)	2023 (%)	2022 (n)	2022 (%)
Neoplasias	5	56 %	5	71 %	2	25 %
Neurológicos	2	22 %	2	29 %	6	75 %
Osteomuscular	1	11 %				
Respiratorio	1	11 %				
Total	**9**		**7**		**8**	

Comparaciones con otras comunidades autónomas:

En la tabla siguiente, se muestran el número de solicitudes acumuladas por millón de habitantes desde la entrada en vigor de la Ley hasta el 31 de diciembre de 2023, así como el número de prestaciones de ayuda para morir acumuladas en el mismo periodo de tiempo. Las comunidades autónomas se encuentran ordenadas según el número de solicitudes por millón de habitantes, de mayor a menor.

Comunidad Autónoma	Población	Solicitudes	Prestaciones	Solicitudes por 1000000	Prestaciones por 1000000
Navarra	683525	47	12	68,76	17,56
Cantabria	593386	38	4	64,04	6,74
País Vasco	2240113	132	45	58,93	20,09
Cataluña	8119550	459	123	56,53	15,15
Asturias	1014112	56	10	55,22	9,86
Baleares	1244394	68	18	54,65	14,46
Canarias	2258219	91	28	40,30	12,40
Aragón	**1352630**	**51**	**16**	**37,70**	**11,83**
La Rioja	327115	11	3	33,63	9,17
Galicia	2715424	64	19	23,57	7,00
Castilla y León	2397889	56	13	23,35	5,42
Castilla - La Mancha	2120261	49	9	23,11	4,24
Madrid	7125583	163	41	22,88	5,75
Extremadura	1052998	14	2	13,30	1,90
Valencia	5414296	66	31	12,19	5,73
Melilla	87001	1	0	11,49	0,00
Andalucía	8663175	92	24	10,62	2,77
Murcia	1584801	10	4	6,31	2,52
Ceuta	83512	0	0	0,00	0,00
Total estatal	**49077984**	**1466**	**394**	**29,87**	**8,03**

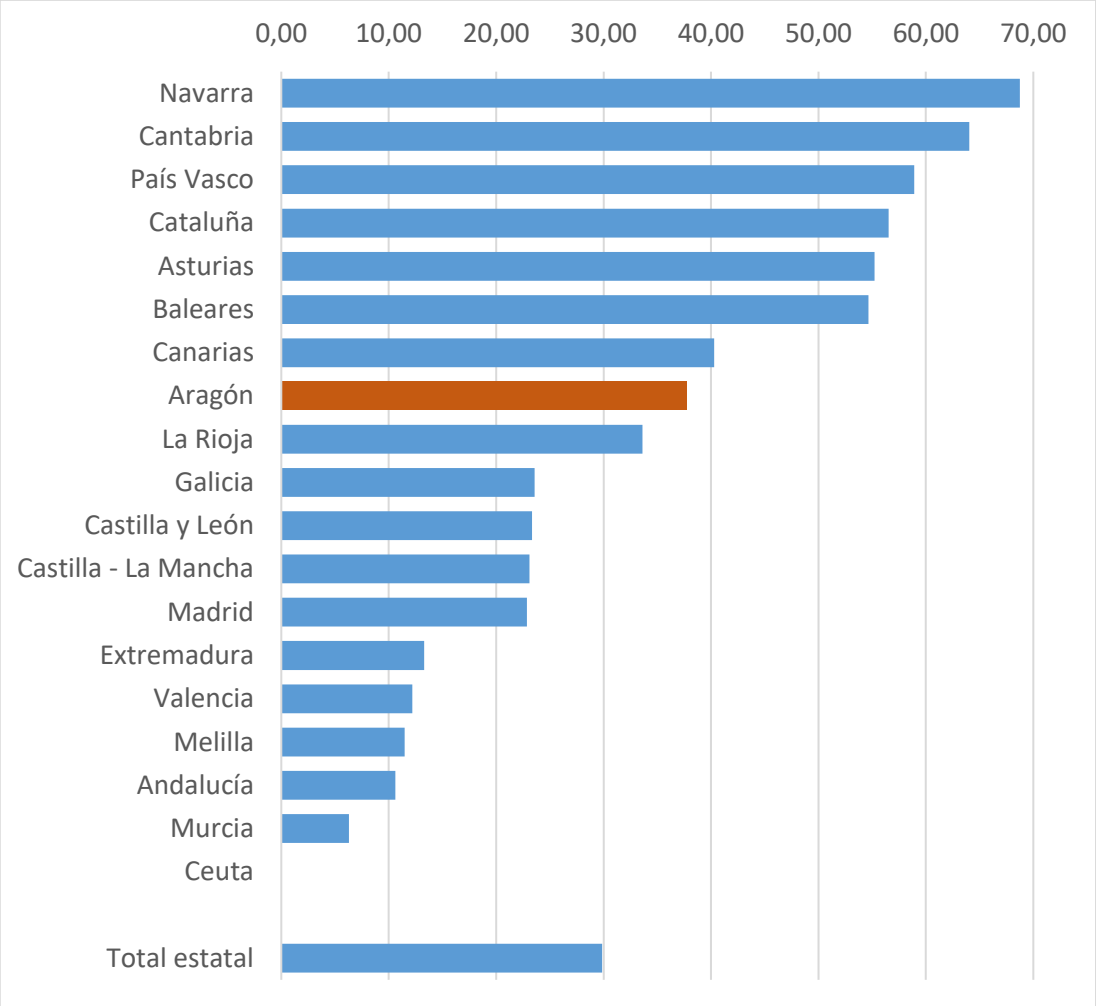
Hemos de señalar que hay diferencias entre los datos del Ministerio de Sanidad y los de la Comunidad autónoma en el número de solicitudes y de prestaciones realizadas. Sin que podamos establecer por qué. En la tabla se ofrecen los datos propios, 51

solicitudes y 16 prestaciones realizadas, frente a 49 solicitudes y 8 prestaciones informadas por el Ministerio de Sanidad.

