



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

XII LEGISLATURA

Serie B:
PROPOSICIONES DE LEY

21 de septiembre de 2017

Núm. 66-5

Pág. 1

ENMIENDAS E ÍNDICE DE ENMIENDAS AL ARTICULADO

122/000051 Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de las enmiendas presentadas en relación con la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, así como del índice de enmiendas al articulado.

Palacio del Congreso de los Diputados, 14 de septiembre de 2017.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Carlos Gutiérrez Vicén**.

ENMIENDA NÚM. 1

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea

A la Mesa de la Comisión de Sanidad

El Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara presenta la siguiente enmienda a la totalidad con texto alternativo a la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

Palacio del Congreso de los Diputados, 8 de mayo de 2017.—**Marta Sibina Camps, Eva García Sempere, Ángela Rodríguez Martínez y Amparo Botejara Sanz**, Diputadas.—**Alberto Garzón Espinosa**, Portavoz del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

Enmienda a la totalidad con texto alternativo

Antecedentes

- Constitución española de 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- 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.
- Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica, del Parlament de Catalunya.
- Ley 2/2010 de derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte, del Parlamento de Andalucía.
- Ley Foral 8/2011 de derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte, del Parlamento de Navarra (Nafarroako Parlamentua).
- Ley 10/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, de las Cortes de Aragón.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 2

— Ley 1/2015 de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, del Parlamento de Canarias.

— Ley 4/2015 de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, del Parlament de les Illes Balears.

— Ley 5/2015 de derechos y garantías de las personas enfermas terminales, del Parlamento de Galicia.

— Ley 11/2016 de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, del Parlamento Vasco (Eusko Legebiltzarra).

— Estudio n.º 1.996 del CIS, año 1992.

— Estudio n.º 2.451 del CIS, año 2002.

— Estudio n.º 2.803 del CIS, año 2009.

— Estudio n.º 8.811 del CIS, año 2011.

— «Public Attitudes to Assisted Dying»: IPSOS Mori para «The Economist», publicada el 26 de junio de 2015.

— «Índice internacional sobre la calidad de la muerte», 2015: Fundación Lien y «The Economist».

Exposición de motivos

I

La muerte es consustancial al desarrollo de la vida, esto ha sido así desde la existencia del ser humano. Lo que cambia es la manera de las personas y sus sociedades de relacionarse con este desenlace. En las últimas décadas, aspectos relacionados con una mayor autonomía de la ciudadanía a la hora de afrontar la muerte han ido ganando relevancia en el debate público, en las demandas y propuestas de colectivos sociales, en las iniciativas legislativas desarrolladas a escala autonómica, estatal e internacional, así como en las acciones emprendidas por diferentes organismos para avanzar en la calidad de los momentos finales de la vida.

La mejora de las condiciones sociales y económicas, así como los avances en el ámbito de la medicina, han hecho posible un incremento notable de la esperanza de vida en España. Asistimos a un cambio en el modo de enfermar y morir de la población, pues se ha pasado de un predominio de las enfermedades agudas y los accidentes a una situación en la que las enfermedades crónicas y la pluripatología dominan las estadísticas de morbilidad y mortalidad de nuestra población. A la vez que se alarga la vida, se han generalizado sin embargo las experiencias de sufrimiento personal, físico, psicológico, familiar y social en el proceso de deterioro y muerte de los pacientes.

Existe un amplio consenso que afirma que la finalidad de la medicina en el siglo XXI tiene dos objetivos de la misma categoría e importancia: i) prevenir y curar enfermedades, y ii) ayudar a morir en paz a los ciudadanos, mediante el desarrollo de una medicina paliativa que alivie su sufrimiento y respete sus decisiones.

Esta transición demográfica y epidemiológica, los nuevos enfoques predominantes en la medicina, junto al desarrollo de un Estado democrático, plural y aconfesional, han influido en la manera en que la población se acerca a la muerte. Por un lado se reclama que la posibilidad de cuidados paliativos sea una posibilidad real para el 100% de la población. Para ello se precisa de una inversión pública, formación y recursos que lo posibiliten.

Por otra parte, la sociedad española ha manifestado así en diversos estudios cuantitativos y cualitativos su apoyo creciente, hoy ya francamente mayoritario, a la regulación de la eutanasia. Desde estudios como el del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) del año 1989, cuando un 58% de las personas encuestadas aprobaba que a un enfermo terminal se le suministrara alguna sustancia para ayudarle a morir, hasta el estudio de 2011 del propio CIS, donde un 77,5% de encuestados se inclinaban a favor de regular una Ley de eutanasia, el apoyo en nuestro país a esta cuestión ha sido creciente. A nivel europeo, en junio de 2015 una encuesta de *IPSOS-The Economist* para 15 países europeos concluyó que en todos ellos había una mayoría que aceptaba legalizar este derecho. En 13 países esta mayoría abarcaba más de la mitad de los encuestados. España se situaba en cuarto lugar, tras Bélgica, Francia y Países Bajos, con un 78% a favor de la legalización y solo un 7% en contra.

Esta situación favorable a la eutanasia en la opinión pública, sin embargo, no se ha visto reflejada en nuestro ordenamiento jurídico estatal, donde aún está penalizada en el Código Penal.

Además de socialmente, en las instituciones públicas se ha desarrollado en los últimos años una visión deliberativa de la relación clínica entre profesionales sanitarios y ciudadanía. Los textos legales y la práctica clínica han tratado de avanzar hacia una relación basada en la confianza mutua, que trata de compartir la toma de decisiones.

Es así que la última legislación autonómica en España ha impulsado la protección del derecho a la información del paciente y la autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la muerte. Se han aceptado cuestiones como la limitación de las medidas de soporte vital cuando estas se demuestran inútiles y se ha ampliado la prestación de los cuidados paliativos, o se han establecido registros de documentos de instrucciones previas, como forma de mejorar la calidad de la vida en sus últimas fases. La existencia de Comunidades como Catalunya o La Rioja, sin una Ley específica de este tipo pero con una cobertura cercana al 100% en cuidados paliativos, y otras con Leyes de este tipo que apenas llegan a la mitad de la población en la cobertura, nos indican que más que legislativo el problema es fundamentalmente de inversión pública.

Esta Ley, en pleno respeto por las competencias de cada Comunidad Autónoma, nace así con la meta de garantizar la cobertura universal de cuidados paliativos en todo el territorio español.

En el último índice internacional sobre la calidad de la muerte disponible, elaborado por la Fundación Lien y *The Economist* el año 2015, que analiza fundamentalmente los cuidados paliativos, España ocupa un discreto vigésimo tercer puesto. Este informe enfatiza que la clave para mejorar reside en una fuerte inversión pública en Sanidad así como en una efectiva política pública en paliativos, con una formación integral de los profesionales sanitarios. Resulta significativo que países con Leyes de eutanasia como Bélgica y Países Bajos están entre los primeros puestos de este ránking. Lejos de ser contradictorios, cuidados paliativos y eutanasia son complementarios y necesarios.

El desarrollo del principio de autonomía, de un derecho a la vida ligado al valor de la libertad y la dignidad de la persona, no ha de limitarse por tanto al reconocimiento de derechos en torno a recibir información médica completa y veraz, al disfrute de unos cuidados de calidad accesibles y centrados en la persona o en el rechazo de tratamientos. Es necesario expandir estos derechos hacia la garantía pública de una buena muerte (*eu thánatos*) que resulte acorde con la defensa de una vida digna hasta el final, lo que incluye tanto el derecho a la eutanasia como al suicidio médicamente asistido.

Esto implica, por un lado, el fin de la confusión entre el derecho a vivir y el deber de vivir. Como se ha indicado más arriba, cada vez está más extendida socialmente la visión de que el Estado debe proteger la vida pero no imponer el deber de vivir en condiciones penosas irreversibles, en contra de los deseos y convicciones más íntimas de uno mismo. Por otra parte, el acceso al cuidado y a la disposición de la propia vida ha de ser equitativo y universal para que también sea justo, de ahí la necesidad de su protección pública.

Según la experiencia de otros países con Leyes de eutanasia, tan solo una minoría de la ciudadanía solicita una muerte asistida. Sin embargo, este derecho beneficia a la totalidad de la población ya que amplía el marco de libertades y garantiza la convivencia en un espacio democrático de valores comunes como la libertad, la plena dignidad humana, la autonomía y la solidaridad.

La autonomía individual en este caso ha de complementarse en su dimensión relacional, es decir, ha de combinarse con los restantes principios éticos de la relación clínica en una sociedad democrática. También con la garantía de que no se menoscaben derechos fundamentales de otras personas ni se altere el orden público, requisitos básicos del desarrollo de la libertad ideológica contemplada en nuestra Constitución. En este sentido, se podrá ejercer la objeción de conciencia entre los profesionales sanitarios que se nieguen a participar en una eutanasia o un suicidio médicamente asistido, así como al mismo tiempo se garantizará que el derecho regulado por esta Ley se pueda ejercer en aquellas instituciones donde existan objetivos.

La concepción de la autonomía se vincula actualmente con otros dos principios clásicos de la práctica médica: i) la no maleficencia, basado en no dañar, y ii) la beneficencia, es decir, el actuar en beneficio de otro a partir de su propia valoración. Ambos muestran desde la solidaridad y la compasión hacia el sufrimiento de otro, desde una conciencia de vulnerabilidad compartida, el compromiso social con no prolongar situaciones irreversibles no deseadas. Implica también no infligir sobre la persona el daño moral que se deriva de no atender al ejercicio de su libertad a la hora de querer poner fin a su vida en las situaciones contempladas en esta Ley con todas las garantías de seguridad.

El principio de autonomía posee finalmente un rasgo colectivo ineludible, pues constituye uno de los fundamentos de toda comunidad política democrática. La capacidad de una sociedad para dotarse de sus propias Leyes ofrece un marcador esencial de calidad democrática que impide el divorcio entre la sociedad y sus normas jurídicas.

II

La Constitución Española (CE) del año 1978 recoge, en su título preliminar y entre sus derechos fundamentales, la protección de la libertad y dignidad de las personas, la garantía de que nadie podrá ser sometido a un trato degradante.

Así, el artículo 1 de la CE reconoce la «libertad» como «valor superior» a proteger dentro de nuestro ordenamiento jurídico. En su artículo 10, apartado 1, se afirma que «la dignidad de la persona, los derechos

inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social». Y finalmente el artículo 15 indica que «todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes».

A partir de este marco jurídico básico, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrolló algunos de estos principios en el ámbito sanitario. Se reconocieron los derechos de la persona con respecto a las administraciones públicas sanitarias para garantizar el «respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social».

Con posterioridad, 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, recogió y reguló los derechos de los usuarios del sistema sanitario en relación con el consentimiento informado, sus límites y el consentimiento por representación. Su artículo 2 resalta «la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad».

Esta última Ley desarrolla el derecho de las personas a decidir sobre los tratamientos que le son propuestos tras recibir la información correspondiente. Se contempla tanto la elección del paciente entre las opciones clínicas disponibles como el rechazo al tratamiento. A partir de ella es obligación de los profesionales intervinientes cumplir con los deberes de información y de documentación clínica, así como con el respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente ya sea en el momento presente o de forma anticipada en el documento de Instrucciones Previas, Voluntades Anticipadas o Testamento Vital.

Dentro de este marco normativo, las Comunidades Autónomas han ido aprobando diferentes Leyes para regular derechos y deberes en el ámbito sanitario respecto a la toma de decisiones en los últimos momentos de la vida.

El Parlamento de Andalucía aprobó la Ley 5/2003, de declaración de voluntad vital anticipada, así como la Ley 2/2010, de derechos y garantías de la persona en el proceso de muerte. Cronológicamente, a esta le siguieron: la Ley Foral 8/2011, de derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte, del Parlamento de Navarra; la Ley 10/2011, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, de las Cortes de Aragón; la Ley 1/2015, de derecho y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, del Parlamento de Canarias; la Ley 4/2015, de derechos y garantías de las personas en el proceso de morir, del Parlamento de las Islas Baleares; la Ley 5/2015, de derechos y garantías de las personas enfermas terminales, del Parlamento de Galicia; y la Ley 11/2016, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, del Parlamento Vasco. Además de estas Leyes de ámbito autonómico, otras Comunidades Autónomas están tramitando las llamadas Leyes de muerte digna o han dado cabida a la regulación de estos aspectos sin desarrollar Leyes específicas para ello.

El marco jurídico conformado por la Ley 41/2002, básica de la autonomía del paciente y por las diferentes Leyes autonómicas citadas, así como por los desarrollos normativos de las Comunidades Autónomas que no han aprobado una Ley específica para esta materia, aborda con suficiente especificidad los derechos relativos a la información, a la elección entre opciones clínicas, al rechazo de tratamiento y al alivio del sufrimiento, garantizando el acceso a los cuidados paliativos, promoviendo la planificación anticipada de los cuidados y los documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas. Por ello, se considera que estos aspectos han de quedar fuera de la presente Ley, no entrando en conflicto con lo allí regulado.

Este reciente desarrollo normativo choca con el artículo 143.4 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Este sigue penalizando la eutanasia y el suicidio médicamente asistido impidiendo el respeto a la libertad, la dignidad y la autonomía. No se considera entre los supuestos penalizados prácticas médicas como la limitación de las medidas de soporte vital, que ante la futilidad del tratamiento y la irreversibilidad de una enfermedad permite la muerte a partir de la retirada o el no inicio de tratamientos básicos para la vida. Habría asimismo que tomar en cuenta también para el caso de España que, cuando se han hecho informes previos a una Ley de este tipo en países de nuestro entorno, han hallado cifras importantes de eutanasias que se daban ya al margen de la legislación.

En otros países son así varias las iniciativas legislativas que han ido más allá de lo legislado hasta este momento en nuestro país, regulando el derecho tanto a la eutanasia como al suicidio médicamente asistido. Destacan las Leyes en este sentido de Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, Suiza y Canadá, así como de cinco Estados de Estados Unidos entre los que destacan Oregón, Washington y California. La experiencia de estas Leyes, tanto en su planteamiento como mediante la observación de su aplicación y su evaluación años después de su aprobación, puede ser de utilidad para el avance dentro de nuestro marco jurídico en los derechos relacionados con la toma de decisiones sobre el final de la vida.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

III

La presente Ley consta de cinco títulos, dos disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales.

En el Título I se recoge el objeto de la presente Ley, que será regular los derechos de las personas en relación a la atención sanitaria en el proceso final de su vida. Esto incluye garantizar la disponibilidad de cuidados paliativos para la población que los necesite, así como regular la solicitud de ayuda médica para acabar con la propia vida en determinados supuestos. Se indican los principios y valores fundamentales en esta Ley, se especifica su ámbito de aplicación así como la necesidad de que los poderes públicos actúen para garantizar el ejercicio de los derechos aquí recogidos en condiciones de equidad y universalidad. Finalmente, se recoge una serie de definiciones de términos básicos a efectos de esta Ley.

El Título II recoge los derechos de las personas que se encuentran en el proceso final de su vida, tanto en el ámbito del acceso a la información y a la toma de decisiones como en el derecho al acceso a los cuidados paliativos. Así mismo, se detallan las condiciones necesarias para que una persona pueda solicitar asistencia médica para poner fin a su vida, describiéndose básicamente los procedimientos que deberá realizar y los plazos para ello.

En el Título III se establecen las obligaciones que tendrán que cumplir los profesionales sanitarios en el desarrollo de los derechos regulados por esta Ley.

El Título IV recoge las garantías necesarias para que las prestaciones derivadas de los derechos recogidos en la presente Ley se puedan llevar a cabo en condiciones de libertad, accesibilidad, justicia y equidad. En este título quedan recogidos los aspectos relacionados con los recursos materiales y humanos para garantizar la prestación de los cuidados paliativos. En este título también se regula la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios directamente relacionados con el ejercicio de la eutanasia, así como el papel de las instituciones públicas a la hora de salvaguardar que esto no suponga una traba en el acceso a los derechos de las personas que lo soliciten.

En el Título V se establecen los métodos de evaluación y seguimiento de la accesibilidad, el uso, los recursos y la calidad de los cuidados paliativos dentro del conjunto del estado, así como se describen las características y las funciones de las comisiones que deberán evaluar el correcto desarrollo y cumplimiento de los aspectos relacionados con la eutanasia.

En la parte final las disposiciones adicionales remarcan el carácter básico de la presente Ley, así como remiten toda infracción al régimen sancionador de la Ley 14/1986, General de Sanidad. Además, hay una disposición derogatoria de carácter general que especifica la derogación de un apartado del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, con el objetivo de reforzar la autonomía del paciente. Tras esta, la disposición final primera abordará la modificación del Código Penal mientras las dos restantes instarán a la habilitación normativa de la Ley e informarán de su entrada en vigor.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto de la Ley.

1. Constituye el objeto de esta Ley Orgánica regular los derechos de las personas en relación a la atención sanitaria en el proceso final de su vida.

2. Esta Ley velará por garantizar los cuidados paliativos a toda la población que los necesite así como regulará la solicitud de ayuda médica para acabar con su vida en los supuestos aquí especificados, los deberes del personal sanitario al respecto y las garantías que las instituciones sanitarias han de ofrecer para todo ello.

3. A efectos de esta Ley lo referido a la eutanasia resultará de aplicación al suicidio médicamente asistido.

Artículo 2. Principios básicos.

Son principios básicos que fundamentan esta Ley:

1. El pleno respeto a la dignidad humana a lo largo de toda la vida.
2. El ejercicio de la libertad en la toma de decisiones en torno al final de la vida, tanto en el ámbito de los cuidados paliativos como en la solicitud de asistencia médica para la finalización de la propia vida.

3. El desarrollo completo de los principios de autonomía, solidaridad, beneficencia y no maleficencia como marco de ejecución de decisiones acerca de cómo afrontar los últimos momentos de la vida, incluyendo la solicitud de ayuda médica para poner fin a su vida en los supuestos aquí estipulados.

4. La obligación de las administraciones públicas de garantizar la cobertura universal de unos cuidados paliativos integrales de calidad. Estos comprenderán no solo el abordaje de los síntomas físicos sino también la atención psicológica y emocional.

5. El respeto a las competencias autonómicas y al desarrollo legislativo y normativo realizado en el ámbito de la atención en los momentos finales de la vida.

Artículo 3. Ámbito de aplicación.

1. La presente Ley se desarrollará en todos los ámbitos sanitarios o sociosanitarios, públicos o privados, en los que se preste asistencia sanitaria a personas al final de su vida, facilitando su aplicación en el domicilio cuando así se solicite.

2. Los poderes públicos habrán de garantizar, a partir de sus respectivas competencias, las prestaciones y obligaciones que se deriven de esta Ley, respetando un acceso equitativo y universal.

Artículo 4. Definiciones.

A los efectos dispuestos en esta Ley se aplicarán las siguientes definiciones:

1. Eutanasia: hace referencia a las acciones realizadas por un médico, apoyado por un equipo de profesionales sanitarios, para causar la muerte de manera rápida, eficaz e indolora a una persona con enfermedad grave que conduce necesariamente a su muerte, o que padece sufrimientos físicos que considera intolerables. El solicitante formula su petición de manera libre, expresa, reiterada e informada.

2. Fase terminal de una enfermedad: situación avanzada e irreversible, incurable, de una enfermedad, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

3. Futilidad del tratamiento: cuando una medida no aporta ningún beneficio al paciente, o bien cuando esta puede producir al enfermo perjuicios superiores o desproporcionados en relación con el posible beneficio.

4. Obstinación terapéutica: es la instauración o continuación de medidas médicas carentes de ningún otro sentido que el de prolongar la vida del paciente cuando este está abocado de manera irreversible a la muerte.

5. Rechazo del tratamiento: es una decisión reconocida legalmente por el que una persona que sufre una enfermedad expresa, de manera verbal o por escrito, la voluntad de no aceptar una determinada actuación médica.

6. Limitación de las medidas de soporte vital: comporta la estimación de la futilidad del tratamiento y la irreversibilidad de una enfermedad por los profesionales sanitarios, así como la conveniencia de retirar o no iniciar los tratamientos que tengan por finalidad prolongar la vida, manteniendo solo las terapias necesarias para garantizar al máximo el bienestar del enfermo.

7. Cuidados paliativos: son los cuidados activos totales destinados a enfermos con procesos avanzados e incurables o con graves padecimientos, así como a sus familiares, con especial atención a la calidad de vida. Es función de los médicos y de todos los profesionales sanitarios aliviar el dolor y el sufrimiento de los pacientes en fase terminal. Los poderes públicos han de garantizar la información y un acceso equitativo. Es preciso asegurar que las personas que hacen una solicitud de eutanasia hayan recibido la información y el ofrecimiento de estos cuidados paliativos, cuya cobertura para toda la población ha de estar garantizada.

8. Sedación terminal: es la administración de fármacos para conseguir el alivio de un padecimiento físico —imposible de obtener con otras medidas— mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente en el que la muerte se prevé muy próxima y con un consentimiento informado explícito o delegado.

9. Decisión informada para el final de la vida: el enfermo que quiera poner fin a su vida debe poder disponer en todo momento de la información que exista sobre su proceso, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos. Es una decisión informada aquella que toma una persona que solicita asistencia médica para morir bien y que está fundamentada en el

conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso, después de haber sido informado adecuadamente por el equipo sanitario que le atiende.

10. Documento de instrucciones previas: de acuerdo con el artículo 11.1, de la Ley 41/2002, básica de la autonomía del paciente, por el documento de instrucciones previas una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar además un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de estas instrucciones.

11. Objeción de conciencia: es el derecho individual a no atender aquellas demandas de actuación que resultan incompatibles con las propias convicciones morales.

12. Médico responsable: de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 41/2002, básica de la autonomía del paciente, es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario. Tiene el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

13. Médico consultor: se tratará de un médico con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo servicio que el médico responsable.

TÍTULO II

Derechos de las personas en relación al proceso final de la vida

Artículo 5. Derecho a la información y a la toma de decisiones.

1. Las personas que se encuentran en el proceso final de su vida tienen derecho a recibir y solicitar información en los términos ya contemplados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Estos derechos se aplicarán, asimismo, a las personas que tengan la responsabilidad de tomar decisiones en este proceso en lugar del paciente, en el caso de que eso sucediera.

2. El rechazo al ejercicio del derecho a la información supone también un derecho para la persona que se encuentra en el proceso final de su vida, y siempre deberá hacerse en un marco de conocimiento del significado e implicaciones de dicha decisión. Se habilitarán los cauces de comunicación necesarios para que, de ser así deseado por parte de la persona en el proceso final de su vida, se pueda designar a una tercera persona como receptora de la información en torno a dicho proceso.

Artículo 6. Derecho a los cuidados paliativos integrales y al tratamiento del dolor.

1. El acceso a la prestación de cuidados que prevengan y alivien el sufrimiento es un derecho de las personas que se encuentran en el proceso final de su vida. Los poderes públicos habrán de garantizar una inversión que permita una cobertura universal de cuidados paliativos en todo el territorio.

2. Entre las medidas de cuidados paliativos contempladas se incluirá la sedación paliativa en casos de dolor u otros síntomas refractarios a tratamiento, aunque ello pueda implicar un acortamiento de la vida.

3. Los cuidados paliativos provistos a la persona deberán contemplar, asimismo, no solo el alivio de la sintomatología física, sino también el alivio de los síntomas psicológicos y emocionales, así como el abordaje del entorno.

4. La prestación de los cuidados paliativos podrá realizarse en un centro sanitario o en el domicilio que designe el paciente o la persona responsable de la toma de decisiones, si este no es competente o ha delegado dicha toma de decisiones en una tercera persona.

5. Toda persona mayor de edad y capaz de obrar tiene derecho a manifestar con anticipación sus voluntades en relación a la asistencia, los cuidados y los tratamientos que quiere recibir en el proceso final de su vida, como viene recogido en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, debiendo ser inscrito en última instancia este documento en el Registro Nacional de Instrucciones Previas recogido en dicho artículo.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Artículo 7. Derecho a la solicitud de eutanasia.

Una persona podrá solicitar que le sea practicada la eutanasia siempre que cumpla los siguientes requisitos:

1. Ser mayor de dieciocho años, capaz y consciente en el momento de la petición, o menor emancipado legalmente.
2. La petición se formulará de manera voluntaria, por escrito, repitiéndose de manera general en al menos dos ocasiones con una separación de quince días, y no siendo el resultado de una presión externa. Si el médico responsable considera que la muerte de la persona o la pérdida de su capacidad para prestar consentimiento informado son inminentes, se aceptará cualquier periodo menor a 15 días que el médico responsable considere en las circunstancias específicas.
3. La persona ha de encontrarse en la fase terminal de una enfermedad o padecer sufrimientos físicos que considere intolerables.
4. La persona deberá haber recibido información de todas las alternativas de tratamiento existentes, así como de los recursos disponibles en el ámbito socio-sanitario. De todo ello debe quedar constancia en la historia clínica. El derecho a la información se regulará de acuerdo a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
5. En el caso de tratarse de una persona sin capacidad de discernimiento, pero que hubiera realizado con anterioridad un documento de instrucciones previas, de acuerdo con lo recogido en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, se podrá llevar a cabo la eutanasia siempre que cumpla los requisitos clínicos recogidos en la presente Ley.

Artículo 8. Requisitos de la solicitud de eutanasia y designación de la causa de la muerte.

1. La demanda de eutanasia deberá hacerse por escrito, repitiéndose de manera general en al menos dos ocasiones con una separación de quince días.
2. El documento deberá estar escrito, fechado y firmado por la persona demandante de la eutanasia. En caso de no encontrarse en situación de poder escribir el documento, pero sí con capacidad de discernimiento, este deberá ser escrito por una persona mayor de edad de su elección. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la eutanasia no se encuentra en condiciones de escribir el documento e indicar las razones.
3. El documento deberá firmarse en presencia del médico responsable y deberá quedar archivado en la historia clínica del paciente.
4. La persona demandante de eutanasia puede revocar su solicitud en cualquier momento, reflejando su decisión en la historia clínica.

Artículo 9. Sobre la causa de muerte.

La muerte producida por eutanasia se considerará equivalente a una muerte natural a todos los efectos, incluidos los relativos a los seguros de vida.

TÍTULO III

Sobre el desempeño de los profesionales sanitarios en la atención al proceso final de la vida

Artículo 10. Obligaciones de los profesionales sanitarios en relación a los cuidados paliativos.

1. Los profesionales sanitarios deberán garantizar en todo momento el cumplimiento del derecho a la información establecido en el título I de la presente Ley, dejando constancia en la historia clínica del paciente tanto la información proporcionada como las decisiones tomadas por el paciente o por la persona sobre la que recaiga la toma de decisiones.
2. El respeto a la voluntad del paciente es una obligación para los profesionales sanitarios, por lo que no se incurrirá en infracción alguna cuando esta sea respetada dentro del marco que fija el ordenamiento jurídico actual.
3. En caso de existir contradicción entre lo manifestado por el paciente que se encuentra en el proceso final de la vida y lo manifestado por su representante, se deberá actuar de acuerdo a lo manifestado por el paciente.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Artículo 11. Obligaciones de los profesionales sanitarios en relación a la eutanasia.

En el caso de una solicitud de eutanasia el médico responsable, previa consulta al resto del equipo de profesionales sanitarios que participen en la misma, en especial a los profesionales de enfermería, deberá garantizar en todo caso las siguientes acciones:

1. Informar de su estado de salud y de su pronóstico en términos de calidad y esperanza de vida a quien solicita la eutanasia, así como de las posibilidades terapéuticas y los resultados esperables, incluyendo los cuidados paliativos.
2. Asegurarse de que se trata de una petición completamente voluntaria.
3. Si la persona solicitante de eutanasia así lo desea, informar de la petición a los familiares o allegados que señale.
4. Constatar que el solicitante padece una enfermedad terminal o un sufrimiento físico que él considera intolerable, así como la reiteración de su voluntad a la hora de solicitar la asistencia médica. Esta reiteración se ha de constatar en las diferentes solicitudes del paciente.
5. Comunicar al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los profesionales de enfermería, la petición de eutanasia y el estado del proceso deliberativo.
6. Dirigirse a un médico consultor, sin intereses en el caso, quien deberá confirmar el cumplimiento de las condiciones señaladas en el apartado anterior. Este médico consultor, competente en el ámbito de las patologías padecidas por el paciente, deberá realizar las mismas comprobaciones realizadas por el médico responsable y detalladas en los epígrafes 2, 3 y 4 del artículo 8 de la presente Ley. Asimismo, deberá redactar un informe del que se dará cuenta a la persona demandante de eutanasia y que pasará a formar parte de su historia clínica.
7. Una vez finalizado el proceso de solicitud y habiendo cumplido los requisitos especificados en el artículo 7 de la presente Ley, el médico responsable deberá garantizar el acceso a la prestación derivada de la aprobación de la presente Ley en los plazos que la persona solicitante considere.
8. Registrar en la historia clínica de la persona demandante de eutanasia la realización de los aspectos reseñados anteriormente, así como el consentimiento informado por parte de dicha persona.

Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Evaluación de las solicitudes de eutanasia.

Una vez realizada la eutanasia, y en el plazo máximo de cuatro días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Evaluación correspondiente dos documentos separados e identificados con un número de registro.

1. El primer documento, referido como «documento 1» a partir de ahora, deberá recoger los siguientes datos:
 - a) Nombre completo y domicilio del solicitante de eutanasia.
 - b) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.
 - c) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional de los médicos consultados sobre la aplicación de la eutanasia.
 - d) Nombre completo, dirección y capacidad de todas las personas consultadas por el médico responsable, y fechas de dichas consultas.
 - e) Si el solicitante disponía de un documento de voluntades anticipadas y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo.
2. El segundo documento, referido como «documento 2» a partir de ahora, deberá recoger los siguientes datos:
 - a) Sexo, fecha y lugar de nacimiento del solicitante de eutanasia.
 - b) Fecha y lugar de la muerte.
 - c) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona que solicitó la eutanasia.
 - d) Tiempo de relación clínica del médico responsable con el solicitante.
 - e) Diagnóstico fundamental y descripción de la enfermedad grave en fase terminal o del padecimiento constante e insoportable.
 - f) Motivo por el que el sufrimiento ha sido considerado como intolerable.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

- g) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.
- h) Si se podía esperar la muerte próximamente y si existía alguna voluntad anticipada.
- i) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para la eutanasia.
- j) Capacitación de los médicos consultados y fechas de las consultas.

Artículo 13. Notificación de solicitudes de eutanasia que sean denegadas.

Al denegar una eutanasia, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Evaluación en el plazo de cuatro días hábiles después de recibida la solicitud:

1. Los mismos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento 2 de modo que incluya el sexo del paciente, los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.