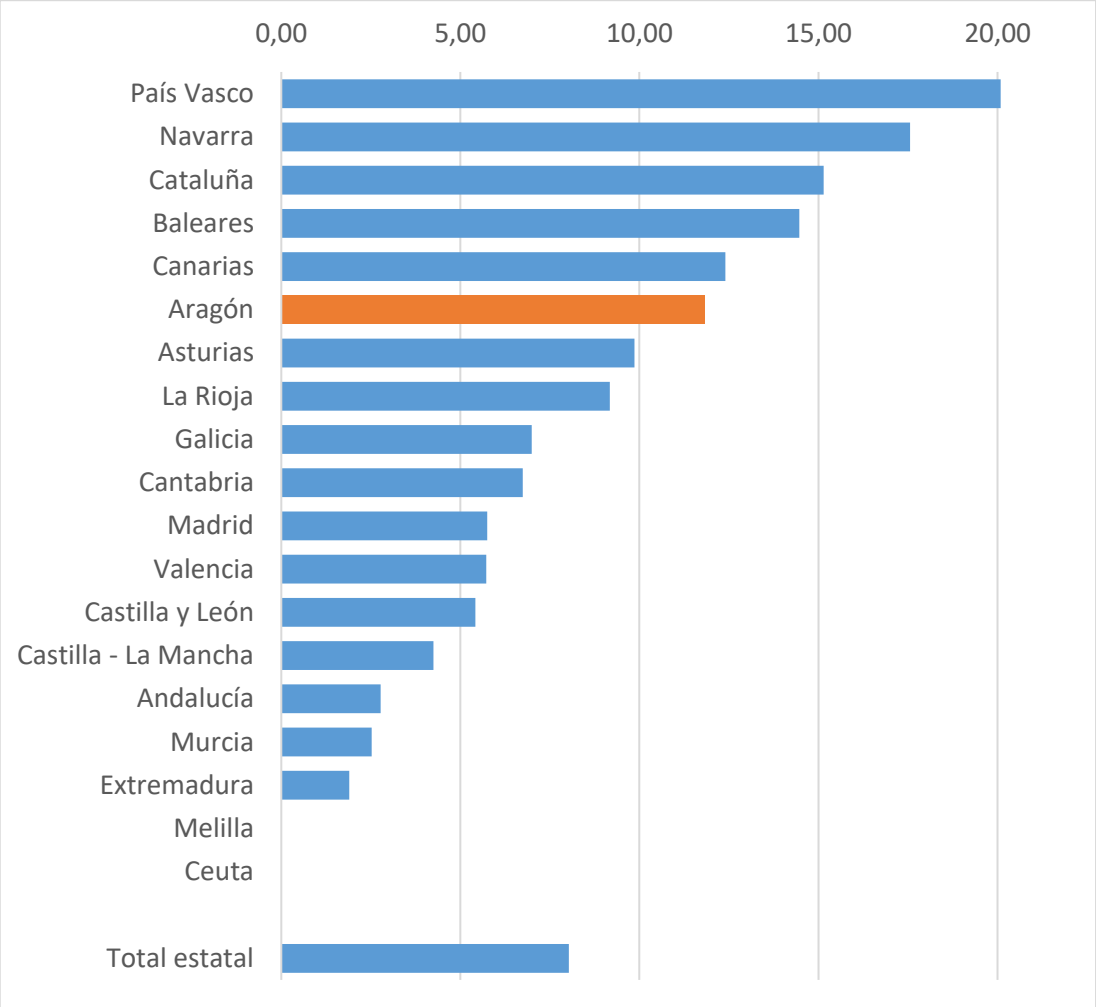
Los datos de solicitudes y prestaciones realizadas proceden de los informes nacionales realizados por el Ministerio de Sanidad en los años 2021, 2022 y 2023.

Los datos de población proceden de la Estadística continua de población del Instituto Nacional de Estadística.

Se ofrece a continuación un gráfico comparativo del número de solicitudes por millón de habitantes desde la entrada en vigor de la ley hasta el 31 de diciembre de 2023, ordenándose las comunidades autónomas de mayor a menor valor. Aragón se encuentra en octavo lugar, y con un número de solicitudes por millón de habitantes por encima de la media estatal, 37.70 solicitudes por millón de habitantes frente a 29.87 solicitudes por millón de habitantes.



Y a continuación un gráfico comparativo del número de prestaciones de ayuda para morir realizadas por millón de habitantes desde la entrada en vigor de la ley hasta el 31 de diciembre de 2023, ordenándose las comunidades autónomas de mayor a menor valor. Aragón se encuentra en sexto lugar, y con un número de prestaciones por millón de habitantes por encima de la media estatal, 11.83 prestaciones por millón de habitantes frente a 8.03 solicitudes por millón de habitantes.



El porcentaje de solicitudes en el período de tiempo analizado, al final de las cuales se realiza la prestación de ayuda para morir en Aragón es del 31.4 % frente a un 26.9 % a nivel nacional.

Con los datos acumulados del año 2024, la proporción de solicitudes que llegan a la prestación de ayuda para morir se mantiene en una proporción similar, del 32 %.

Áreas de mejora detectadas durante 2024:

La definición de las áreas de mejora detectadas durante el año 2024 procede de varias fuentes de información:

1. Seguimiento de las áreas de mejoras incluidas en el informe de 2023.
2. Incidencias recogidas por la secretaría de la Comisión durante la tramitación de los procedimientos, desde el momento en que el médico responsable o el referente de sector comunica la entrada de una solicitud.
3. Deficiencias detectadas en los informes de verificación previa: En la medida en que no han supuesto la anulación o desestimación de ningún expediente, se consideran deficiencias que afectan a la calidad del procedimiento, aunque se conserven las garantías previstas en el mismo.
4. Áreas de mejora detectadas por la Comisión durante el proceso de verificación posterior. La verificación posterior es preceptiva y viene definida en el artículo 18.b de la LORE.
5. Áreas de mejora detectadas durante los debates en las reunión ordinarias y extraordinarias de la Comisión, realizadas durante 2024.
6. Áreas de mejora propuestas por los miembros de la Comisión en la reunión ordinaria de 19 de diciembre de 2024, en la que se trató este tema como principal punto del orden del día.
7. Información recogida durante los intercambios de experiencias y opiniones realizados a través del correo electrónico con los representantes del Ministerio de Sanidad y los miembros de comisiones de garantía y evaluación y equipos de apoyo técnico de otras comunidades autónomas.
8. Comentarios, quejas o sugerencias realizadas por profesionales implicados, así como por los pacientes o sus familiares y representantes en los procedimientos durante la realización de los mismos.

Las áreas de mejora se agruparán de acuerdo a la fase del procedimiento de reconocimiento del derecho a la prestación de ayuda para morir, con un apartado para cuestiones de carácter general en procesos de apoyo al procedimiento o al trabajo de la Comisión.

Solicitudes, plazos e informes asociados a garantías del proceso:

a) Insuficiencia de los informes médicos:

Esta oportunidad de mejora ya se recogía en los informes de 2022 y 2023. La trasladamos al principio de este apartado, por la importancia de la calidad de los informes médicos en los procedimientos de verificación previa y de resolución de las reclamaciones.

Como mencionábamos en años anteriores, los informes preceptivos de los médicos responsables y consultores, tanto si son favorables como desfavorables a la solicitud del paciente, deben contener toda la información relevante a los requisitos previstos por la LORE para acceder a la prestación de ayuda para morir:

1. Naturaleza general del proceso clínico del paciente, con diagnóstico principal y diagnósticos secundarios concurrentes.
2. Dependencia o independencia funcional para las actividades de la vida diaria.
3. Capacidad de relación con otras personas y con el entorno.
4. Causas y nivel del sufrimiento del paciente.
5. Pronóstico vital y funcional del paciente.
6. Tratamientos pasados, y actuales, con su grado de eficacia, así como tratamientos futuros previstos.

Si el informe es desfavorable deben especificar de forma suficiente:

1. Los motivos de denegación de la solicitud, en relación a lo indicado en el párrafo anterior.
2. Especificar expresamente los tratamientos alternativos y su naturaleza, cuando existan, así como las posibilidades de acceso a los mismos por el paciente.

Ya hemos mencionado en otros apartados de este informe, el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4057-2021, considera que la resolución de la Comisión que reconoce o deniega el derecho a la prestación, sea en dupla de verificación previa o en pleno, sólo puede dictase previo informe favorable de los dos facultativos mencionados.

El Tribunal Constitucional establece los tres actores principales que intervienen en el reconocimiento o denegación del derecho, médico responsable, médico consultor y Comisión de Garantía y Evaluación. Si bien la responsabilidad principal y última recae en la Comisión de Garantía y Evaluación, esta no podrá resolver la cuestión a favor de la prestación si no existen informes favorables previos del médico

responsable y el del médico consultor. Cuando esto se da, el expediente de la solicitud se puede remitir a verificación previa, y la dupla, si no encuentra motivo en este expediente para informar desfavorablemente, dados los dos informes favorables de ambos facultativos, podrá informar también favorablemente.

Como consecuencia de esta sentencia, se modificó la forma en que se resuelven las reclamaciones, antes y después de la sentencia. En primer lugar, debemos decir que hasta la fecha no ha habido ninguna reclamación contra el informe de verificación previa de las duplas constituidas a tal efecto.