2. En caso de objeción de conciencia, además de seguir lo indicado en el artículo 16.3 de la presente Ley, deberá especificar el nombre completo y lugar de trabajo de los profesionales a los que la persona solicitante de eutanasia fue remitida para que pudiera ejercer su derecho a la eutanasia.

TÍTULO IV

Sobre las garantías en el acceso a la prestación

Artículo 14. Garantía de acceso a las prestaciones en materia de asistencia en el proceso final de la vida.

1. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas adecuadas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria derivada del ejercicio de los derechos consignados en esta Ley.

2. Las prestaciones derivadas del cumplimiento de la presente Ley deberán quedar incluidas en la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 15. Garantías de dotación y recursos a los cuidados paliativos.

1. Habrá de garantizarse una correcta formación integral en cuidados paliativos por parte de las diferentes categorías de profesionales sanitarios, a la vez que dotarla de una financiación suficiente y adecuada que garantice su cobertura universal.

2. Los centros sanitarios de ámbito hospitalario de la red pública deberán tener la dotación material y humana necesaria para el correcto ejercicio de los derechos consignados en esta Ley por parte de las personas que se encuentran en el proceso final de su vida.

3. Los cuidados paliativos recibidos en el domicilio deberán estar garantizados todos los días del año, incluido festivos, así como durante las 24 horas.

4. Los pacientes que se encuentren en el proceso final de su vida y precisen ingreso en un centro sanitario para paliar los síntomas derivados de este proceso deberán ser atendidos en una habitación de uso individual durante su estancia.

Artículo 16. Medidas para garantizar la prestación por parte de los servicios de salud.

1. Los componentes básicos de la prestación derivada de la aprobación de la presente Ley deberán ser establecidos con el consenso del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con el fin de garantizar la igualdad en el acceso en los diferentes lugares del territorio del estado.

2. Los servicios autonómicos de salud deberán tener elaborado un plan que especifique la manera de prestar y garantizar el acceso al derecho derivado de la aprobación de esta Ley en un plazo no superior a tres meses después de su aprobación.

3. El personal de medicina y enfermería directamente implicado en la prestación de la eutanasia podrá ejercer la objeción de conciencia, atendiendo a lo siguiente:

a) Las instituciones públicas habrán de garantizar que esto no resulte en la limitación del acceso de la persona al ejercicio del derecho a recibirla.

b) El rechazo o la negativa a participar en la realización de la eutanasia será en todo caso una decisión individual del personal de medicina y enfermería directamente implicado.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

c) El profesional sanitario que decidiera ejercer la objeción de conciencia deberá comunicárselo a la persona que solicite la eutanasia en el mismo momento de la solicitud y manifestarlo por escrito a la dirección de la institución sanitaria responsable, así como comunicarlo en el momento de la solicitud a la persona solicitante.

d) En la situación de que el personal médico o de enfermería ejerciera la objeción de conciencia resultando en un impedimento efectivo al ejercicio del derecho a la eutanasia, la Comisión de Evaluación de la presente Ley deberá subsanar dicha traba y facilitar el acceso de la persona demandante de la eutanasia a un equipo de profesionales sanitarios no objetores.

TÍTULO V

Sobre la labor de evaluación y seguimiento

Artículo 17. Evaluación del acceso y la calidad de la prestación de los cuidados paliativos.

1. Se incluirán indicadores de evaluación del acceso a los cuidados paliativos, así como de los recursos dedicados a ellos, el uso hecho de ellos por parte de la población y la calidad de su prestación, dentro de los indicadores incluidos en los «Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud», dependientes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Artículo 18. Evaluación y seguimiento de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

1. Se creará una Comisión de Evaluación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en cada una de las Comunidades Autónomas del Estado español, así como una más para las dos ciudades autónomas. En adelante se hará referencia a ella como «la comisión». La creación de estas comisiones de evaluación dependerá de los servicios regionales de salud y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), según corresponda. Asimismo, se creará una Comisión Estatal de Seguimiento, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2. La comisión establecerá su reglamento de orden interno y estará constituida por siete personas, escogidas por cada Parlamento Autonómico atendiendo a criterios de paridad de género, cumpliendo los siguientes criterios:

a) Dos de ellas deberán poseer la licenciatura o el grado en medicina o medicina y cirugía. De ellas, al menos una deberá ejercer la docencia o la investigación en instituciones públicas.

b) Tres de ellas deberán ser licenciadas en Derecho, incluyendo a la persona que presida la comisión.

c) Un profesional sanitario (de medicina o enfermería) que desarrolle su trabajo en el ámbito de las personas con enfermedades o padecimientos incurables.

d) Una persona procedente de organizaciones de la sociedad civil implicadas en la atención de personas con enfermedades o padecimientos incurables.

3. Cada Comisión deberá constituirse en las cuatro semanas posteriores a la entrada en vigor de esta Ley y renovarse cada cuatro años. La renovación podrá llevarse a cabo en dos fases, afectando a la mitad de la comisión en cada una de ellas.

4. La Comisión recibirá el documento 1 y el documento 2. Los incluirá en un archivo que cumpla con la legislación vigente en materia de protección de datos.

Artículo 19. Funciones de la Comisión.

1. La comisión comprobará si la ciudadanía puede ejercer los derechos derivados de la presente Ley en la Comunidad Autónoma que le corresponde.

2. Detectará posibles problemas en la puesta en funcionamiento de la Ley, proponiendo mejoras concretas si fuera necesario.

3. Resolverá dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la presente Ley, sirviendo de órgano consultivo para los servicios de salud en este ámbito.

4. Cualquier requerimiento de verificación de buena praxis deberá remitirse a la comisión desde la institución sanitaria responsable y habrá de mantener el anonimato de quien accedió a la eutanasia. La comisión deberá:

a) Verificar, a partir de los datos recogidos en el documento 2, si la eutanasia se efectuó según las condiciones y los procedimientos previstos por la presente Ley.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

b) En caso de duda, la comisión puede decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento 1. La comisión puede solicitar al médico responsable a información recogida en la historia clínica que tenga relación con la eutanasia practicada.

c) La comisión deberá pronunciarse sobre el cumplimiento de los requisitos legales en el caso requerido en un plazo máximo de dos meses. El carácter de la Comisión será meramente administrativo, no influyendo sus plazos y acciones en las que eventualmente pudiera tomar cualquier instancia judicial por otra vía.

d) En el caso de que dos tercios o más de los miembros de la comisión consideren que no se han cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en esta Ley, deberá comunicarlo a la Fiscalía para que proceda, en su caso, a la apertura de una investigación.

e) Si tras el levantamiento del anonimato a imparcialidad de algún miembro de la comisión se considera afectada, este podrá retirarse voluntariamente o ser recusado.

5. En caso de objeción de conciencia, la Comisión deberá:

a) Comprobar que la persona demandante de eutanasia ha sido derivada a un equipo de profesionales que no realicen objeción de conciencia.

b) En caso de que no haya sucedido lo señalado en el apartado anterior, la comisión deberá asegurar que el solicitante puede acceder al procedimiento de la eutanasia a partir de un equipo de profesionales sanitarios que no realicen objeción de conciencia.

6. En los casos de las negativas a la solicitud de eutanasia por el médico responsable que no sean producto de la objeción de conciencia, el solicitante podrá recurrir ante quien presida la comisión, que deberá pronunciarse en un máximo de quince días naturales.

7. La Comisión elaborará un Informe anual de evaluación, que será público y deberá presentarse a la Consejería de Salud competente, a partir del cual:

a) Ilustrará sobre el desarrollo de la Ley, aportando información estadística y cualitativa a partir de las notificaciones recogidas en los documentos custodiados, así como análisis rigurosos y una valoración final al respecto.

b) Elaborará un manual de buenas prácticas que sirva para orientar en la correcta puesta en práctica de la presente Ley.

8. Las Consejerías de Salud deberán remitir estos informes a la Comisión Estatal de Seguimiento, quien deberá publicar anualmente un Informe estatal de seguimiento y evaluación de la presente Ley.

Disposición adicional primera. Carácter de legislación básica.

Esta Ley tiene la condición de básica, de conformidad con lo establecido en la Constitución. El Estado y las comunidades autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para su desarrollo efectivo.

Disposición adicional segunda. Régimen sancionador.

Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del Título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria procedentes en Derecho.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango en cuanto se opongan a lo establecido en esta Ley y especialmente la siguiente:

El apartado 6 del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 13

Disposición final primera. Modificación del Código Penal.

El artículo 143.4 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal se modifica para quedar redactado de la siguiente manera:

«No será punible la conducta de aquél que con actos necesarios y directos coopere en o cause la muerte a otro cuando este lo haya solicitado de manera expresa, inequívoca y reiterada con arreglo a lo que establezca la legislación específica. La persona solicitante habrá de ser una persona con una enfermedad grave que conduzca necesariamente a su muerte o que padezca sufrimientos físicos que ella considere insoportables.»

Disposición final segunda. Habilitación normativa.

Se habilita al Gobierno para dictar las disposiciones que sean necesarias para la ejecución y desarrollo de lo establecido en esta Ley.

Disposición final tercera. Entrada en vigor.

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), al amparo de lo dispuesto en el artículo 109 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presenta las siguientes enmiendas al articulado a la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de septiembre de 2017.—**Aitor Esteban Bravo**, Portavoz del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

ENMIENDA NÚM. 2

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la exposición de motivos

De modificación.

Apartado III, inicio del primer párrafo, se plantea la siguiente redacción:

«Con ello se pretende, por un lado, **reconocer de forma expresa** los derechos de las personas que residen en nuestro país, sin perjuicio...»

Redacción original que se pretende modificar:

«Con ello se pretende, por un lado, ~~ampliar~~ los derechos de las personas que residen en nuestro país, sin perjuicio...»

JUSTIFICACIÓN

En el sentido general indicado.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 14

ENMIENDA NÚM. 3

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la exposición de motivos

De modificación.

Apartado III, a continuación del segundo párrafo.

Añadir el siguiente párrafo:

«[...] la más humana para garantizar que puedan afrontar el proceso final de su vida de manera digna.

En este mismo sentido de respeto proactivo a la dignidad de las personas concernidas, se deberá respetar su voluntad y sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, respetando los derechos enumerados en la presente Ley y en los términos previstos 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, y en sus normas de desarrollo, debiendo abstenerse los actores, tanto profesionales como institucionales, de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas, no cabiendo alegar la cláusula de objeción de conciencia para dejar sin contenido el derecho de las personas afectadas.»

JUSTIFICACIÓN

Se traslada esa previsión contenida en el artículo 15,2 del texto original de la Proposición de Ley, (artículo que se propone eliminar), bastando su inclusión en la exposición de motivos sin precisarse su ubicación en el texto articulado, toda vez que ya se encuentra regulado en otras Leyes, que se citan.

Por otra parte, contrariamente a lo que plantea el texto original de la proposición en su citado artículo 15,2, expresamente se excluye la posibilidad de objetar la cláusula de conciencia de los profesionales, ya que no se trata de un supuesto de eutanasia, sino en su caso más extremo de cuidados paliativos, respecto de los que la opinión profesional más extendida mantiene que no procede ni científica ni moralmente.

ENMIENDA NÚM. 4

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la exposición de motivos

De modificación.

Apartado III, tercer párrafo: Suprimir.

Redacción original del texto que se pretende suprimir:

~~«Igualmente, la presente Ley tiene por objeto regular, de manera expresa y concisa, los derechos de las personas que se encuentran ante el proceso final de su vida, así como los deberes del personal sanitario y las garantías de los centros e instituciones sanitarias para hacer efectivos tales derechos, todo ello en consonancia con lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.»~~

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 15

JUSTIFICACIÓN

No procede regular estos derechos «de manera expresa y concisa», sino general y básica, correspondiente su concreción a las comunidades autónomas.

Por otra parte, no procede regular en esta Ley los deberes del personal sanitario ni las garantías de los centros sanitarios, ya regulados en su normativa específica.

ENMIENDA NÚM. 5

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la exposición de motivos

De modificación.

Apartado IV, sexto párrafo, se plantea la siguiente redacción:

«Los preceptos contenidos en el **Título II** determinan el marco de actuación de las administraciones concernidas al objeto de dar satisfacción a los derechos recogidos en el Título I, todos ellos relacionados...»

Redacción original que se pretende modificar:

«Los preceptos contenidos en los ~~Títulos II y III~~ determinan el marco de actuación de ~~los profesionales sanitarios y~~ las obligaciones de las administraciones concernidas al objeto de dar satisfacción a los derechos recogidos en el Título I, todos ellos relacionados...»

JUSTIFICACIÓN

En esta Ley no se regulan las obligaciones de los profesionales sanitarios. De esta manera, mediante la enmienda número 12 se plantea suprimir el Título II de la proposición, referido a los profesionales sanitarios, por lo que el Título III se renumera y pasa a ser el Título II.

ENMIENDA NÚM. 6

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la exposición de motivos

De modificación.

Apartado IV, séptimo párrafo: Suprimir.

Redacción original del texto que se pretende suprimir:

«~~El Título IV regula el procedimiento sancionador por las infracciones cometidas en la aplicación de la presente Ley, en consonancia con lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y sin perjuicio de la normativa que en su caso desarrollen las Comunidades Autónomas.~~»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 16

JUSTIFICACIÓN

En esta Ley no se incluye medidas sancionadoras, ya que resultan de aplicación las medidas generales sancionadoras contra los centros.

ENMIENDA NÚM. 7

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 1

De modificación.

Nueva redacción que se propone:

«Artículo 1. Objeto.

La presente Ley tiene como objeto **reconocer y completar** los derechos **básicos** de la persona ante el proceso final de su vida **en el ámbito de las instituciones sanitarias y asistenciales, tanto privadas como del sistema público, así como las garantías básicas para su desarrollo.»**

Redacción original que se pretende modificar:

«Artículo 1. Objeto.

La presente Ley tiene como objeto ~~regular el ejercicio~~ de los derechos de la persona ante el proceso final de su vida ~~y los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes que se encuentren en esta situación,~~ así como las garantías ~~para la dignidad de la persona que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.»~~

JUSTIFICACIÓN

Se plantea limitar esta Ley a la enumeración de los derechos básicos de las personas, completando en un cuerpo legal los derechos que, pudiendo estar contemplados en textos legales genéricos dispersos del ordenamiento jurídico, se reconocen de forma expresa para el proceso final de su vida.

El motivo de esta limitación es el respeto del ámbito competencial autonómico, para lo que esta norma deberá contener la normativa de carácter estrictamente general y que contemple las condiciones básicas de su ejercicio, en los términos que corresponde al Estado según el artículo 149 de la Constitución.

No procede realizar en esta norma una regulación de los deberes del personal sanitario por tratarse de una regulación genérica de los derechos de los ciudadanos, encontrándose la regulación de las obligaciones del personal en otros cuerpos normativos.

No se debe limitar esta norma a regular estos derechos únicamente en los establecimientos sanitarios en sentido estricto, ya que esta situación puede producirse en otro tipo de establecimientos asistenciales de tipo sociosanitario.

ENMIENDA NÚM. 8

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 2

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 17

Nueva redacción que se propone:

«Artículo 2. Ámbito de aplicación.

La presente Ley **reconoce los derechos de todas las personas** que se encuentren ante el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, **así como su reconocimiento y materialización por parte de** los centros, servicios y establecimientos sanitarios **y asistenciales**, tanto públicos como privados, y por las entidades aseguradoras y mutualidades, que presten sus servicios en todo el territorio nacional; todo ello sin perjuicio de la normativa de desarrollo que, en su caso, establezcan las Comunidades Autónomas en el marco de sus propias competencias.»

Redacción original que se pretende modificar:

«Artículo 2. Ámbito de aplicación.

La presente Ley ~~será de aplicación a todas las personas~~ que se encuentren ante el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, ~~al personal implicado en su atención sanitaria~~, así como a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, y a las entidades aseguradoras y mutualidades, que presten sus servicios en todo el territorio nacional; todo ello sin perjuicio de la normativa de desarrollo que, en su caso, establezcan las Comunidades Autónomas en el marco de sus propias competencias.»

JUSTIFICACIÓN

En los mismos términos que la justificación para la modificación del artículo primero del Proyecto de Ley.

ENMIENDA NÚM. 9

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 5

De modificación.

Modificación del título del artículo y sustitución total de su redacción.

Nueva redacción que se propone:

«Artículo 5. Derechos de las personas ante el proceso final de su vida.

1. Las personas que se encuentren ante el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso tienen los siguientes derechos:

- a) Derecho a la información asistencial.
- b) Derecho a la toma de decisiones.
- c) Derecho al libre consentimiento informado.
- d) Derecho a otorgar instrucciones previas.
- e) Derecho al rechazo y a la retirada de un tratamiento y/o intervención.
- f) Derecho a los cuidados paliativos integrales y al tratamiento del dolor.
- g) Derecho al acompañamiento.
- h) Derecho a la intimidad personal y familiar.

2. La regulación de desarrollo de estos derechos, a establecer por las comunidades autónomas en función de sus competencias de desarrollo normativo, tendrá un tratamiento específico para el ejercicio y disfrute de estos derechos por parte de las personas incapacitadas y de las menores de edad.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 18

JUSTIFICACIÓN

Se refunden en un único artículo los artículos 5 a 13, ambos inclusive, pretendiendo una enumeración genérica de los derechos y no su regulación concreta, que corresponderá a las Comunidades Autónomas.

ENMIENDA NÚM. 10

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A los artículos 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12

De supresión.

Supresión de estos artículos, ya encajados de forma declarativa en el nuevo artículo 5.

JUSTIFICACIÓN

Se refunden en un único artículo los artículos 5 a 13, que pasa al artículo 5, recogido en la enmienda número 8 anterior, ambos inclusive, al plantear una enumeración genérica de los derechos y no su regulación concreta, que corresponderá a las Comunidades Autónomas.

ENMIENDA NÚM. 11

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 10.2

De modificación.

Alternativa para el supuesto de que no se admita la enmienda número 9, de supresión de los artículos 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

Modificación del artículo 10, apartado 2, quedando con la siguiente redacción:

«Artículo 10. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas menores de edad.

2. Además de **los derechos generales específicamente reconocidos a las personas menores en el ámbito sanitario**, en particular, las que se encuentren en el proceso final de su vida tendrán derecho:»

Redacción original que se pretende modificar:

«Artículo 10. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas menores de edad.

2. Asistirán a las personas menores en esta situación ~~todos los derechos reconocidos en los artículos 18 a 21 de la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia~~. En particular, tanto si son hospitalizadas como si no, las personas menores de edad que se encuentren en el proceso final de su vida tendrán derecho:»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 19

JUSTIFICACIÓN

Se debe eliminar la referencia expresa a los artículos 18 a 21 de la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia, Ley aprobada por el Parlamento Vasco y con eficacia por tanto limitada al ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Se trata de una norma perteneciente por tanto a un ordenamiento jurídico ajeno, por lo que en consecuencia no procede su remisión en esta Ley.

ENMIENDA NÚM. 12

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 10.4

De modificación.

Alternativa para el supuesto de que no se admita la enmienda número 9, de supresión de los artículos 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

Modificación del artículo 10, apartado 4, quedando con la siguiente redacción:

«Artículo 10. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas menores de edad.

4. Del mismo modo, asistirán a sus progenitores, tutores o guardadores legales **todos los derechos generales específicamente reconocidos en relación a las personas menores a su cargo en el ámbito sanitario**, y en particular el derecho:»

Redacción original que se pretende modificar:

«Artículo 10. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas menores de edad.

4. Del mismo modo, asistirán a sus progenitores, tutores o guardadores legales ~~todos los derechos reconocidos por la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia~~, y en particular el derecho:»

JUSTIFICACIÓN

Se debe eliminar la referencia expresa a la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia, Ley aprobada por el Parlamento Vasco y con eficacia por tanto limitada al ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Se trata de una norma perteneciente por tanto a un ordenamiento jurídico ajeno, por lo que en consecuencia no procede su remisión en esta Ley.

ENMIENDA NÚM. 13

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al Título II

De supresión.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 20

Supresión del Título II y consecuentemente de los artículos 14, 15, 16 y 17 de la Proposición de Ley. Como consecuencia de esta supresión, pasan a renumerarse el Título II y a partir del artículo 18 del texto de la proposición de Ley.

JUSTIFICACIÓN

Se elimina el Título II de la Proposición de Ley, relativo a los deberes de los profesionales sanitarios que atiendan a personas en el proceso final de su vida, por encontrarse regulado este aspecto en las normas generales ya vigentes.

ENMIENDA NÚM. 14

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al Título II

De supresión.

Alternativa para el supuesto de que no se admita la enmienda número 12, de supresión del Título II y consecuentemente de los artículos 14, 15, 16 y 17 de la Proposición de Ley.

Modificación del artículo 15, apartado 2, quedando con la siguiente redacción:

«Artículo 15. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas y de respeto a la voluntad del paciente.

2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar su voluntad y sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente Ley, 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**, y en sus normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas. En estos casos podrán alegar la cláusula de objeción de conciencia siempre y cuando exista un profesional cualificado para sustituirles.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, si el paciente se encontrase en situación de incapacidad, el personal médico deberá consultar el Registro Nacional de Instrucciones Previas, dejando constancia de dicha consulta en la historia clínica, y respetar la voluntad manifestada en él por el paciente.»

Redacción original que se pretende modificar:

«Artículo 15. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas y de respeto a la voluntad del paciente.

2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar su voluntad y sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ~~en la Ley 5/2003, de 9 de octubre~~, y en sus ~~respectivas~~ normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas. En estos casos podrán alegar la cláusula de objeción de conciencia siempre y cuando exista un profesional cualificado para sustituirles.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, si el paciente se encontrase en situación de incapacidad, el personal médico deberá consultar el Registro Nacional de Instrucciones Previas,

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 21

dejando constancia de dicha consulta en la historia clínica, y respetar la voluntad manifestada en él por el paciente.»

JUSTIFICACIÓN

Se debe eliminar la referencia expresa a la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, Ley aprobada por el Parlamento de Andalucía y con eficacia por tanto limitada al ámbito de la señalada Comunidad Autónoma. Se trata de una norma perteneciente por tanto a un ordenamiento jurídico ajeno, por lo que en consecuencia no procede su remisión en esta Ley.

ENMIENDA NÚM. 15

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 18

De modificación.

Modificación del artículo 18, quedando con la siguiente redacción:

«Artículo 18. Garantía de los derechos.

1. La Administración sanitaria, así como las instituciones recogidas en el artículo 2, deberán garantizar, en el ámbito de sus respectivas competencias, el ejercicio de los derechos establecidos en la presente Ley.

2. Las instituciones responsables de la atención directa a las personas que se encuentren en el proceso final de su vida deberán arbitrar los medios para que los derechos de estos no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la negativa o ausencia del profesional o la profesional, así como cualquier otra causa sobrevenida.»

Redacción original que se pretende modificar:

«Artículo 18. Garantía de los derechos ~~de los pacientes~~.

1. La Administración sanitaria, así como las instituciones recogidas en el artículo 2, deberán garantizar, en el ámbito de sus respectivas competencias, el ejercicio de los derechos establecidos en el Título I de la presente Ley, ~~en relación con los correlativos deberes establecidos en el Título II de la misma~~.

2. Las instituciones ~~sanitarias~~ responsables de la atención directa a ~~los pacientes~~ deberán arbitrar los medios para que los derechos de estos no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la negativa o ausencia del profesional o la profesional, así como cualquier otra causa sobrevenida.»

JUSTIFICACIÓN

Se pretende que esta Ley resulte de aplicación tanto en instituciones públicas como privadas, y no únicamente en establecimientos sanitarios, al contemplar también los sociosanitarios, por lo que no resulta correcta la denominación como «pacientes» a las personas destinatarias de esta norma.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 22

ENMIENDA NÚM. 16

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 19

De modificación.

Se plantea modificar el artículo 19, que quedará con la siguiente redacción:

«Artículo 19. Acompañamiento de los personas en el proceso final de su vida.

1. Los centros e instituciones facilitarán a las personas que se encuentren en el proceso final de su vida el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social, compatibilizando estas con el conjunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

2. Los centros e instituciones facilitarán, a petición de las personas concernidas, de las que sean sus representantes, o de sus familiares, el acceso de aquellas personas que les puedan proporcionar auxilio espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, procurando, en todo caso, que las mismas no interfieran con las actuaciones del equipo profesional correspondiente.»

Redacción original que se pretende modificar:

«Artículo 19. Acompañamiento de los pacientes.

1. Los centros e instituciones sanitarias facilitarán a las personas que se encuentren en el proceso final de su vida el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social, compatibilizando éstas con el conjunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

~~En particular, los centros e instituciones sanitarias procurarán, si así lo desea el paciente, que no exista límite de visitas por paciente ni tiempo de permanencia de ellas, que se permitan las visitas de menores de edad, que los familiares puedan pernoctar junto al paciente, y que éste pueda utilizar su ropa personal, así como que sus familiares puedan traerle alimentos y, en general, todo aquello que pueda contribuir al bienestar del paciente y evitar los efectos negativos de su institucionalización.~~

2. Los centros e instituciones sanitarias facilitarán, a petición de los pacientes de las personas que sean sus representantes, o de sus familiares, el acceso de aquellas personas que les puedan proporcionar auxilio espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, procurando, en todo caso, que las mismas no interfieran con las actuaciones del equipo sanitario.»

JUSTIFICACIÓN

Se elimina la referencia sanitaria de los centros e instituciones (por tanto también el calificativo de «pacientes») y se elimina la concreción de la autorización de visitas, más propio de normas de funcionamiento interno de los centros que de una Ley.

ENMIENDA NÚM. 17

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 22.1

De supresión.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 23

Se propone eliminar el apartado primero del artículo 22 de la Proposición de Ley, relativo a la estancia en habitación individual.

JUSTIFICACIÓN

Se plantea su eliminación por resultar excesivamente concreto, no ostentando por tanto la condición jurídica de base. Se trata de una norma más propia de un reglamento de funcionamiento interno de un centro que de una Ley.

ENMIENDA NÚM. 18

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 22.1

De modificación.

Alternativa para el supuesto de que no se admita la enmienda número 16, de eliminación del artículo 22 de la proposición de Ley, relativo a la estancia en habitación individual.

Modificación del artículo 22, apartado primero, quedando con la siguiente redacción:

«Artículo 22. Estancia en habitación individual.

1. A las personas en el proceso final de su vida que deban ser atendidas en régimen de hospitalización se les procurará facilitar una habitación de uso individual y un espacio íntimo donde compartir sus últimos momentos con las personas de su elección y que en ese instante la acompañen,»

Redacción original que se pretende modificar:

«Artículo 22. Estancia en habitación individual.

~~Los centros e instituciones sanitarias garantizarán a las personas en el proceso final de su vida que requieran ser atendidas en régimen de hospitalización una habitación individual durante su estancia, con el nivel de atención, cuidado e intimidad que requiere su estado de salud.»~~

JUSTIFICACIÓN

Se plantea una redacción similar a la del artículo 13,2, c) de la Ley Vasca 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, por considerar se ajusta mejor a la realidad de los centros sanitarios, en el marco de las posibilidades concretas de cada momento, y que deberá en su caso plasmarse en el reglamento de funcionamiento interno de los centros correspondientes, no en una Ley básica estatal.

ENMIENDA NÚM. 19

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 23

De supresión.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 24

Se propone eliminar el artículo 23 de la Proposición de Ley, relativo a los Comités de Ética Asistencial.

JUSTIFICACIÓN

La existencia y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial es objeto de regulación en otra norma.

ENMIENDA NÚM. 20

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al Título IV

De supresión.

Se propone eliminar el Título IV, sobre infracciones y sanciones, por no ser objeto esta Ley de regulación de las infracciones y sanciones, que se encuentran reguladas en otras normas.

Como consecuencia de la eliminación de este Título IV se eliminan del texto los artículos 24, 25, 26, 27 y 28.

JUSTIFICACIÓN

Se trata de una regulación contenida en otras normas, y la referencia expresa a los derechos enumerados en esta Ley es la referente a los derechos de los pacientes, en el caso de las instituciones sanitarias.

ENMIENDA NÚM. 21

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la disposición adicional primera

De modificación.

Se plantea modificar la redacción de la disposición adicional primera, que quedaría redactada de la siguiente manera:

«Disposición adicional primera. Carácter de legislación básica.

1. La presente Ley tiene la consideración de legislación básica, de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución.

2. Las Comunidades Autónomas adoptarán, en el desempeño de sus competencias, las medidas necesarias para garantizar su aplicación y efectividad.»

Redacción original que se pretende modificar:

«Disposición adicional primera. Carácter de legislación básica.

1. La presente Ley tiene la consideración de legislación básica, de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución.

2. ~~El Estado~~ y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ~~ámbito de sus respectivas~~ competencias, las medidas necesarias para garantizar su aplicación y efectividad.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 25

JUSTIFICACIÓN

Con la aprobación de esta Ley el Estado agota su actuación al contener esta las bases generales de la sanidad en este ámbito específico.

ENMIENDA NÚM. 22

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la disposición adicional cuarta

De modificación.

Se plantea modificar la redacción de la disposición adicional cuarta, que quedaría redactada de la siguiente manera:

«Disposición adicional cuarta. Difusión de la Ley.

Las Comunidades Autónomas habilitarán los mecanismos oportunos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general, así como para promover entre la misma la realización del documento de instrucciones previas.»

Redacción original que se pretende modificar:

«El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad habilitará los mecanismos oportunos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general, así como para promover entre la misma la realización del documento de instrucciones previas.»

JUSTIFICACIÓN

Se trata de una función estrictamente ejecutiva, en absoluto encuadrable por lo tanto en la competencia del Estado para establecer las bases generales de la sanidad, por lo que su aplicación y en consecuencia su difusión corresponderá a las comunidades autónomas. En todo caso, procedería una función a realizar de forma conjunta.

ENMIENDA NÚM. 23

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la disposición final segunda

De supresión.

Supresión de la disposición final segunda, de habilitación «al Gobierno para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean precisas para el desarrollo y ejecución de lo dispuesto en la presente Ley».

JUSTIFICACIÓN

Se plantea la supresión de la disposición final segunda del texto de la proposición de Ley, relativa a la habilitación del Gobierno para el desarrollo reglamentario de esta Ley, toda vez que la elaboración de las disposiciones precisas para el desarrollo y ejecución de esta Ley corresponden a las comunidades autónomas, tal y como expresamente se contempla en la disposición adicional primera.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 26

A la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales

El Grupo Parlamentario Ciudadanos, y al amparo de lo dispuesto en los artículos 194 y siguientes del vigente Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas a la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de septiembre de 2017.—**Miguel Ángel Gutiérrez Vivas**, Portavoz del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

ENMIENDA NÚM. 24

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el primer apartado de la exposición de motivos.