Sólo ha habido un informe desfavorable de una dupla, en el año 2022, rechazando la existencia de un concurso eutanásico en la paciente, y en contra del criterio expuesto en los informes del médico responsable y del médico consultor. En aquel caso, ambos confirmaron la existencia de una enfermedad incurable. Pero no se había establecido un sufrimiento intolerable o una discapacidad grave que impusiera una dependencia de la paciente de terceras personas para la realización de las actividades de la vida diaria. No hubo reclamación, tanto en cuanto la paciente entendió el sentido del informe y en qué medida se ajustaba a lo previsto en la LORE. Como consecuencia de su enfermedad, era previsible que con el tiempo llegaría a encontrarse en un contexto eutanásico, pero no en el momento de la solicitud.

Peso a los informes favorables previos, la Comisión actúa como garante último de que se dan las condiciones que establece la LORE, y no los apreció.

Sin embargo, de acuerdo a lo que dice el Tribunal Constitucional, no puede darse el caso de que, existiendo un informe desfavorable de alguno de los dos médicos, responsable o consultor, la Comisión resuelva a favor de la prestación.

En su funcionamiento habitual, la Comisión en pleno sólo conoce el contenido del expediente que acompaña a una solicitud de prestación de ayuda para morir en dos escenarios:

- Cuando se produce una discrepancia entre los dos vocales de una dupla de verificación previa, siendo el pleno de la Comisión quien dirime la discrepancia. En este caso, en el expediente encontraremos siempre dos informes favorables de los médicos que actúan en el procedimiento. Si no fuese así, no habría lugar al procedimiento de verificación previa.
- Cuando hay una reclamación del paciente por un informe desfavorable, de cualquiera de los dos médicos o de la dupla. En la medida que el Tribunal Constitucional interpreta que siempre deben existir dos informes médicos favorables, la Comisión podrá considerar la insuficiencia del que es recurrido,

o bien, que, en contra de las conclusiones del informe, sí que existen criterios para considerar que se reúnen los requisitos no apreciados por el informe. En ese caso, en su resolución, se retrotraerá la tramitación del expediente a la actuación que ha sido objeto de reclamación. Y el nuevo informe, de un nuevo facultativo, sea médico responsable o médico consultor, deberá elaborarse teniendo en cuenta los hechos que la Comisión haya considerado comprobados en los fundamentos de su resolución.

Volviendo a la calidad de los informes médicos, en el año 2024 hubo una reclamación contra informes de médicos responsables desfavorables que prosperó. La Comisión consideró que este informe infravaloraba las consecuencias actuales para la calidad de vida, el nivel de sufrimiento y los tratamientos disponibles, frente a los datos clínicos disponibles. Como consecuencia, la Comisión resolvió favorablemente a la reclamación, por lo que el procedimiento hubo de retomarse, designar un nuevo médico responsable de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 18.a, que tuvo que informar considerando sus propias apreciaciones, así como los hechos considerados probados durante la reclamación.

Otro caso se dio en que fue la médica consultora informó desfavorablemente por considerar que había margen de tratamiento, mientras que el informe de la médica responsable consideraba que no. De forma similar a la anterior, tras estudiar los datos clínicos disponible, tras solicitar aclaraciones de la médica responsable, y tras visitar a la paciente para constatar los hechos, se decidió resolver retrotrayendo las actuaciones a la realización de un nuevo informe de médico consultor que incluyese lo hechos considerados como ciertos en cuanto a la dependencia del paciente para las actividades de la vida diaria, así como la falta de efectividad de los tratamientos aplicados en el tratamiento de su sufrimiento.

En ambos casos, fue necesario que el expediente final, que se remitió a verificación previa, contuviese los informes de médico responsable y médico consultor, concordantes y favorables. Tras la reclamación, con los informes de un nuevo médico responsable o de un nuevo médico consultor, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 18.a de la LORE.

Una reflexión surgió de estos dos casos. Para algunos médicos responsables, especialmente en el ámbito de la atención primaria de salud, la interpretación que daban del procedimiento previsto en la LORE es que, si en el plazo de 10 días después de la primera solicitud no se producía un informe desfavorable y seguía adelante el proceso de información y deliberación, el informe final del médico responsable no exigía un pronunciamiento explícito sobre el contexto eutanásico. Es

decir “si no informo en contra, este que estoy a favor”. En estos momentos, la Comisión considera que, para mayor claridad en los procedimientos, y atendiendo a lo expuesto por el Tribunal Constitucional, los informes de médicos responsables siempre incluirán una conclusión explícita sobre la existencia o no de un contexto eutanásico, como enfermedad incurable con pronóstico limitado, o como padecimiento grave, crónico e imposibilitante sin posibilidad de curación o mejora.

Los informes médicos generan mayor conflicto en la resolución de reclamaciones cuando son incompletos, inexistentes o insuficientes. Dos de las solicitudes presentadas en 2024 han sufrido esta circunstancia, aunque la reclamación de uno de ellos se trasladó a enero-febrero de 2025. Se han dado dos casos en los que el médico consultor redactó un informe de conclusiones desfavorable, pero no acompañado de un informe médico que expusiese de forma suficiente la situación del paciente, y razonase esa conclusión desfavorable.

Puede darse que, durante el estudio de una reclamación, se considere un informe médico como insuficiente. Y al mismo tiempo, existan dudas razonables sobre si el paciente se encuentra o no en un contexto eutanásico. La Comisión puede resolver retrotrayendo las actuaciones a la realización de un nuevo informe. Pero no habiéndose pronunciado sobre el contexto eutanásico, no establecen una guía orientadora para el nuevo facultativo que encara la redacción de un nuevo informe. Este habrá de hacer una revisión a fondo del caso, y puede dar lugar a un informe nuevamente desfavorable, que dé causa a una nueva reclamación, sobre cuestiones que previamente no se han podido dilucidar. Esta es una situación que se debe evitar, ya que a nadie beneficia, genera rupturas en la relación de confianza médico-paciente, y alargue el tiempo de tramitación e indefinición del procedimiento.

RECOMENDACIONES:

1. Cuando se inicie un procedimiento por entrada de una solicitud formalmente correcta, se recordará a los médicos responsable de las características que deben tener los informes:
    a. Informe desfavorable y denegatorio, en los primeros diez días tras la primera solicitud, que debe ser amplio y razonado, que debe explicitar de forma clara y concreta las alternativas terapéuticas si las hubiera, que se debe entregar íntegro al paciente, dejando constancia de su derecho a reclamar en el plazo de 15 días naturales, quedando registrada la fecha de entrega de forma inequívoca para la cuenta de estos plazos.

   b. Informe favorable, que al igual que el anterior debe ser amplio y razonado, concluyendo explícitamente la existencia de un contexto eutanásico, señalando todos los elementos que definen este contexto eutanásico, y que será incluido en el expediente sometido a verificación previa.