Texto que se propone:

«La muerte es la única certeza que tenemos los seres humanos en esta vida. Morir constituye la última de las etapas de la biografía personal de cada ser humano, y así como es aceptado por todos que el ordenamiento jurídico debe procurar que todas las personas disfruten de una vida digna, también debe asegurar que todas tengan **derecho a que se proteja su dignidad hasta el mismo final de la vida, es decir, incluido el proceso de morir.**

Surge así la necesidad de legislar los derechos y garantías que aseguren la aspiración de morir dignamente con los significados que ello conlleva. Morir pudiendo rechazar los tratamientos que no se desean. Morir según los deseos íntimos previamente expresados en un testamento vital. Morir en la intimidad personal y familiar. Morir, en fin, con el mínimo sufrimiento físico, psíquico y espiritual posible.

Es necesario reconocer que en todas las vidas hay un momento en que lo razonable o útil para ayudar a las personas es mantenerlas confortables y libres de sufrimiento. Llegados a ese punto, deben asumirse no sólo los límites de la medicina, sino también el hecho inevitable de la muerte, lo que conduce a hacer un uso adecuado de los medios disponibles para prolongar la vida. Se debe de diferenciar en estos casos lo que es un razonable esfuerzo terapéutico conducente a alargar la vida de los pacientes en condiciones dignas **de obstinación terapéutica** que solo conduce a la prolongación de un sufrimiento innecesario. En estos procesos la prolongación de la vida no debe considerarse un bien superior al derecho de los pacientes a disponer de sus últimos días de acuerdo a sus creencias y convicciones personales. Tampoco nos es lícito imponer el sufrimiento a quien carece de expectativas de supervivencia.»

Texto que se sustituye:

«La muerte es la única certeza que tenemos los seres humanos en esta vida. Morir constituye la última de las etapas de la biografía personal de cada ser humano, y así como es aceptado por todos que el ordenamiento jurídico debe procurar que todas las personas disfruten de una vida digna, también debe asegurar que todas tengan derecho a una muerte digna.

Surge así la necesidad de legislar los derechos y garantías que aseguren la aspiración de morir dignamente con los significados que ello conlleva. Morir pudiendo rechazar los tratamientos que no se desean. Morir según los deseos íntimos previamente expresados en un testamento vital. Morir en la intimidad personal y familiar. Morir, en fin, con el mínimo sufrimiento físico, psíquico y espiritual posible.

Es necesario reconocer que en todas las vidas hay un momento en que lo razonable o útil para ayudar a las personas es mantenerlas confortables y libres de sufrimiento. Llegados a ese punto, deben asumirse no sólo los límites de la medicina, sino también el hecho inevitable de la muerte, lo que conduce a hacer un uso adecuado de los medios disponibles para prolongar la vida. Se debe de diferenciar en estos casos lo que es un razonable esfuerzo terapéutico conducente a alargar la vida de los pacientes en condiciones dignas del encarnizamiento terapéutico que solo conduce a la

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 27

prolongación de un sufrimiento innecesario. En estos procesos la prolongación de la vida no debe considerarse un bien superior al derecho de los pacientes a disponer de sus últimos días de acuerdo a sus creencias y convicciones personales. Tampoco nos es lícito imponer el sufrimiento a quien carece de expectativas de supervivencia.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 25

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el segundo párrafo del apartado tercero de la exposición de motivos.

Texto que se propone:

«Teniendo en cuenta todo lo anterior, mediante la presente ley se pretende, en primer lugar, dar una respuesta legal a los dilemas a los que se enfrentan las Administraciones y el personal sanitario en el caso de las personas que se encuentran ante el proceso final de su vida. Una situación en la que el respeto a la dignidad del paciente provoca que, la asistencia sanitaria más adecuada para velar por el bienestar de la persona, no siempre se corresponda con aquella que resulte más efectiva a la hora de alargar el tiempo de vida. En tales circunstancias, los cuidados paliativos, dirigidos a mitigar el dolor **y el sufrimiento** de los pacientes, incluso cuando ello pueda acortar o incluso poner en peligro inminente su vida, pueden ser la opción más adecuada y, a la vez, la más humana para garantizar que puedan afrontar el proceso final de su vida de manera digna.»

Texto que se sustituye:

«Teniendo en cuenta todo lo anterior, mediante la presente ley se pretende, en primer lugar, dar una respuesta legal a los dilemas a los que se enfrentan las Administraciones y el personal sanitario en el caso de las personas que se encuentran ante el proceso final de su vida. Una situación en la que el respeto a la dignidad del paciente provoca que, la asistencia sanitaria más adecuada para velar por el bienestar de la persona, no siempre se corresponda con aquella que resulte más efectiva a la hora de alargar el tiempo de vida. En tales circunstancias, los cuidados paliativos, dirigidos a mitigar el dolor de los pacientes, incluso cuando ello pueda acortar o incluso poner en peligro inminente su vida, pueden ser la opción más adecuada y, a la vez, la más humana para garantizar que puedan afrontar el proceso final de su vida de manera digna.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 26

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el artículo 1.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 28

Texto que se propone:

«Artículo 1. Objeto.

La presente ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona ante el proceso final de su vida y los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes que se encuentren en esta situación, **ya sea en un centro sanitario, socio-sanitario o en su domicilio**, así como las garantías para la dignidad de la persona que las instituciones sanitarias **y socio-sanitarias** estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.»

Texto que se sustituye:

«Artículo 1. Objeto.

La presente ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona ante el proceso final de su vida y los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes que se encuentren en esta situación, así como las garantías para la dignidad de la persona que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 27

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el artículo 2.

Texto que se propone:

«Artículo 2. Ámbito de aplicación.

La presente ley será de aplicación a todas las personas que se encuentren ante el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, al personal implicado en su atención sanitaria, así como a los centros, servicios y establecimientos sanitarios **o en un centro socio-sanitario**, tanto públicos como privados, y a las entidades aseguradoras y mutualidades, que presten sus servicios en todo el territorio nacional; todo ello sin perjuicio de la normativa de desarrollo que, en su caso, establezcan las Comunidades Autónomas en el marco de sus propias competencias.»

Texto que se sustituye:

«Artículo 2. Ámbito de aplicación.

La presente ley será de aplicación a todas las personas que se encuentren ante el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, al personal implicado en su atención sanitaria, así como a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, y a las entidades aseguradoras y mutualidades, que presten sus servicios en todo el territorio nacional; todo ello sin perjuicio de la normativa de desarrollo que, en su caso, establezcan las Comunidades Autónomas en el marco de sus propias competencias.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 29

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 28

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el apartado d) del artículo 3.

Texto que se propone:

«d) La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento de los síntomas físicos y problemas emocionales, **así como las necesidades de atención social y espiritual** que surjan en el proceso final de su vida.»

Texto que se sustituye:

«d) La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento de los síntomas físicos y problemas emocionales que surjan en el proceso final de su vida.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 29

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el apartado c) del artículo 4.

Texto que se propone:

«c) Cuidados paliativos: Son el conjunto coordinado de acciones en el ámbito sanitario dirigido al cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos son interdisciplinarios en su enfoque e incluyen al paciente, la familia y su entorno. Cubren las necesidades del paciente con independencia de donde esté siendo cuidado, ya sea en el hospital o en su domicilio y tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final.»

Texto que se sustituye:

«c) Cuidados paliativos: Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y/o psíquicos.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 30

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 30

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el apartado 4 del artículo 5.

Texto que se propone:

«4. En el supuesto de incapacidad o imposibilidad del paciente para comprender la información a causa del estado físico o psíquico, esta será brindada a su representante, o, en su defecto, al cónyuge o pareja de hecho que conviva con el paciente, o a la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o del cuidado de éste, y a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad. **Cuando se deba facilitar información médica a la persona que conviva o esté a cargo de la asistencia o del cuidado del paciente, el nombre de esta persona deberá quedar reflejado en el historial del paciente.** En el supuesto de incapacidad declarada judicialmente, la información se le facilitará a la o al representante legal.»

Texto que se sustituye:

«4. En el supuesto de incapacidad o imposibilidad del paciente para comprender la información a causa del estado físico o psíquico, esta será brindada a su representante, o, en su defecto, al cónyuge o pareja de hecho que conviva con el paciente, o a la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o del cuidado de éste, y a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad. En el supuesto de incapacidad declarada judicialmente, la información se le facilitará a la o al representante legal.»

JUSTIFICACIÓN

El otorgar información médica sensible a un cuidador, formal o informal, voluntario o contratado, puede vulnerar el derecho a la intimidad del paciente, así como otorgar a estas personas representación en la toma de decisiones cuando no les correspondería.

ENMIENDA NÚM. 31

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el artículo 9.

Texto que se propone:

«Artículo 9. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las **personas con la capacidad modificada para dar su consentimiento judicialmente.**

1. Cuando la persona que se halla bajo atención médica esté en situación de incapacidad de hecho, a criterio de su médico responsable, tanto la recepción de la información, como la prestación

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

del consentimiento y, en su caso, la elección del domicilio para recibir cuidados paliativos integrales, a que se refiere el artículo 11.2, se realizarán, sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente conforme a la legislación procesal, en este orden, por:

- a) La persona designada específicamente a tal fin en la declaración de voluntad vital anticipada.
- b) La persona que actúe como representante legal.
- c) El cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad.
- d) Los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad.
- e) En última instancia, quién decidan las autoridades judiciales.

2. En el caso de pacientes **con la capacidad modificada para dar su consentimiento** judicialmente se estará a lo dispuesto en la sentencia judicial de incapacitación, salvo que en ella no exista prohibición o limitación expresa sobre la recepción de información o la prestación del consentimiento informado, situación en la cual el médico responsable valorará la capacidad de hecho de los mismos, en la forma establecida en el artículo 16.

3. La situación de **capacidad modificada judicialmente** no obsta para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado de discernimiento.

4. El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación de **capacidad modificada para dar su consentimiento judicialmente** se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal. Para la interpretación de la voluntad de los pacientes se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad.»

Texto que se sustituye:

«Artículo 9. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas incapacitadas.

1. Cuando la persona que se halla bajo atención médica esté en situación de incapacidad de hecho, a criterio de su médico responsable, tanto la recepción de la información, como la prestación del consentimiento y, en su caso, la elección del domicilio para recibir cuidados paliativos integrales, a que se refiere el artículo 11.2, se realizarán, sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente conforme a la legislación procesal, en este orden, por:

- a) La persona designada específicamente a tal fin en la declaración de voluntad vital anticipada.
- b) La persona que actúe como representante legal.
- c) El cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad.
- d) Los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad.
- e) En última instancia, quién decidan las autoridades judiciales.

2. En el caso de pacientes incapacitados judicialmente se estará a lo dispuesto en la sentencia judicial de incapacitación, salvo que en ella no exista prohibición o limitación expresa sobre la recepción de información o la prestación del consentimiento informado, situación en la cual el médico responsable valorará la capacidad de hecho de los mismos, en la forma establecida en el artículo 16.

3. La situación de incapacidad no obsta para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado de discernimiento.

4. El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación de incapacidad se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal. Para la interpretación de la voluntad de los pacientes se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 32

ENMIENDA NÚM. 32

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el apartado 1 del artículo 11.

Texto que se propone:

«1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a una atención integral que prevenga y alivie el dolor y sus manifestaciones, incluida la sedación paliativa si el dolor, o cualquier otro síntoma que produzca molestias severas, son refractarios al tratamiento específico, aunque ello implique un acortamiento de su vida.

A efectos de garantizar el cumplimiento del precepto anterior, todos los centros hospitalarios y sociosanitarios, públicos o privados, deberán disponer de medios para prestar cuidados paliativos integrales y de calidad a los pacientes que así lo soliciten, inclusive los menores de edad. **Este derecho incluye a las personas atendidas por los centros de atención primaria según lo recogido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.»**

Texto que se sustituye:

«1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a una atención integral que prevenga y alivie el dolor y sus manifestaciones, incluida la sedación paliativa si el dolor, o cualquier otro síntoma que produzca molestias severas, son refractarios al tratamiento específico, aunque ello implique un acortamiento de su vida.

A efectos de garantizar el cumplimiento del precepto anterior, todos los centros hospitalarios y sociosanitarios, públicos o privados, deberán disponer de medios para prestar cuidados paliativos integrales y de calidad a los pacientes que así lo soliciten, inclusive los menores de edad.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 33

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el apartado 1 del artículo 12.

Texto que se propone:

«Artículo 12. Derecho al acompañamiento.

1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida requieran permanecer ingresados en un centro sanitario tienen derecho a que se les permita el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social **y/o por voluntarios de organizaciones sociales**, en los centros e instituciones sanitarias.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 33

Texto que se sustituye:

«Artículo 12. Derecho al acompañamiento.

1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida requieran permanecer ingresados en un centro sanitario tienen derecho a que se les permita el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social en los centros e instituciones sanitarias.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 34

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se añade un nuevo apartado 3 al artículo 19.

Texto que se propone:

«3. Los centros y las instituciones sanitarias promoverán la participación del voluntariado, adscrito a organizaciones sociales sin ánimo de lucro, en el acompañamiento del paciente, sus familiares o personas cercanas que cuidan de la persona enferma, en el proceso de morir. El acompañamiento por voluntarios solo se realizará si el paciente o sus representantes dan su consentimiento y podrá darse en los centros sanitarios, socio sanitarios y/o en el domicilio del paciente.»

Texto que se sustituye:

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 35

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica el artículo 21.

Texto que se propone:

«Artículo 21. Asesoramiento en cuidados paliativos.

Se garantizará a los pacientes ante el proceso final de su vida información sobre su estado de salud y sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirán durante su proceso, de acuerdo con sus necesidades y preferencias. **Los centros sanitarios y socio-sanitarios garantizarán la necesaria coordinación en la información y asesoramiento en cuidados paliativos entre los diferentes equipos de profesionales.»**

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 34

Texto que se sustituye:

«Artículo 21. Asesoramiento en cuidados paliativos.

Se garantizará a los pacientes ante el proceso final de su vida información sobre su estado de salud y sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirán durante su proceso, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 36

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

De modificación.

Se modifica la disposición adicional tercera.

Texto que se propone:

«Disposición adicional tercera. Evaluación de la ley.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con las Comunidades Autónomas, elaborará un informe con carácter anual que permita evaluar la aplicación y efectos de la presente ley. Para ello el Ministerio de Sanidad desarrollará reglamentariamente una lista de indicadores que habrán de registrarse **y trasladarse al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, obligatoriamente, en todos los centros **sanitarios y socio-sanitarios.**»

Texto que se sustituye:

«Disposición adicional tercera. Evaluación de la ley.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con las Comunidades Autónomas, elaborará un informe con carácter anual que permita evaluar la aplicación y efectos de la presente ley. Para ello el Ministerio de Sanidad desarrollará reglamentariamente una lista de indicadores que habrán de registrarse obligatoriamente en todos los centros.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

A la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales

El Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana, a instancia del Diputado Joan Olòriz Serra, al amparo de lo establecido en el artículo 110 del Reglamento del Congreso de los Diputados, presenta las siguientes enmiendas al articulado al Proyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de septiembre de 2017.—**Joan Olòriz Serra**, Diputado.—**Joan Tardà i Coma**, Portavoz del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 35

ENMIENDA NÚM. 37

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario
de Esquerra Republicana**

Al artículo 2

De modificación.