2. Los informes de los médicos consultores deberán incluir los mismos elementos mencionado en el punto anterior dependiendo de su naturaleza favorable o desfavorable, variando solamente los plazos en los que deben ser emitidos, diez días como máximo desde que se les solicite tras la firma del consentimiento informado. Caben dos posibilidades:
   a. Realización de dos documentos, un informe médico que describa con detalle la situación del paciente y un informe de conclusiones según el modelo existente que resuma y establezca las causas de denegación si estas existiesen.
   b. Realización de un único documento, siempre que incluya toda la información necesaria, tanto la de tipo clínico, como las conclusiones finales. No será válido un informe de conclusiones sin el informe clínico adjunto.
3. Todo médico responsable comunicará la entrada de una solicitud a sus referentes de sector y, directamente o a través de estos, a la secretaría de la Comisión de Garantía y Evaluación, quien realizará el seguimiento y las recomendaciones para la redacción de informes y otros documentos del expediente del paciente.
4. Toda la información que se genere en la tramitación de un procedimiento debe incluirse en un proceso abierto a tal efecto en la historia clínica electrónica del paciente, en el que se incluirán copias de todos los documentos propios del procedimiento.

b) Plazos de garantía:

El respeto a los plazos entre las distintas actuaciones previstas en el procedimiento de la prestación de ayuda para morir ha mejorado durante el 2024, en comparación con los años previos.

Se consideran plazos de garantía, que no pueden acortarse, los que transcurren entre la primera y segunda solicitud y entre la segunda solicitud y la firma del consentimiento informado. Entre estas actuaciones hay unos plazos que deben servir

de deliberación con el paciente y para la reflexión del paciente dada la trascendencia de su decisión.

De acuerdo a la LORE, la persona solicitante debe reafirmar su intención de acogerse a la prestación de ayuda para morir en un plazo no inferior a 15 días naturales tras la primera solicitud, presentando una segunda solicitud. En dos de los casos fue de 14 días. Por pequeña que sea la diferencia, esta es real, y fuera de la norma.

Tras la segunda solicitud, se debe proceder a una nueva deliberación que debe comenzar como más tardar a las 24 horas de la segunda deliberación. El consentimiento informado no debe firmarse durante la segunda deliberación sino 24 horas tras el final de la misma. Este año se ha apreciado algún caso en el que los plazos han sido muy ajustados, pero no francamente irregulares.

La Comisión es muy consciente que muchos pacientes consideran estos plazos onerosos. Nos han trasladado que perciben un paternalismo en el texto de la LORE que choca con su autonomía personal y la reflexión previa que les ha llevado a solicitar la prestación. O no entienden que estén ahí dado el sufrimiento que les causa su enfermedad. No obstante, son plazos claramente establecidos en el texto legal. Por lo tanto, se reiteran las recomendaciones señaladas en el informe anterior.

RECOMENDACIONES:

1. En el proceso de seguimiento de las solicitudes presentadas, desde la secretaría se recordará a los médicos responsables y a los referentes de sector la necesidad de respetar los plazos de garantía indicados en a LORE.
2. Se recordará a los referentes de sector y a los médicos responsables que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 5.c de la LORE, cuando exista un riesgo de deterioro y pérdida de capacidad de tomar decisiones del paciente, este plazo se podrá acortar, pero deberá estar adecuadamente justificado documentalmente en los informes que se dirigen a la Comisión para verificación previa. Deberá anotarse o informarse explícitamente en la historia clínica del paciente las causas del adelanto de los plazos.
3. Se difundirá en los medios de comunicación habituales con los profesionales la importancia del respeto a los plazos previstos, asociados a las garantías del procedimiento.

c) Simultaneidad de actuaciones:

Al igual que en el punto anterior, la situación ha mejorado durante 2024. No obstante, aún se han encontrado inconsistencias en dos expedientes en cuanto a la existencia de simultaneidad de actuaciones, principalmente la firma del consentimiento informado al mismo tiempo que la segunda solicitud (ver el apartado sobre plazos de garantía), e informe de médico consultor fechado antes de la firma del consentimiento informado. Debe ser posterior, tal y como se describe el procedimiento en la LORE.

Estos plazos se contemplan también dentro de las garantías que prevé la LORE de reflexión del paciente y de información de los profesionales.

RECOMENDACIONES:

1. En el proceso de seguimiento de las solicitudes presentadas, desde la secretaría se recordará a los médicos responsables y a los referentes de sector la necesidad de respetar estos plazos.
2. Se recordará a los referentes de sector y a los médicos responsables que, de acuerdo a lo mencionado en el apartado anterior, los plazos de garantía, en determinados casos, se pueden acortar, pero deberá estar adecuadamente justificado documentalmente en los informes que se dirigen a la Comisión para verificación previa, así como en la historia clínica del paciente.
3. Desde los servicios sanitarios, se recomendará la redacción y el otorgamiento del documento de voluntades anticipadas, que cubra la eventualidad de la capacidad de decidir por sí mismo del paciente, recogiendo su adhesión a lo previsto en la LORE cuando el paciente así lo decida de forma autónoma, libre y consciente.
4. Se difundirá en los medios de comunicación habituales con los profesionales la importancia del respeto a los plazos previstos, asociados a las garantías del procedimiento.

d) Designación del médico consultor:

Unos de los propósitos durante el año 2024 de la secretaría de la Comisión fue revisar los casos en los que se producían problemas para la designación del médico consultor, a partir de los comentarios y consultas realizadas por los referentes de sector.

Para los procesos más frecuentes en las solicitudes, procesos oncológicos y enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, los problemas han surgido en la gestión interna de los centros, por las reticencias que se dan en algunos facultativos para participar en los procedimientos de tramitación de las solicitudes de ayuda para morir. Son procesos en los que el área de experiencia y conocimiento que se exige del consultor es reconocida por todos los participantes, siendo los médicos especialistas en oncología médica y neurología las opciones lógicas para estos casos.

En las solicitudes de pacientes con problemas de salud mental, no suele llegar a designarse un médico consultor. Hasta el momento, todas las solicitudes han sido informadas desfavorablemente por el médico responsable. En algunos casos, el propio médico responsable ha solicitado la colaboración del especialista en psiquiatría para realizar su informe. O en caso de reclamación, la Comisión ha solicitad la colaboración de algún especialista en psiquiatría, conocedor del paciente, para mejor la información disponible para la resolución de la reclamación. Hasta el momento, todas desfavorables.

Los principales problemas a la hora de designar un médico consultor se dan cuando el contexto eutanásico es un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, como viene descrito en el artículo 3.b de la LORE. En este contexto eutanásico, no siempre es importante o trascendente el proceso principal que llevó a esta situación.

Por lo tanto, el perfil más adecuado para actuar como médico consultor, en este contexto eutanásico no siempre será el médico especialista de su enfermedad de base, o de su tratamiento inicial, sino que será más valioso un conocimiento preciso sobre las secuelas y las causas del sufrimiento actual del paciente, y especialmente será importante la valoración de la función del paciente, de su autonomía personal y de su capacidad de relación con el medio y con otras personas.

Por lo demás, algunas de las recomendaciones realizadas en el informe del año 2023 siguen siendo válidas, como las relacionadas con los deberes y los derechos de los facultativos objetores de conciencia, o los apoyos entre distintos sectores del Servicio Aragonés de Salud, que ya se han mencionado.

RECOMENDACIONES:

1. Para la elección y propuesta de un médico consultor, es importante la definición por parte del médico responsable del contexto eutanásico del paciente:
    a. Enfermedad grave e incurable con pronóstico de vida limitado: En este caso, un especialista en la enfermedad de base suele ser el más apropiado.
    b. Padecimiento grave, crónico e imposibilitante: En este caso, la enfermedad de base puede ser secundaria, y deberá orientarse la elección del médico consultor a la valoración y diagnóstico de las fuentes del sufrimiento, la capacidad funcional y dependencia de las actividades de la vida diaria del paciente, y la capacidad de relación con el medio.
2. La condición de objetor de conciencia no contraindica la elección de un facultativo médico como médico consultor.
   La objeción de conciencia sólo cubre la exención de la participación directa en la prestación de ayuda para morir. El deber de atender e informar al paciente sigue vigente.
3. Se recomienda que exista una coordinación entre distintos sectores sanitarios del Servicio Aragonés de Salud para cubrir con los recursos de unos las carencias de otros.
4. Cuando no sea posible evitar que ambos facultativos, médico responsable y médico consultor, pertenezcan al mismo servicio o unidad clínica en la estructura de un centro sanitario, la dirección del centro emitirá un informe que se incluirá en el expediente del caso informando del hecho y de la independencia de criterio entre ambos facultativos.

e) Relación entre médico responsable y médico consultor:

Durante el año 2024 ha surgido a debate en varias ocasiones sobre la relación a priori del médico responsable y del médico consultor.