Se modifica el redactado del artículo 2 quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 2. Ámbito de aplicación.

La presente ley será de aplicación a todas las personas que se encuentren ante el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, al personal implicado en su atención sanitaria, así como a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, y a las entidades aseguradoras y mutualidades; que presten servicios en aquellas Comunidades Autónomas que no hayan establecido, en el marco de sus propias competencias, normativa sobre la materia objeto de esta ley.

La normativa aprobada por las Comunidades Autónomas será de aplicación preferente a la presente Ley que no tiene carácter básico.»

JUSTIFICACIÓN

La Generalitat de Catalunya, del mismo modo que otras Comunidades Autónomas, tiene competencias exclusivas en la materia objeto de regulación por la presente ley. Por ello, debe prevalecer siempre y en cualquier caso la normativa aprobada por la Generalitat.

ENMIENDA NÚM. 38

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario
de Esquerra Republicana**

Nueva disposición final

De adición.

Se adiciona una nueva disposición final con el siguiente redactado:

«Disposición final X. Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Se suprime el número 6 del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica con de modificación de 28 de julio de 2015, y el número 7 del mismo artículo pasa a ser el 6 que dice:

“9.6 La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos de manera que resulten

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 36

accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.”»

JUSTIFICACIÓN

La introducción de esta disposición final se hace imprescindible a tenor del objeto de esta Proposición de Ley y de la involución de los derechos de la ciudadanía enferma con poca capacidad de decisión que representó la última reforma de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El actual redactado del punto 6 del artículo 9 induce a una grave confusión en añadir los términos «vida» y «salud». Porque si «vida» se interpreta solamente como vida biológica, y «salud» como lucha contra la enfermedad a cualquier precio, la actual redacción resulta inaceptable ya que hay ocasiones en que la lucha por la salud ya no tiene posibilidad de éxito y la vida alargada artificialmente ya no es deseable. Es evidente que en estos casos el profesional debe poder adaptarse y evitar así una mala praxis de un empecinamiento absurdo y esta decisión la tendrá que tomar con el sustituto del enfermo si éste no puede hacerlo. Y la redacción actual perjudica peligrosamente cuando incita a la judicialización de las decisiones clínicas precisamente cuando estas adecuen sus actuaciones a esta situación.

ENMIENDA NÚM. 39

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario
de Esquerra Republicana**

Nueva disposición final

De adición.

Se adiciona una nueva disposición final con el siguiente redactado:

«Disposición final X. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Se modifica el número 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que queda redactado de la siguiente manera:

“4. No obstante lo previsto en los párrafos anteriores, estará exento de responsabilidad penal, quien, por petición expresa, libre e inequívoca, de una persona que sufriera una enfermedad grave que condujera necesariamente a su muerte o de patología incurable que provocará sufrimiento físico y/o psíquico grave y que estos se prevén permanentes, causase o cooperase con actos necesarios a la muerte, segura, pacífica y sin dolor de este persona, en el marco de la Ley establecida.”»

JUSTIFICACIÓN

La recomendación de la modificación de este artículo del Código Penal ya esté en el «Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi», elaborado, a petición del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, por el Comité de Bioética de Catalunya el año 2006.

Cuando se dan situaciones de sufrimiento insoportable y la persona, en plena posesión de sus facultados para decidir, expresa su deseo de morir y solicita ayuda para hacerlo, tiene el derecho a recibir un trato respetuoso y que se le dé una respuesta proporcionada a la intensidad de este sufrimiento. Igualmente, la persona tiene derecho a que los profesionales sanitarios le faciliten las curas y los tratamientos necesarios para facilitarle una muerte digna y sin sufrimiento. El artículo 143.4 del Código Penal es el que impide que se facilite una muerte digna y sin sufrimiento a la persona, que en situación de

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 37

sufrimiento insoportable, en plena posesión de sus facultades para decidir, expresa su deseo de morir y solicita ayuda para hacerlo.

Actualmente el suicidio asistido ya está reconocido legalmente en los Estados de Oregón, Washington, Vermont, Montana y California, de Estados Unidos de América. Suiza, Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo en la Unión Europea. Así como Quebec y posteriormente Canadá.

A la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales

El Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, al amparo de lo establecido en los artículos 110 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados presenta las siguientes enmiendas al articulado de la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de la vida.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de septiembre de 2017.—**Marta Sibina Camps, Eva García Sempere, Ángela Rodríguez Martínez y Amparo Botejara Sanz**, Diputadas.—**Alberto Garzón Espinosa**, Portavoz del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

ENMIENDA NÚM. 40

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Confederal de Unidos
Podemos-En Comú Podem-En Marea**

De sustitución.

Se sustituye el texto actual quedando redactado como sigue:

«Artículo 1. Objeto.

La presente ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona ante el proceso final de su vida y los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes que se encuentran en esta situación, así como las garantías para la dignidad de la persona que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso. Así mismo, esta ley velará por garantizar los cuidados paliativos a toda la población que los necesite así como regulará la solicitud de ayuda médica para acabar con su vida en los supuestos aquí especificados, los deberes del personal sanitario al respecto y las garantías que las instituciones sanitarias han de ofrecer para todo ello. A efectos de esta ley lo referido a la eutanasia resultará de aplicación al suicidio médicamente asistido.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 41

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Confederal de Unidos
Podemos-En Comú Podem-En Marea**

De adición.

Se incorpora un nuevo apartado entre los actuales d) y e) al artículo 3.

«d bis) El desarrollo completo de los principios de autonomía, solidaridad, beneficencia y no maleficencia como marco de ejecución de decisiones acerca de cómo afrontar los últimos momentos

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 38

de la vida, incluyendo la solicitud de ayuda médica para poner fin a su vida en los supuestos aquí estipulados.»

JUSTIFICACIÓN

Plasmar en los principios de la ley lo correspondiente al resto de enmiendas realizadas.

ENMIENDA NÚM. 42

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Confederal de Unidos
Podemos-En Comú Podem-En Marea**

De adición.

Se añaden los siguientes apartados al final del artículo 4.

«t) Eutanasia: hace referencia a las acciones realizadas por un médico, apoyado por un equipo de profesionales sanitarios, para causar la muerte de manera rápida, eficaz e indolora a una persona con enfermedad grave que conduce necesariamente a su muerte, o que padece sufrimientos físicos que considera intolerables. El solicitante formula su petición de manera libre, expresa, reiterada e informada.

u) Objeción de conciencia: es el derecho individual a no atender aquellas demandas de actuación que resultan incompatibles con las propias convicciones morales.

v) Médico consultor: se tratará de un médico con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo servicio que el médico responsable.»

JUSTIFICACIÓN

Inclusión de las definiciones que complementan el resto de enmiendas presentadas por nuestro grupo parlamentario.

ENMIENDA NÚM. 43

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Confederal de Unidos
Podemos-En Comú Podem-En Marea**

De adición.

Se incorporan los siguientes apartados al final del artículo 18, quedando redactados como sigue:

«3. Los centros sanitarios de ámbito hospitalario de la red pública deberán tener la dotación material y humana necesaria para el correcto ejercicio de los derechos consignados en esta ley por parte de las personas que se encuentran en el proceso final de su vida.

4. Los cuidados paliativos recibidos en el domicilio deberán estar garantizados todos los días del año, incluido festivos, así como durante las 24 horas.

5. Los pacientes que se encuentren en el proceso final de su vida y precisen ingreso en un centro sanitario para paliar los síntomas derivados de este proceso deberán ser atendidos en una habitación de uso individual durante su estancia.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 39

JUSTIFICACIÓN

Necesidad de garantizar adecuadamente la provisión de las prestaciones derivadas de los derechos reflejados en esta ley.

ENMIENDA NÚM. 44

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Confederal de Unidos
Podemos-En Comú Podem-En Marea**

De adición.

Se incorpora un nuevo artículo entre los actuales 23 y 24.

Texto que se propone:

«Artículo 23 bis. Evaluación del acceso y la calidad de la prestación de los cuidados paliativos.

1. Se incluirán indicadores de evaluación del acceso a los cuidados paliativos, así como de los recursos dedicados a ellos, el uso hecho de ellos por parte de la población y la calidad de su prestación, dentro de los indicadores incluidos en los “Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud”, dependientes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.»

JUSTIFICACIÓN

Se necesita la incorporación de indicadores accesibles sobre cobertura y efectividad de los cuidados paliativos para que esta ley pueda ser monitorizada de forma más efectiva.

ENMIENDA NÚM. 45

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Confederal de Unidos
Podemos-En Comú Podem-En Marea**

De adición.

Se añade a continuación del título III con el siguiente redactado:

«TÍTULO III bis

Del derecho a la eutanasia y el suicidio médicamente asistido

Artículo 24. Derecho a la solicitud de eutanasia.

Una persona podrá solicitar que le sea practicada la eutanasia siempre que cumpla los siguientes requisitos:

1. Ser mayor de 18 años, capaz y consciente en el momento de la petición, o menor emancipado legalmente.

2. La petición se formulará de manera voluntaria, por escrito, repitiéndose de manera general en al menos dos ocasiones con una separación de 15 días, y no siendo el resultado de una presión externa. Si el médico responsable considera que la muerte de la persona o la pérdida de su capacidad para prestar consentimiento informado son inminentes, se aceptará cualquier periodo menor a 15 días que el médico responsable considere en las circunstancias específicas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

3. La persona ha de encontrarse en la fase terminal de una enfermedad o padecer sufrimientos físicos que considere intolerables.

4. La persona deberá haber recibido información de todas las alternativas de tratamiento existentes, así como de los recursos disponibles en el ámbito socio-sanitario. De todo ello debe quedar constancia en la historia clínica. El derecho a la información se regulará de acuerdo a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

5. En el caso de tratarse de una persona sin capacidad de discernimiento, pero que hubiera realizado con anterioridad un documento de instrucciones previas, de acuerdo con lo recogido en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, se podrá llevar a cabo la eutanasia siempre que cumpla los requisitos clínicos recogidos en la presente ley.

Artículo 25. Requisitos de la solicitud de eutanasia y designación de la causa de la muerte.

1. La demanda de eutanasia deberá hacerse por escrito, repitiéndose de manera general en al menos dos ocasiones con una separación de 15 días.

2. El documento deberá estar escrito, fechado y firmado por la persona demandante de la eutanasia. En caso de no encontrarse en situación de poder escribir el documento, pero sí con capacidad de discernimiento, este deberá ser escrito por una persona mayor de edad de su elección. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la eutanasia no se encuentra en condiciones de escribir el documento e indicar las razones.

3. El documento deberá firmarse en presencia del médico responsable y deberá quedar archivado en la historia clínica del paciente.

4. La persona demandante de eutanasia puede revocar su solicitud en cualquier momento, reflejando su decisión en la historia clínica.

Artículo 26. Sobre la causa de muerte.

La muerte producida por eutanasia se considerará equivalente a una muerte natural a todos los efectos, incluidos los relativos a los seguros de vida.

Artículo 27. Obligaciones de los profesionales sanitarios en relación a la eutanasia.

En el caso de una solicitud de eutanasia el médico responsable, previa consulta al resto del equipo de profesionales sanitarios que participen en la misma, en especial a los profesionales de enfermería, deberá garantizar en todo caso las siguientes acciones:

1. Informar de su estado de salud y de su pronóstico en términos de calidad y esperanza de vida a quien solicita la eutanasia, así como de las posibilidades terapéuticas y los resultados esperables, incluyendo los cuidados paliativos.

2. Asegurarse de que se trata de una petición completamente voluntaria.

3. Si la persona solicitante de eutanasia así lo desea, informar de la petición a los familiares o allegados que señale.

4. Constatar que el solicitante padece una enfermedad terminal o un sufrimiento físico que él considera intolerable, así como la reiteración de su voluntad a la hora de solicitar la asistencia médica. Esta reiteración se ha de constatar en las diferentes solicitudes del paciente.

5. Comunicar al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los profesionales de enfermería, la petición de eutanasia y el estado del proceso deliberativo.

6. Dirigirse a un médico consultor, sin intereses en el caso, quien deberá confirmar el cumplimiento de las condiciones señaladas en el apartado anterior. Este médico consultor, competente en el ámbito de las patologías padecidas por el paciente, deberá realizar las mismas comprobaciones realizadas por el médico responsable y detalladas en los epígrafes 2, 3 y 4 del artículo 25 de la presente ley. Asimismo, deberá redactar un informe del que se dará cuenta a la persona demandante de eutanasia y que pasará a formar parte de su historia clínica.

7. Una vez finalizado el proceso de solicitud y habiendo cumplido los requisitos especificados en el artículo 24 de la presente ley, el médico responsable deberá garantizar el acceso a la prestación derivada de la aprobación de la presente ley en los plazos que la persona solicitante considere.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

8. Registrar en la historia clínica de la persona demandante de eutanasia la realización de los aspectos reseñados anteriormente, así como el consentimiento informado por parte de dicha persona.

Artículo 28. Comunicación a la Comisión de Evaluación de las solicitudes de eutanasia.

Una vez realizada la eutanasia, y en el plazo máximo de 4 días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Evaluación correspondiente dos documentos separados e identificados con un número de registro.

1. El primer documento, referido como “documento 1” a partir de ahora, deberá recoger los siguientes datos:

- a) Nombre completo y domicilio del solicitante de eutanasia.
- b) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.
- c) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional de los médicos consultados sobre la aplicación de la eutanasia.
- d) Nombre completo, dirección y capacidad de todas las personas consultadas por el médico responsable, y fechas de dichas consultas.
- e) Si el solicitante disponía de un documento de voluntades anticipadas y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo.

2. El segundo documento, referido como “documento 2” a partir de ahora, deberá recoger los siguientes datos:

- a) Sexo, fecha y lugar de nacimiento del solicitante de eutanasia.
- b) Fecha y lugar de la muerte.
- c) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona que solicitó la eutanasia.
- d) Tiempo de relación clínica del médico responsable con el solicitante.
- e) Diagnóstico fundamental y descripción de la enfermedad grave en fase terminal o del padecimiento constante e insoportable.
- f) Motivo por el que el sufrimiento ha sido considerado como intolerable.
- g) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.
- h) Si se podía esperar la muerte próximamente y si existía alguna voluntad anticipada.
- i) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para la eutanasia.
- j) Capacitación de los médicos consultados y fechas de las consultas.

Artículo 29. Notificación de solicitudes de eutanasia que sean denegadas.

Al denegar una eutanasia, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Evaluación en el plazo de 4 días hábiles después de recibida la solicitud:

1. Los mismos documentos especificados en el artículo 28, adaptando el documento 2 de modo que incluya el sexo del paciente, los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.

2. En caso de objeción de conciencia, además de seguir lo indicado en el artículo 30.3 de la presente ley, deberá especificar el nombre completo y lugar de trabajo de los profesionales a los que la persona solicitante de eutanasia fue remitida para que pudiera ejercer su derecho a la eutanasia.

Artículo 30. Medidas para garantizar la prestación por parte de los servicios de salud.

1. Los componentes básicos de la prestación derivada de la aprobación de la presente ley deberán ser establecidos con el consenso del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Salud, con el fin de garantizar la igualdad en el acceso en los diferentes lugares del territorio del estado.

2. Los servicios autonómicos de salud deberán tener elaborado un plan que especifique la manera de prestar y garantizar el acceso al derecho derivado de la aprobación de esta ley en un plazo no superior a 3 meses después de su aprobación.