Existe un consenso general al considerar que el médico de atención primaria, conocedor del paciente y sus procesos, tanto el principal como los concurrentes. Es por lo tanto el interlocutor privilegiado para la fase de deliberación e información del procedimiento.

No obstante, un buen número de los pacientes que solicitan la prestación son pacientes crónicos que son seguidos con frecuencia por su médico especialista, con

quien ha generado una relación de confianza. Este, también conocedor de los procesos del paciente, puede hacer un buen papel como médico responsable.

En el segundo de los casos, dada la definición de médico consultor como un profesional con conocimientos sobre la enfermedad principal, pero que no pertenezca al mismo equipo asistencial, el médico responsable de atención especializada suele buscar como médico consultor a otro especialista de su misma especializada, dándose dos situaciones:

1. El médico consultor pertenece a la misma especialidad, pero desarrolla su actividad en un servicio de otro sector del Servicio Aragonés de Salud, garantizando así que no pertenecen al mismo equipo asistencial.
2. El médico consultor pertenece a la misma especialidad y al mismo servicio, pero se declara su independencia de criterio por el desconocimiento previo del paciente. Es decir, se entiende como "equipo asistencial" a los profesionales que han venido atendiendo habitualmente al paciente, mientras que no pertenecen al "equipo asistencial" quienes no han conocido previamente al paciente.

   Esta situación se da cuando no es posible contar con un médico consultor de la misma especialidad procedente de otro sector, o no es práctico hacerlo así.

Contrasta con la situación cuando el médico responsable es un médico de atención primaria. En ese caso, se suele contar como médico consultor con el especialista que ha visto y conoce ya al paciente. Es una situación en la que se garantiza que el médico consultor pertenece orgánicamente a otro "equipo asistencial". Sin embargo, hay quien cuestiona que exista independencia de criterio, porque ambos facultativos se influyen mutuamente en el tratamiento del paciente. Funcionalmente, argumentan algunos, pertenecerían al mismo "equipo asistencial". El texto de la LORE no es explícito al respecto, y deja lugar a la interpretación.

Desde la entrada en vigor de la LORE, el criterio principal de la Comisión ha sido que, si los dos médicos pertenecen a estructuras orgánicas diferentes, como distintos servicios, distintos centros, distintos sectores, distintos equipos de atención primaria, se cumple el requisito que marca la ley. Se admiten, no obstante, en las verificaciones previas la participación de médicos consultores de un mismo equipo que el responsable, cuando no hubiese sido práctico hacerlo de otro modo y se hubiese puesto en riesgo el ejercicio del derecho a la eutanasia del paciente. Pero se pide que exista independencia de criterio. En las verificaciones posteriores se suele informar la conveniencia de evitar estas situaciones.

Sin embargo, otras comisiones en otras comunidades autónomas mantienen otros criterios, priorizando que el médico consultor no conozca previamente al paciente, para una mayor independencia entre los informes de ambos facultativos. Y algunos profesionales de la atención primaria en Aragón también han propuesto seguir un criterio similar, o habían entendido que la pertenencia a otro "equipo asistencial" había que asumirla desde un punto de vista funcional más que orgánico.

El tema no está zanjado. Y las limitaciones estructurales en las plantillas de algunos centros y sectores limitan las opciones. Por lo tanto, se ha admitido cierta flexibilidad en las designaciones de los médicos consultores en su relación con el médico responsable.

RECOMENDACIONES:

1. En el año 2025 se realizará una revisión de situaciones y casuística, así como posibles antecedentes en otras situaciones y en otras comunidades autónomas, con el fin de establecer una recomendación clara sobre la relación que debe primar entre médico responsable y médico consultor.

Configuración y coordinación del equipo asistencial:

a) El equipo asistencial durante la tramitación de la solicitud y en la realización de la prestación de ayuda para morir:

En informes de años anteriores se ha insistido en que la figura del médico responsable en la LORE es definida de forma prácticamente idéntica la definición del mismo término que encontramos en 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 3.

Por lo tanto, con la libertad que tiene el paciente de dirigirse bien al médico de atención primaria, bien al médico de atención especializada, cualquiera de los dos, con conocimiento del paciente y de su patología, son idóneos para realizar este papel principal en la tramitación de la solicitud. La condición de objetor de conciencia no es obstáculo ni excusa para realizar este papel, ya que el derecho a la objeción se aplica a quienes directamente intervienen en la realización de la prestación de ayuda para morir, como se ha comentado en ocasiones anteriores.

Cuando los médicos responsables se encuentran integrados en equipos asistenciales bien coordinados, la sobrecarga que el proceso deliberativo y la tramitación del expediente supone puede ser aliviada con la corresponsabilidad de

otros profesionales a la hora de dialogar con el paciente, exponerle sus alternativas y las consecuencias de sus decisiones. Aunque la LORE establece que la responsabilidad última del proceso de deliberación e información, la responsabilidad de informar favorable o desfavorablemente, corresponde al médico responsable.

En cualquier caso, la colaboración de profesionales de enfermería y trabajo social, especialmente cuando el proceso se sigue en atención primaria de salud, y es un contexto eutanásico “Padecimiento grave, crónico e imposibilitante”, puede aportar valor a los informes finales del médico responsable y del médico consultor.

RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda que el centro sanitario configure un equipo asistencial, coordinado por el médico responsable, que apoye y aporte valor en el proceso de información y deliberación que el médico responsable establece con el paciente.

b) Ajuste del procedimiento a las circunstancias de movilidad y ausencias justificadas en el entorno laboral de los profesionales:

Se han recogido incidencias en algunos procedimientos cuando se han visto afectados por:

1. La movilidad de los profesionales como consecuencia de procesos de provisión de plazas, bien sea como consecuencia de concursos de traslados, como de acceso de nuevos profesionales.
   En estas circunstancias, que se dan con frecuencia en los centros del Servicio Aragonés de Salud, se han presentado solicitudes ante médicos de atención primaria que no conocen al paciente, por haber tomado posesión de la plaza en fechas recientes. La situación es especialmente compleja cuando el paciente ha sido poco frecuentador del centro, ha sido usuario de la medicina privada, y su historia clínica está escasamente documentada.
2. Los periodos vacacionales o bajas laborales de los profesionales.
   En estos casos, o bien se dan afecciones similares a las descritas en el párrafo anterior, o bien se generan potenciales interrupciones en el procedimiento por la ausencia justificada por un permiso reglamentario del profesional.

Se han realizado consultas desde los centros sobre la flexibilidad de los plazos ante estas situaciones, incluso la posibilidad de interrumpir la cuenta de plazos, lo cual se trasladó a la Comisión para su consideración.

El procedimiento establecido en la LORE contempla de dos tipos de plazo. Ya se han mencionado con anterioridad los llamados plazos de garantía, que no se pueden acortar, que están asociados a la realización del proceso deliberativo, y que llevan asociados actuaciones por parte del paciente, como la firma de la segunda solicitud o del consentimiento informado.

Pero existen otro tipo de plazos del proceso que sí se pueden acortar, y, de hecho, ante el sufrimiento del paciente, siempre que no conlleve una merma en la calidad de las actuaciones, debería ser acortados en la medida de lo posible. El plazo para comenzar el proceso deliberativo, o plazos para la elaboración de informes, son algunos ejemplos de ello.

Las incidencias señaladas relacionadas con los permisos y la movilidad de los profesionales no son incidencias del propio procedimiento contemplado en la LORE, sino de la gestión cotidiana de los centros sanitarios, y en ese ámbito han de resolverse.

RECOMENDACIONES:

1. Todas las solicitudes de prestación de ayuda para morir deberán ser comunicadas a los referentes de sector. Cuando el referente de sector no pertenezca al equipo directivo del centro al que pertenece el profesional implicado, se comunicará a la dirección del mismo para su conocimiento y medidas oportunas.
2. Cuando se reciba una solicitud de prestación de ayuda para morir, se comunicará al mismo tiempo cualquier incidencia relacionada con la movilidad de los profesionales o con las ausencias reglamentarias que sea previsible, se dispondrá de un sistema de suplencias, y se canalizarán las necesidades de información del médico responsable con la mayor rapidez posible.
3. Los profesionales implicados están integrados habitualmente en equipos de trabajo, bien sean los equipos de atención primaria o los servicios y unidad clínicas en atención especializada. Los coordinadores y jefes de servicio y unidad deberán estar informados y prestar el apoyo necesario para facilitar la tramitación y organizar el sistema de suplencias necesario. La condición de objetor de conciencia no exime a un coordinador o jefe de servicio o unidad para renunciar a sus obligaciones en la gestión de los recursos humanos que de él dependen y asociadas a su puesto de trabajo.

c) El equipo asistencial en la prestación de la ayuda para morir:

No se han producido novedades en esta fase del procedimiento con respecto a lo mencionado en informes anteriores.

Es importante la preparación con tiempo del equipo que ha de intervenir en la prestación de la ayuda para morir. Siguen recibiéndose quejas de algunos profesionales de enfermería por el escaso plazo con el que se les notifica la participación en el procedimiento, y por el hecho de que no conocen al paciente, ni han valorado sus necesidades

También se ha constatado la importancia de que los Documentos Primero y Segundo, preceptivos para la realización de la verificación posterior, y que se redactan tras la realización de la prestación de ayuda para morir, se extiendan en la descripción de las dificultades encontradas, o describan los procedimientos en la medida que se

adapten a los pacientes de forma singular, con el fin de poder transmitir este conocimiento y permitir el aprendizaje de otros equipos.

Algunas de las observaciones recogidas en los anexos que algunos médicos responsables han añadido al Documento Segundo se han trasferido al análisis de oportunidades de mejora y recomendaciones de este informe.

RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda que el equipo asistencial que va a realizar la prestación de ayuda para morir se configure con antelación durante el procedimiento de deliberación, coordinados por el médico responsable, o quien lo sustituya como consecuencia de una reclamación o, tras la remisión a verificación previa, cuando sea objetor.
2. Los profesionales de este equipo asistencial deberán estar informados tras la firma del paciente del consentimiento informado, de acuerdo a los establecido en el artículo 8.2 de la LORE, con el fin de que puedan planificar sus actuaciones y presentarse al paciente y evaluarlo si no lo conocen hasta ese momento.
3. Se recomienda que los profesionales no médicos del equipo asistencial elaboren sus propios informes sobre como a trascurrido el proceso de la prestación de ayuda para morir, sobre las dificultades y las oportunidades de mejora encontradas, y que lo aporten como anexo al Documento Segundo para la verificación posterior.
4. Los equipos asistenciales informarán de aquellas prácticas que se valoren positivamente, tanto desde su percepción como desde la del paciente o sus familiares, informando del protocolo seguido para conformar un repositorio de buenas prácticas que pueda ser conocido por otros equipos asistenciales del mismo o diferente sector sanitario.

Procedimiento de reclamaciones:

Al comentar las oportunidades de mejora asociadas a los informes médicos, ya se ha mencionado la importancia de estos informes en la resolución de reclamaciones.

Se ha mencionado con anterioridad, como se hizo en el informe del año 2023, el impacto que tuvieron las sentencias del Tribunal de Constitucional en el trabajo de la Comisión de Garantía y Evaluación, quien ha ido definiendo el procedimiento de tramitación de reclamaciones de la forma en que sigue:

1. Admisión a trámite de la reclamación:
   Cuando llega a la secretaría de la Comisión una reclamación, esta analiza si es admisible a trámite; si se ha presentado en el plazo establecido, si la presenta una persona legitimada y autorizada para ello, y se presenta en la forma adecuada.
   Desde el año 2021, sólo se ha inadmitido una reclamación, por fuera de plazo. Otros escritos de reclamación presentan irregularidades, que se tratan de subsanar de la forma más rápida posible, con el fin de respetar los derechos de los pacientes.
2. Designación de ponentes y señalamiento de fecha de reunión extraordinaria:
   De acuerdo con la opinión y el criterio del presidente de la Comisión, se decide el nombramiento de uno o dos ponentes, vocal médico o jurídico, de acuerdo a la causa de denegación del informe desfavorable que se reclama.
   Considerando la disponibilidad de los ponentes y el tiempo que precisen para el estudio del caso, se señala una fecha para la reunión extraordinaria de la Comisión para el estudio y resolución si procede.
3. Subsanación de deficiencias del expediente:
   Cuando se observen carencias en el expediente que impidan el estudio de la reclamación, se podrán establecer plazos de subsanación para aportar los informes u otra documentación omitida, siempre que exista.
   Puede producirse antes de la designación del ponente, o cuando este detecte la ausencia de información necesaria.
   En aplicación de la normativa aplicable sobre el procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, podrá establecerse una interrupción justificada de los plazos establecidos.
4. Reunión extraordinaria de la Comisión:
   En la fecha determinada, se estudiará la reclamación en reunión plenaria. Si durante la misma la Comisión alcanzase un acuerdo suficiente para emitir una resolución, aquí terminará la actuación del pleno.

Si no fuese posible emitir una resolución por precisar información o actuaciones complementarias, podrá acordar estas actuaciones y convocar una nueva reunión.

5. Actuaciones complementarias:
   Sólo se realizan si se consideran estrictamente necesarias. Se establecerán unos plazos, y su ejecución se coordinará desde la secretaría de la Comisión.
6. Redacción de la resolución y comunicación al reclamante:
   Una vez acordado el sentido de la resolución y sus fundamentos, la secretaría de la Comisión procederá a su redacción, que será revisada por el presidente de la Comisión y, si se considera oportuno, por los vocales que se vean convenientes. Una vez revisada, será firmada por el presidente de la Comisión.
   En la medida de lo posible, se entregará presencialmente por el secretario de la Comisión, que puede verse apoyado por algún otro vocal de la Comisión. De esta forma, se explicarán los hechos comprobados, las resoluciones aprobadas y las consecuencias últimas de las misma.
   Si no es posible la entrega presencial por los miembros de la Comisión, especialmente cuando los desplazamientos no sean posibles, se notificará administrativamente por correo, pudiéndose solicitar la colaboración de los referentes de sector.

Siendo las reclamaciones recibidas en los dos últimos años reclamaciones contra informes médicos, del responsable o del consultor, desfavorables a la prestación de ayuda para morir, de acuerdo a la interpretación realizada por el Tribunal Constitucional, la consecuencia inmediata de una reclamación estimada no es la realización de la prestación de ayuda para morir. Siempre será precisa la redacción de un nuevo informe por parte del médico responsable o del consultor, según corresponda, y la tramitación completa del procedimiento, incluyendo la verificación previa por parte de una dupla de la Comisión.