3. El personal de medicina y enfermería directamente implicado en la prestación de la eutanasia podrá ejercer la objeción de conciencia, atendiendo a lo siguiente:

a) Las instituciones públicas habrán de garantizar que esto no resulte en la limitación del acceso de la persona al ejercicio del derecho a recibirla.

b) El rechazo o la negativa a participar en la realización de la eutanasia será en todo caso una decisión individual del personal de medicina y enfermería directamente implicado.

c) El profesional sanitario que decidiera ejercer la objeción de conciencia deberá comunicárselo a la persona que solicite la eutanasia en el mismo momento de la solicitud y manifestarlo por escrito a la dirección de la institución sanitaria responsable, así como comunicarlo en el momento de la solicitud a la persona solicitante.

d) En la situación de que el personal médico o de enfermería ejerciera la objeción de conciencia resultando en un impedimento efectivo al ejercicio del derecho a la eutanasia, la Comisión de Evaluación de la presente ley deberá subsanar dicha traba y facilitar el acceso de la persona demandante de la eutanasia a un equipo de profesionales sanitarios no objetores.

Artículo 31. Evaluación y seguimiento de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

1. Se creará una Comisión de Evaluación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en cada una de las Comunidades Autónomas del Estado español, así como una más para las dos ciudades autónomas. En adelante se hará referencia a ella como "la comisión". La creación de estas comisiones de evaluación dependerá de los servicios regionales de salud y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), según corresponda. Asimismo, se creará una Comisión Estatal de Seguimiento, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2. La comisión establecerá su reglamento de orden interno y estará constituida por 7 personas, escogidas por cada Parlamento Autonómico atendiendo a criterios de paridad de género, cumpliendo los siguientes criterios:

a) 2 de ellas deberán poseer la licenciatura o el grado en medicina o medicina y cirugía. De ellas, al menos 1 deberá ejercer la docencia o la investigación en instituciones públicas.

b) 3 de ellas deberán ser licenciadas en Derecho, incluyendo a la persona que presida la comisión.

c) 1 profesional sanitario (de medicina o enfermería) que desarrolle su trabajo en el ámbito de las personas con enfermedades o padecimientos incurables.

d) 1 persona procedente de organizaciones de la sociedad civil implicadas en la atención de personas con enfermedades o padecimientos incurables.

3. Cada comisión deberá constituirse en las 4 semanas posteriores a la entrada en vigor de esta ley y renovarse cada cuatro años. La renovación podrá llevarse a cabo en dos fases, afectando a la mitad de la comisión en cada una de ellas.

4. La comisión recibirá el documento 1 y el documento 2. Los incluirá en un archivo que cumpla con la legislación vigente en materia de protección de datos.

Artículo 32. Funciones de la Comisión.

1. La Comisión comprobará si la ciudadanía puede ejercer los derechos derivados de la presente ley en la Comunidad Autónoma que le corresponde.

2. Detectará posibles problemas en la puesta en funcionamiento de la ley, proponiendo mejoras concretas si fuera necesario.

3. Resolverá dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la presente ley, sirviendo de órgano consultivo para los servicios de salud en este ámbito.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 43

4. Cualquier requerimiento de verificación de buena praxis deberá remitirse a la comisión desde la institución sanitaria responsable y habrá de mantener el anonimato de quien accedió a la eutanasia. La comisión deberá:

a) Verificar, a partir de los datos recogidos en el documento 2, si la eutanasia se efectuó según las condiciones y los procedimientos previstos por la presente ley.

b) En caso de duda, la comisión puede decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento 1. La comisión puede solicitar al médico responsable la información recogida en la historia clínica que tenga relación con la eutanasia practicada.

c) La comisión deberá pronunciarse sobre el cumplimiento de los requisitos legales en el caso requerido en un plazo máximo de 2 meses. El carácter de la Comisión será meramente administrativo, no influyendo sus plazos y acciones en las que eventualmente pudiera tomar cualquier instancia judicial por otra vía.

d) En el caso de que dos tercios o más de los miembros de la comisión consideren que no se han cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en esta ley, deberá comunicarlo a la Fiscalía para que proceda, en su caso, a la apertura de una investigación.

e) Si tras el levantamiento del anonimato la imparcialidad de algún miembro de la comisión se considera afectada, este podrá retirarse voluntariamente o ser recusado.

5. En caso de objeción de conciencia, la comisión deberá:

a) Comprobar que la persona demandante de eutanasia ha sido derivada a un equipo de profesionales que no realicen objeción de conciencia.

b) En caso de que no haya sucedido lo señalado en el apartado anterior, la comisión deberá asegurar que el solicitante puede acceder al procedimiento de la eutanasia a partir de un equipo de profesionales sanitarios que no realicen objeción de conciencia.

6. En los casos de las negativas a la solicitud de eutanasia por el médico responsable que no sean producto de la objeción de conciencia, el solicitante podrá recurrir ante quien presida la comisión, que deberá pronunciarse en un máximo de 15 días naturales.

7. La comisión elaborará un Informe anual de evaluación, que será público y deberá presentarse a la Consejería de Salud competente, a partir del cual:

a) Ilustrará sobre el desarrollo de la ley, aportando información estadística y cualitativa a partir de las notificaciones recogidas en los documentos custodiados, así como análisis rigurosos y una valoración final al respecto.

b) Elaborará un manual de buenas prácticas que sirva para orientar en la correcta puesta en práctica de la presente ley.

8. Las Consejerías de Salud deberán remitir estos informes a la Comisión Estatal de Seguimiento, quien deberá publicar anualmente un Informe estatal de seguimiento y evaluación de la presente ley.»

JUSTIFICACIÓN

Habilitación normativa del derecho de las personas a solicitar ayuda médica para terminar con su propia vida en las circunstancias detalladas en el articulado de la ley.

ENMIENDA NÚM. 46

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Confederal de Unidos
Podemos-En Comú Podem-En Marea**

A la disposición derogatoria única

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 44

Se modifica el actual texto de la disposición derogatoria única, quedando redactada como sigue:

«Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango contravengan las contenidas en la presente ley.

Asimismo queda derogado el apartado 6 del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.»

JUSTIFICACIÓN

Recuperación de los derechos presentes en la Ley 41/2002 antes de su cambio de redacción en la última legislatura.

ENMIENDA NÚM. 47

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Confederal de Unidos
Podemos-En Comú Podem-En Marea**

De adición.

Se incorpora una nueva disposición final entre las actuales primera y segunda, con el siguiente redactado:

«Disposición final primera bis. Modificación del Código Penal.

El artículo 143.4 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, se modifica para quedar redactado de la siguiente manera:

“No será punible la conducta de aquél que con actos necesarios y directos coopere en o cause la muerte a otro cuando este lo haya solicitado de manera expresa, inequívoca y reiterada con arreglo a lo que establezca la legislación específica. La persona solicitante habrá de ser una persona con una enfermedad grave que conduzca necesariamente a su muerte o que padezca sufrimientos físicos que ella considere insoportables.”»

JUSTIFICACIÓN

Modificación del Código Penal para despenalizar la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

A la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales

El Grupo Parlamentario Mixto, a instancias de don Carles Campuzano i Canadés, Diputado del Partit Demòcrata (PDeCAT), y al amparo de lo previsto en el artículo 126 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas a la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de septiembre de 2017.—**Carles Campuzano i Canadés**, Portavoz Adjunto del Grupo Parlamentario Mixto.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 45

ENMIENDA NÚM. 48

FIRMANTE:

Carles Campuzano i Canadés
(Grupo Parlamentario Mixto)

A los efectos de modificar el artículo 2 de la referida Ley.

Redacción que se propone:

«Artículo 2. Ámbito de aplicación.

La presente ley será de aplicación a todas las personas que se encuentren ante el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, al personal implicado en su atención sanitaria, así como a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, y a las entidades aseguradoras y mutualidades, que presten sus servicios en todo el territorio nacional; todo ello sin perjuicio de la normativa ~~de desarrollo~~ que, en su caso, establezcan las Comunidades Autónomas en el marco de sus propias competencias.»

JUSTIFICACIÓN

Diversas Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias, han regulado ya esta materia. Con carácter general se cuestiona la necesidad y oportunidad de la norma por este motivo y en base a que parte de la regulación de los derechos reconocidos en el texto ya están contenidos en normas estatales vigentes como la Ley General de Sanidad y 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.

ENMIENDA NÚM. 49

FIRMANTE:

Carles Campuzano i Canadés
(Grupo Parlamentario Mixto)

A los efectos de suprimir el apartado 4 del artículo 15 de la referida Ley.

JUSTIFICACIÓN

Se considera que el apartado es innecesario por obvio y que su existencia genera desconfianza y confusión entre los profesionales.

ENMIENDA NÚM. 50

FIRMANTE:

Carles Campuzano i Canadés
(Grupo Parlamentario Mixto)

A los efectos de modificar el apartado 1 del artículo 16 de la referida Ley.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 46

Redacción que se propone:

«Artículo 16. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.

1. El médico responsable es quien debe valorar si la persona que se halla bajo atención médica pudiera encontrarse en una situación de incapacidad de hecho que le impidiera decidir por sí misma. Tal valoración deberá llevarla a cabo aplicando los criterios clínicos que correspondan según la situación que presente el paciente y debe hacerla constar adecuadamente, en la historia clínica.

2. Para la valoración de estos criterios se podrá contar con la opinión de otros profesionales implicados [...] (resto igual).»

JUSTIFICACIÓN

El texto propuesto incluye una casuística de factores para evaluar la capacidad de las personas que se considera innecesaria dado que la valoración de dicha capacidad puede hacerse siguiendo diversos criterios y la enumeración de algunos de ellos relega a un segundo plano otros que son igualmente válidos.

La ley no es el espacio adecuado para recoger criterios clínicos, ni de evaluación de la capacidad y competencia de los pacientes, ni de ningún otro tipo. Los profesionales tienen el deber de hacer esta evaluación siguiendo la *lex artis* con unos conocimientos actualizados y una aplicación responsable.

Por estos motivos, se propone un texto alternativo que elimina la enumeración de criterios.

ENMIENDA NÚM. 51

FIRMANTE:

Carles Campuzano i Canadés
(Grupo Parlamentario Mixto)

A los efectos de modificar el artículo 17 de la referida Ley.

Redacción que se propone:

«Artículo 17. Deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico.

1. El médico responsable, antes de proponer cualquier intervención clínica a una persona en el proceso final de su vida, se deberá asegurar que aquella responde a la *lex artis*, en la medida que está clínicamente indicada mediante un enjuiciamiento clínico que se base en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado, gravedad y pronóstico del paciente.

2. Conforme a lo previsto en el apartado anterior, el personal sanitario evitará la instauración o mantenimiento de intervenciones diagnósticas, terapéuticas o de cualquier otro tipo, incluida la medida de soporte vital, cuando la persona enferma o su representante no las acepte o cuando él mismo las considere carentes de utilidad clínica en consideración a la cantidad y calidad de vida futuras del paciente, y siempre sin menoscabo de aquellas actuaciones sanitarias que garanticen su debido cuidado y bienestar.

3. De todas las actuaciones mencionadas en los párrafos anteriores, incluidas las identidades de los profesionales consultados, su opinión así como del proceso de información a la persona enferma o su representante, deberá quedar constancia en la historia clínica.»

JUSTIFICACIÓN

Una decisión habitual en el proceso del final de la vida es la de no continuar con medidas hasta entonces oportunas cuando éstas han dejado de ser convenientes y se convierten en fútiles. Las decisiones

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 47

clínicas exigen dos condiciones: primero, que la intervención esté indicada y, segundo, que cuente con la aceptación del paciente o representante. Cuando falla el primero, la medida no puede ni proponerse ni aceptarse. Cuando falla el segundo, por mucho que haya del primero, la medida tampoco puede instaurarse ni mantenerse. Con esto ya es suficiente, por lo que la necesidad de una segunda opinión en todos los casos de adecuación podría resultar inviable y contraproducente.

ENMIENDA NÚM. 52

FIRMANTE:

Carles Campuzano i Canadés
(Grupo Parlamentario Mixto)

A los efectos de modificar la disposición adicional primera de la referida Ley.

Redacción que se propone:

«Disposición adicional primera. Carácter de legislación supletoria.

1. Las Comunidades Autónomas se regirán por su normativa específica y supletoriamente por la presente Ley, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo 3.º del artículo 149 de la Constitución.

2. El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para garantizar su aplicación y efectividad.»

JUSTIFICACIÓN

Preservar la competencia de las Comunidades Autónomas en la materia y los marcos normativos que éstas pueden haber desarrollada previendo que la regulación estatal se aplique en el caso que éstas no hayan legislado y existan lagunas jurídicas. Por otro lado, el carácter básico de la norma debería limitarse a la regulación esencial mínima necesaria y común para la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida, ya establecida ésta en otras normas estatales vigentes.

ENMIENDA NÚM. 53

FIRMANTE:

Carles Campuzano i Canadés
(Grupo Parlamentario Mixto)

A los efectos de adicionar un nuevo apartado a la disposición final primera de la referida Ley.

Redacción que se propone:

«Disposición final primera. Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Uno. Se suprime el apartado 6 del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, pasando el actual apartado 7 a ser el 6.

6. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.

Dos. Se modifica el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que queda redactado como sigue:

“Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por medio de las instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, ... (resto igual).”»

JUSTIFICACIÓN

El 28 de julio de 2015, la mayoría parlamentaria del Partido Popular aprovechó la modificación de la Ley de protección a la infancia y la adolescencia para alterar sustancialmente el contenido de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La citada reforma de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente, inducida por una disposición de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, representa un grave peligro de involución con respecto a los derechos de los ciudadanos enfermos y a la buena práctica profesional. Concretamente, introdujo una confusión inquietante, al añadir, en el caso del consentimiento por sustitución (en el número 6 del artículo 9 de la 41/2002), la cuestión siguiente:

«9.6 En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos Intereses deberían ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razón de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptado las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.»

La frase «La decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud del paciente» induce a una grave confusión al añadir «vida» y «salud», ya que depende de cómo éstas se interpreten.

Si «vida» se interpreta como vida biológica, y «salud» como lucha contra la enfermedad a cualquier precio, la redacción es inaceptable, ya que hay momentos en los que la lucha por la salud ya no tiene posibilidad de éxito y la vida alargada artificialmente ya no es deseable. Y contradiciendo por cierto el espíritu del resto de la ley, añade a continuación la posibilidad de judicialización en caso de decisiones no compartidas y recomienda la defensa de los profesionales que no respeten el límite que marcaba el representante del enfermo al considerarse: «amparados por causas de justificación del cumplimiento de un deber y de un estado de necesidad».

Se trata de una modificación que destruye en gran parte un derecho al respeto que se merecen nuestros enfermos al final de su vida cuando dejan en manos de su representante la sustitución de su voluntad y de la defensa de su dignidad y por ellos proponemos que se suprima.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 49

A la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, me dirijo a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 110 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar las siguientes enmiendas al articulado a la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de septiembre de 2017.—**Rafael Simancas Simancas**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

ENMIENDA NÚM. 54

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

A la exposición de motivos, apartado I

De supresión.

Se propone la supresión, en el párrafo tercero del apartado I de la exposición de motivos, del siguiente inciso:

«[...] conducente a alargar la vida de los pacientes en condiciones dignas [...]»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 55

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

A la exposición de motivos, apartado III

De modificación.

Se propone la modificación del párrafo tercero del apartado III de la exposición de motivos, que tendrá la siguiente redacción:

«Igualmente, la presente ley tiene por objeto regular, de manera expresa y concisa, los derechos de las personas que se encuentran ante el proceso final de su vida, así como los deberes del personal sanitario y las garantías que han de proporcionar las Administraciones competentes y los centros e instituciones sanitarias y sociales para hacer efectivos tales derechos, todo ello en consonancia con lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.»