Los informes subsiguientes deben tener en cuenta los hechos considerados como comprobados por la Comisión.

RECOMENDACIONES:

1. En todas las reclamaciones, independientemente del contenido de la información clínica disponible, se podrán realizar un examen directo y personal del paciente por parte de vocales de la Comisión, o por consultores especializados nombrados a tal efecto. Estos consultores

estarán sujetos a guardar secreto de las deliberaciones, y no podrán participar en la decisión final de la Comisión.

2. Los equipos directivos de los centros sanitarios recibirán, de acuerdo a lo previsto en el artículo 18.a de la LORE un requerimiento de la Comisión para designar un nuevo equipo asistencial en el plazo de siete días naturales. Este requerimiento podrá ser uno de los acuerdos de la propia resolución que será suministrada a los referentes de sector, cuando sean miembros del equipo directivo, o directamente a los directores de los centros cuando no sea así.

Fases finales del procedimiento:

a) Los informes de verificación posterior y su valor para evaluar el desarrollo de la LORE en Aragón:

De acuerdo a lo establecido en la LORE, en la primera reunión ordinaria de la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de una prestación de ayuda para morir, la Comisión realiza la verificación posterior de la prestación. Se realiza a partir del Documento Segundo según lo dispuesto en el artículo 18.b de la LORE.

Ya se ha comentado en años anteriores la naturaleza del procedimiento y la importancia de cara a recomendar acciones de mejora. Se ha insistido con anterioridad la importancia de que los profesionales que participan en la realización efectiva de la prestación de ayuda para morir, redacten anexos en los que expongan las dificultades encontradas y las propuestas de mejora que consideren oportuna.

Cualquier otro profesional participante debe poder aportar su propia valoración de la experiencia, de cara a mejorar los procedimientos futuros.

RECOMENDACIONES:

1. La secretaría de la Comisión o el equipo de apoyo técnico del Departamento de Sanidad remitirán a los médicos responsables y a los referentes de sector los modelos de los Documentos Primero y Segundo cuando se vaya a realizar la prestación o inmediatamente tras la misma, así como las instrucciones para su cumplimentación.
2. Se recomienda que los profesionales del equipo asistencial que realiza la prestación incluyan como anexos al Documento Segundo informes sobre las dificultades que han encontrado y las oportunidades de mejora en la realización de las prestaciones. Se recomienda que cada perfil profesional participante realice su propio informe.
3. La secretaría de la Comisión realizará una solicitud de subsanación cuando los datos del Documento Segundo se vean incompletos o con errores de cara a la correcta verificación posterior.
4. La secretaría de la Comisión solicitará información complementaria de los pacientes que no lleguen a la prestación por fallecimiento o renuncia, cuando estos sean importantes para evaluar el procedimiento global.

Cuestiones generales:

a) Plan de formación:

Durante el año 2024, e han echado en falta iniciativas de formación en los distintos niveles de la organización. No se realizó ninguna edición del curso de formación se coordinó con el Instituto Aragonés de Ciencias Sociales, en cuya plataforma de formación en línea se alojó.

También se ha echado en falta iniciativas de formación por parte del Servicio Aragonés de Salud a través de sus propios programas de formación de profesionales.

Algunos sectores establecieron sus propios programas de formación a través de seminarios impartidos por personal propio. También se han desarrollado protocolos internos en algunos sectores para la gestión de los procedimientos. Sin embargo, estas actividades, frecuentes entre 2021 y 2023, parecen haber decaído en 2024.

La sensación dominante es que la formación ha sido insuficiente, que sigue habiendo mucho desconocimiento, y abundan las ideas preconcebidas erróneas sobre la ley y el procedimiento.

RECOMENDACIONES:

1. Se revisará el curso de formación en Eutanasia realizado en combinación de la Dirección General de Cuidados y Humanización y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Se propone que al menos se realicen dos ediciones de este curso.
   En el caso de que, por algún motivo, no pudiera hacerse sobre la plataforma formativa del IACS, se sugiere que se traslade a la del Servicio Aragonés de Salud.
2. El Servicio Aragonés de Salud, en colaboración con la Dirección de Cuidados y Humanización, establecerá un programa de formación por sectores para la difusión de la norma y el procedimiento entre sus profesionales.

b) Actividades de coordinación entre la Comisión y el Servicio Aragonés de Salud, así como entre los sectores del Servicio Aragonés de Salud:

Aunque no previstos ni mencionados en la LORE, la creación de una red de referentes de eutanasia en los sectores del Servicio Aragonés de Salud ha sido muy

importante para mejorar la calidad de los procedimientos de prestación de ayuda para morir desde la entrada en vigor de la ley y hasta la fecha.

Los referentes de sector, preferentemente miembros de los equipos directivos de los sectores en sus diversos niveles asistenciales, aunque no exclusivamente, han resultado esenciales en facilitar la comunicación entre la Comisión y los profesionales, aunque estos deben saber que siempre tienen abierta la línea de comunicación con la secretaría de la Comisión. También han sido fundamentales a la hora de permitir el cumplimiento de los plazos y de mejorar, progresivamente la calidad de los procedimientos.

Sin embargo, la dinámica normal de ceses y nuevos nombramientos en estos puestos directivos ha acarreado disrupciones en el funcionamiento y la comunicación en lo que se refiere a los procedimientos de prestación de ayuda para morir. La comunicación entre los cesantes y los nuevos nombramientos no siempre ha sido fluida ni adecuada, y eso ha repercutido en la gestión de algunas de las solicitudes.

Se ha echado de menos la existencia de un profesional en los servicios centrales del Servicio Aragonés de Salud que coordine a los referentes de sector. Las capacidades de la Comisión a este respecto son limitadas, aunque desde la secretaría se ha intentado mantener una comunicación lo más fluida posible con los referentes. Desde la Dirección General de Cuidados y Humanización se ha sugerido en varias ocasiones la existencia de este profesional coordinador en los servicios central del SALUD.

En otro orden de cosas, se ha echado de menos la coordinación formal entre los sectores del Servicio Aragonés de Salud a la hora de apoyarse mutuamente en las carencias para la tramitación de los procedimientos. Especialmente en lo que se refiere a disponer de facultativos especialistas que puedan ejercer la figura de médicos consultores. A pesar de ello, puntualmente se dan colaboraciones positivas en la gestión de algunos procedimientos.

RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere la designación de profesional por parte de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud para la coordinación de los referentes de sector para eutanasia, que garantice la continuidad en la coordinación dentro de los sectores, así como la homogeneidad de los procedimientos entre sectores y la coordinación de la colaboración entre ellos.

2. Se propone la realización de reuniones de coordinación periódicas entre los referentes de sector, coordinadas de forma combinada desde la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y la Dirección General de Cuidados y Humanización.
3. Se considera conveniente la redacción de documentos de coordinación entre sectores del Servicio Aragonés de Salud para la colaboración en los procedimientos abiertos de prestación de ayuda para morir. Especialmente en las cuestiones siguientes:
    a. Nombramiento de especialistas médicos como médicos consultores.
    b. Coordinación para posibles donaciones de órganos de pacientes que no pertenezcan a los grandes hospitales del sistema.
    c. Definición de procedimiento de traslado para pacientes que opten por fallecer en centros no situados en su zona básica de salud o en su centro hospitalario de referencia por motivos de confidencialidad.

c) Compensaciones y apoyos materiales a los profesionales participantes en los procedimientos asociados a la prestación de ayuda para morir.

La realización del procedimiento que sigue a una solicitud de prestación de ayuda para morir, con las exigencias que derivan del texto legal que lo regula, implica que los profesionales participantes, especialmente los médicos responsables, tengan una sobrecarga importante sobre su trabajo asistencial habitual. En un entorno en el que se dan frecuentes situaciones de importante presión asistencial habitual, así como de carácter estacional. Ya se han comentado algunas de las consecuencias de los procesos de movilidad de los profesionales sanitarios, o de la repercusión de los periodos vacacionales u otros permisos reglamentarios de estos profesionales.

La actividad de los médicos consultores, las más de las veces especialistas que desarrollan su actividad en medio hospitalario, les ha llevado en no pocas ocasiones a desplazamientos de su medio habitual, que no suelen estar previstas, con la sobrecarga puntual sobre su trabajo habitual.

En la Comisión de Garantía y Evaluación se ha comentado también que la actividad dentro de la Comisión conlleva también una dedicación en tiempo, especialmente cuando se han de redactar ponencias o informes. Aunque hay muchos miembros de la Comisión que tienen el carácter de empleados públicos, otros no lo son, y la compensación de los gastos en tiempo y desplazamientos no han quedado resueltas

todavía, pese a lo dispuesto en el art. 12.4 del 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.

Este hecho se ha comunicado en varias ocasiones a la Secretaría General Técnica del Departamento de Sanidad sin que se haya recibido una respuesta o solución definitivas.

En otro orden de cosas, algunas comunidades autónomas han dispuesto la libranza de los profesionales sanitario que participan en la realización efectiva de la prestación de ayuda para morir, para compensar varios aspectos asociados a la misma.

1. La tensión y complejidad asociada en la prestación de ayuda para morir, por más que se haya reconocido el derecho y quedado demostrados los requisitos asociados a la prestación.
2. El trabajo de preparación previo, y deseable, de los profesionales que intervienen, que debe incluir presentarse al paciente y tener un conocimiento mínimo de sus circunstancias para prever cualquier eventualidad.
3. El hecho de que muchas de las prestaciones se suelan programa en horas de tarde, con un entorno de menor actividad en el centro hospitalario para una mayor confidencialidad y discreción, o bien exija un desplazamiento del equipo al domicilio del paciente a la hora del día que se estime como adecuada.

RECOMENDACIONES:

1. Los coordinadores de los equipos de atención primaria y los jefes de servicio y unidad de los centros de atención especializada apoyarán el procedimiento que esté llevando uno de sus facultativos como médico responsable o consultor, facilitando con el apoyo del conjunto del equipo el tiempo y los medios para la realización de las actividades previstas en la LORE.
2. Los centros sanitarios o centros administrativos de los profesionales implicados en un procedimiento, bien como médico responsable o consultor, bien dentro del equipo que realiza la prestación de ayuda para morir, o en su condición de miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación cuando sean empleados públicos, facilitarán la disponibilidad

de tiempo, medios y dietas si son necesarias para la realización de estas actividades.

3. Cuando el equipo asistencial que realice la prestación de ayuda para morir se vea obligado a modificar su jornada asistencial, bien en sus horarios, bien con desplazamientos al domicilio o a otros centros sanitarios para la realización de la prestación, las direcciones de los centros facilitarán estos cambios.

   Se establecerán mecanismos de compensación, proponiéndose, al igual que se ha realizado en alguna otra comunidad autónoma, la posibilidad de libranzas al día siguiente que compensen estas circunstancias.

4. La Secretaría General Técnica del Departamento de Sanidad establecerá un sistema de compensaciones económicas para los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación que no sean empleados públicos de la administración pública del Gobierno de Aragón o de sus organismos autónomos, en concepto de dietas, cuando sean precisas, o del tiempo dedicado a la elaboración de ponencias e informes preceptivos.

d) Aprendizaje basado en la experiencia.

Desde la entrada en vigor de la LORE han sido ya varias decenas de profesionales los que han participado en mayor o en menor medida en el desarrollo de los procedimientos previstos en el texto legal, así como en la realización efectiva de las prestaciones de ayuda para morir.

Alguna de las experiencias de estos profesionales se ha ido recogiendo a partir de algunos informes extensos de los documentos que se remiten para la verificación posterior, o a partir de las conversaciones e intercambios entre la secretaría de la Comisión y los referentes de sector. Sin embargo, la voz de la mayor parte de los participantes ha quedado sin ser oída.

Por ello, la Comisión de Garantía y evaluación considera que se deben articularse sistemas de aprendizaje y de diseminación del conocimiento y la experiencia entre los profesionales basados en la experiencia de quienes han participado ya en los procedimientos.

RECOMENDACIONES:

1. La Dirección General de Cuidados y Humanización impulsará un estudio de opinión entre los profesionales que han participado en los procedimientos mediante técnicas de investigación cualitativa (grupos

focales, entrevistas en profundidad, etc.), sin menoscabo de que se puedan considerar otros métodos de investigación, con el fin de extraer el conocimiento acumulado por estos profesionales.

2. Se recomienda realizar una jornada, al menos de periodicidad anual, que sirva para la presentación de los resultados del mencionado estudio, así como de otras fuentes de conocimiento, y que permita el debate de los profesionales en general sobre los problemas que presenta el desarrollo de la LORE.

e) Difusión de la información a la población y los pacientes.

La Comisión considera que la población en general, y los pacientes crónicos en particular, deben tener conocimiento de los derechos que los amparan en el proceso de morir y en el momento de la muerte. Tanto los previstos en la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, como los previstos en la LORE.

Esta información debe constar de forma clara y accesible en las plataformas de información a los usuarios de los servicios sanitario y de educación del paciente del Gobierno de Aragón. Y esta información debe hacerse llegar a todos los pacientes crónicos, especialmente en riesgo de dependencia, o con enfermedades graves en su pronóstico vital o funcional.

Una de las vías más importantes para la comunicación de estos derechos pasa por la promoción e impulso de los documentos de voluntades anticipadas, especialmente cuando se realizan de una forma informada y reflexionada, acompañados por los profesionales sanitarios responsables de los procesos de los pacientes.

Un paso más allá sería la implantación sistemática en la actividad de los profesionales sanitarios del Sistema de Salud de Aragón de los procesos de **Planificación Avanzada de Decisiones**, que incluya como elementos clave los siguientes:

1. Comprensión de la enfermedad: El paciente debe estar bien informado sobre su condición y las posibles trayectorias de la enfermedad.
2. Valores y preferencias: Identificación y documentación de los valores, creencias y preferencias del paciente respecto a su tratamiento y cuidado.
3. Designación de un representante: Nombrar a una persona de confianza que pueda tomar decisiones en nombre del paciente si este no puede hacerlo.

4. Documentación: Registrar todas estas decisiones en la historia clínica del paciente para asegurar que se respeten sus deseos. Cumplimentación informada del Documento de Voluntades Anticipadas.

RECOMENDACIONES:

1. La Dirección General de Cuidados y Humanización impulsará en 2024 la revisión de la información sobre el proceso de morir y sobre las decisiones basadas en la autonomía del paciente que se incluye en Salud Informa, así como la que se ofrece desde los servicios y unidades de atención al usuario de los servicios sanitarios y los pacientes.
2. Las direcciones de atención primaria del Servicio Aragonés de Salud adoptarán objetivos para el impulso de la realización de documentos de voluntades anticipadas en colaboración mutua de los profesionales sanitarios de atención primaria y los pacientes con enfermedades crónicas.
3. El Servicio Aragonés de Salud dará los pasos para implantar en atención primaria los procesos de Planificación Avanzada de Decisiones.