MOTIVACIÓN

En coherencia con enmiendas posteriores.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 50

ENMIENDA NÚM. 56

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

A la exposición de motivos, apartado IV

De modificación.

Se propone la modificación del párrafo sexto del apartado IV de la exposición de motivos, que tendrá la siguiente redacción:

«Los preceptos contenidos en los títulos II y III determinan el marco de actuación de los profesionales sanitarios y las obligaciones de las administraciones, así como los centros sanitarios y sociales concernidos, al objeto de dar satisfacción a los derechos recogidos en el título I, todos ellos relacionados con el derecho del paciente a que se respete su voluntad, que se configura como mandato fundamental del personal sanitario y, en consecuencia, como clave de su seguridad jurídica y de su régimen de responsabilidad. A tal efecto, se prevén las garantías necesarias para que esa voluntad se configure de modo plenamente informado y para que los profesionales puedan acceder a la misma, así como el deber de limitar el esfuerzo terapéutico a la situación del paciente, evitando la obstinación terapéutica y dando plena cobertura a la disminución proporcional de ese esfuerzo en razón del bienestar del paciente, siempre con las garantías de decisión compartida por varios profesionales y de información al paciente y respeto a su voluntad.»

MOTIVACIÓN

En coherencia con enmiendas posteriores.

ENMIENDA NÚM. 57

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

A la exposición de motivos, apartado IV

De supresión.

Se propone la supresión del párrafo séptimo del apartado IV de la exposición de motivos.

MOTIVOS

En coherencia con enmiendas posteriores.

ENMIENDA NÚM. 58

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 1

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 51

Se propone la modificación del artículo 1, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 1. Objeto.

La presente ley tiene por objeto regular los derechos que en relación a la atención sanitaria corresponden a las personas en el proceso final de su vida y garantizar el pleno respeto de su libre voluntad en la toma de las decisiones sanitarias que les afecten en dicho proceso.

Asimismo, regula las obligaciones de los profesionales sanitarios y demás profesionales que las atienden y determina las obligaciones de las Administraciones públicas e instituciones sanitarias y sociales para asegurar el correcto ejercicio de estos derechos.»

MOTIVACIÓN

Se trata de establecer con mayor precisión el objeto de esta ley, incluyendo de forma expresa una referencia a las Administraciones Públicas y no sólo a las instituciones sanitarias sino también a las de carácter social que también tienen un papel determinante en el correcto desenvolvimiento del proceso final de la vida.

ENMIENDA NÚM. 59

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 2

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 2, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Esta ley será de aplicación en el ámbito sanitario y social, tanto público como privado, de todo el territorio nacional, sin perjuicio de la normativa de desarrollo que, en su caso, establezcan las comunidades autónomas en el marco de sus propias competencias.

Igualmente, será de aplicación a todas las personas responsables de la toma de decisiones relacionadas con el proceso final de la vida, así como al personal sanitario y social implicado en la asistencia durante dicho proceso.

Asimismo, también será de aplicación a las entidades aseguradoras o mutualidades que, en relación con el objeto de la presente ley, ofrezcan sus servicios en territorio español.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica. Se trata de delimitar correctamente el ámbito de aplicación de esta ley para garantizar que los derechos que la misma reconoce se aplican a todos los ciudadanos en el proceso final de su vida.

ENMIENDA NÚM. 60

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 4

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Se propone la modificación del artículo 4, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 4. Definiciones.

A los efectos de la presente Ley, se entiende por:

a) Calidad de vida: La satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales; su contenido abarca no sólo el bienestar físico, sino también los aspectos psicológicos, socioeconómicos y espirituales.

b) Consentimiento informado en el proceso final de la vida: En el entorno del proceso de morir y de los cuidados paliativos y de acuerdo con 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, se entiende como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Es un proceso gradual y continuado, plasmado en ocasiones en un documento suscrito por el paciente, mediante el cual este, capaz y adecuadamente informado, acepta o no, someterse a determinados procesos diagnósticos o terapéuticos, en función de sus propios valores. Deberá dejarse constancia en la historia clínica de las decisiones que se vayan adoptando.

c) Cuidados paliativos: considerados buena práctica médica al final de la vida, son el conjunto coordinado de acciones en el ámbito sanitario dirigido a la atención y activa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos son interdisciplinarios en su enfoque e incluyen al paciente, la familia y su entorno. Cubren las necesidades del paciente con independencia de donde esté siendo cuidado, ya sea en el centro sanitario o social o en su domicilio y tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final.

d) Documento de Instrucciones Previas: documento por el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y tratamientos y, en su caso, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo, con el objeto de que ésta se cumpla si cuando llegue el momento la persona no se encuentra en condiciones de expresarla personalmente.

e) Planificación anticipada de la atención: Es el proceso realizado por el paciente de manera conjunta con los profesionales que le atienden habitualmente, dirigido a planificar la atención futura, incluyendo educación, reflexión, comunicación y documentación sobre las consecuencias y posibilidades de diferentes tratamientos alternativos. Debe quedar constancia amplia en la historia clínica del paciente

f) Adecuación del esfuerzo terapéutico: Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico de vida limitada así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La adecuación del esfuerzo terapéutico supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad en la proximidad de la muerte y la conveniencia de abandonar las terapias que mantienen artificialmente la vida, manteniendo las de tipo paliativo. Forma parte de la buena práctica clínica y es una obligación moral y normativa de los profesionales.

g) Médico responsable: Profesional que, de conformidad con lo dispuesto por la legislación básica sobre autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

h) Enfermero responsable: Profesional de enfermería que tiene a su cargo la coordinación de la información y asistencia sanitaria del paciente en el ámbito de su competencia profesional, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

i) Medidas de soporte vital: Es toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para mantener sus constantes vitales, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal.

j) **Obstinación terapéutica y diagnóstica:** Situación en la que a una persona que se encuentra en situación terminal o de agonía por una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital o se le realizan otras intervenciones carentes de utilidad clínica real, desproporcionadas o extraordinarias, que únicamente permiten prolongar su vida biológica, sin concederle posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación. Constituye una mala práctica clínica y una falta deontológica.

k) **Proceso de morir:** A los efectos de esta Ley, son personas en el proceso de morir aquéllas que se encuentran en una situación terminal o de agonía como consecuencia de enfermedad o accidente.

— Se entiende por situación terminal aquella en la que el paciente presenta una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses y en la que puedan concurrir síntomas que requieren una asistencia paliativa específica.

— Se entiende por situación de agonía la fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de consciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de pocos días.

Abarca también la situación en la que se encuentran las personas que han sufrido un accidente incompatible con la vida, con deterioro extremo y graves trastornos.

l) **Representante:** Persona mayor de edad y capaz, que da consentimiento en representación de la persona enferma, tras haber sido designada mediante un documento de Instrucciones previas o, en su defecto, en virtud de las disposiciones legales vigentes en ese ámbito.

Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en ese momento en situación de capacidad, quien le represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidas en dichas instrucciones.

m) **Sedación paliativa:** La administración deliberada de fármacos, con el oportuno consentimiento, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir deliberadamente la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, con su consentimiento explícito. La sedación paliativa constituye la única estrategia eficaz para mitigar el sufrimiento, ante la presencia de síntomas refractarios intolerables que no responden al esfuerzo terapéutico realizado en un período razonable de tiempo.

Un tipo especial de sedación paliativa es la sedación en la agonía que se aplica cuando la muerte se prevé muy próxima.

n) **Síntoma refractario:** El síntoma que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por profesionales sanitarios, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa.

o) **Situación de incapacidad de hecho:** Situación del paciente en la que no tenga capacidad de tomar decisiones o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, sin que exista resolución judicial.

p) **Valores vitales:** Conjunto de valores y creencias de una persona que dan sentido a su proyecto de vida y que sustentan sus decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad y muerte.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica. Adecuar las definiciones que establece esta ley a las aportaciones más recientes en este ámbito.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 54

ENMIENDA NÚM. 61

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

De adición.

Se propone la adición, en el título I, de un nuevo artículo 4 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 4 bis. Derecho a la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida.

Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a la protección de su dignidad y a que se garantice el efectivo cumplimiento de los derechos reconocidos en la presente ley, en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna. En particular, como manifestación del derecho a la integridad física y moral, se garantizará su derecho a decidir libremente sobre las intervenciones y el tratamiento a seguir dicho proceso, incluidos los cuidados necesarios para evitar el dolor y el sufrimiento.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica. Si bien son cuestiones que se tratan, de una u otra forma, en esta Proposición de Ley, resulta adecuado abrir el título dedicado a los derechos de las personas ante el proceso final de su vida con un artículo general de reconocimiento del respeto a su derecho a la dignidad y a que se respete su voluntad.

ENMIENDA NÚM. 62

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 5

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 5, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 5. Derecho a la información asistencial.

1. Las personas que se encuentran en el proceso final de la vida y, en su caso, quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones en dicho proceso, tienen derecho a recibir toda la información disponible sobre su estado real de salud, sus expectativas de vida y de calidad de la misma, y las medidas terapéuticas y paliativas que, de acuerdo con ella, le resultarían aplicables, en los términos establecidos en esta ley, 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, y en la normativa de desarrollo, a fin de ayudarles a tomar las decisiones correspondientes de manera autónoma. Esta información deberá ser clara y comprensible para facilitar al paciente la toma de decisiones. Las personas vinculadas al mismo serán informadas únicamente en la medida en que éste lo permita.

Este derecho a la información incluye también la planificación de la atención tal y como se define en el artículo 4 de esta ley.

2. Los pacientes a quienes se diagnostique una enfermedad irreversible y progresiva en los que se prevea la posibilidad de un desenlace fatal a medio o largo plazo, tienen derecho a ser informados prontamente sobre la posibilidad de realizar testamento vital o últimas instrucciones a fin de que tales decisiones sean tomadas de forma reflexiva y con la anticipación suficiente.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 55

3. El paciente que se encuentra en el proceso final de su vida tendrá derecho a solicitar y disponer de una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

4. Dichas instrucciones deberán de figurar en lugar visible en la historia clínica del paciente, tanto en su versión digital como en papel, de tal manera que los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial del paciente, no puedan obviar su existencia.

5. Igualmente, todas las personas tienen derecho a rechazar la oferta de información y a que esta decisión sea respetada. En tales casos, los profesionales sanitarios harán saber al paciente la trascendencia de su decisión y le solicitarán la designación, si así lo desea, de una persona que acepte recibir la información, haciendo constar estas circunstancias en la historia clínica.

6. Quien ostenta la titularidad del derecho a la información es la misma persona que se encuentra en el proceso final de su vida. Sin embargo, cuando dicha persona lo permita o cuando, según el criterio de los profesionales que la asistan, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, se podrá proporcionar la información a la persona representante designada o a las relacionadas con la persona enferma por motivos familiares o de hecho.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica. Se trata de no limitar el grado de detalle de esta norma estatal, en respeto de las competencias que en esta materia tienen las Comunidades Autónomas.

ENMIENDA NÚM. 63

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 6

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 6, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 6. Derecho a la toma de decisiones y rechazo de tratamiento e intervenciones.

1. Las personas que se encuentren en el proceso final de su vida, o toda persona encargada de la toma de decisiones relacionadas con él, tiene derecho a que se respeten las decisiones que tome respecto a las intervenciones que afecten a dicho proceso, tanto directamente como a través de una declaración de voluntades anticipadas u otro tipo de instrucciones previas previstas en la normativa vigente. De acuerdo con lo anterior podrán rechazar las intervenciones y los tratamientos propuestos o instaurados por los profesionales sanitarios, incluso tratamientos de soporte vital, aun en los casos en que esta decisión pudiera tener el efecto de acortar su vida o ponerla en peligro inminente, salvo lo previsto en la ley.

2. La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlos, no supondrá menoscabo alguno en la atención sanitaria de otro tipo que se le dispense, especialmente en lo referido a la destinada a paliar el sufrimiento, aliviar dolor y otros síntomas y hacer más digno y soportable el proceso final de su vida.

3. La decisión sobre la atención sanitaria a recibir se expresará mediante el consentimiento informado del paciente, libremente revocable, que se manifestará, con carácter general, de forma verbal. La voluntad así expresada se incorporará a la historia clínica.

El rechazo a la intervención propuesta y la revocación del consentimiento informado previamente emitido deberán, en todo caso, ser expuestos, constar por escrito e incorporarse a la historia clínica.

Las Comunidades Autónomas arbitrarán la forma en que se producirá esta incorporación a las historias clínicas digitalizadas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 56

Cuando, siendo precisa la firma del paciente para dejar constancia de su voluntad, éste no pudiera firmar por incapacidad física, lo hará en su lugar otra persona que actuará como testigo a petición suya. En estos casos, tanto la identificación del testigo como el motivo que impide la firma por la persona que presta su consentimiento o rechaza la intervención propuesta se harán constar en la historia clínica.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica. Se propone refundir los textos de los artículos 6 (derecho a la toma de decisiones y consentimiento informado) y 8 (derecho al rechazo y retirada de una intervención) para que ambas cuestiones reciban un tratamiento coherente y sistemático.

ENMIENDA NÚM. 64

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 7, apartado 1

De supresión.

Se propone la supresión, en el apartado 1 del artículo 7, del siguiente inciso:

«7. [...] su validez y [...]»

MOTIVACIÓN

Hacer depender la validez de las instrucciones previas de su registro, dotar a la inscripción de carácter constitutivo, es un exceso que ha de evitarse.

ENMIENDA NÚM. 65

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 7, apartado 1

De adición.

Se propone la adición, en el apartado 1 del artículo 7, de un nuevo párrafo, que tendrá la siguiente redacción:

«1. [...]»

Estas instrucciones deberán figurar en lugar visible en la historia clínica del paciente, tanto en su versión digital como en papel, de tal manera que los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial del paciente, no puedan obviar su existencia.»

MOTIVACIÓN

Se trata de garantizar que se incorpora a la historia clínica de los pacientes las instrucciones previas, permitiendo que todos los profesionales sanitarios puedan fácilmente acceder a ellas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

ENMIENDA NÚM. 66

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 8

De supresión.

Se propone la supresión del artículo 8.

MOTIVACIÓN

En coherencia con la enmienda anterior.

ENMIENDA NÚM. 67

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 9, apartado 1

De modificación.

Se propone la modificación, en el primer párrafo del apartado 1 del artículo 9, del inciso inicial, que quedará redactado como sigue:

«1. Cuando la persona que se halla bajo atención sanitaria [...] (Resto igual)»

MOTIVACIÓN

Nos referimos siempre a una atención que no es exclusivamente médica sino en la que están implicados varias profesiones sanitarias.

ENMIENDA NÚM. 68

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 9, apartado 1

De adición.

Se propone la adición, en el apartado 1 del artículo 9, de una nueva letra c bis), que tendrá la siguiente redacción:

«c bis) Al hijo o hija que sea mayor de edad. Si hubiese varios, serán preferidos los que convivían con la persona afectada y de mayor edad al menor.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 58

MOTIVACIÓN

Reconocer la preferencia, en el orden de representación de la persona que se encuentra en una situación de incapacidad de hecho, al hijo o hija que, siempre que sea mayor de edad, conviva con la persona que se encuentra al final de su vida.

ENMIENDA NÚM. 69

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 9, apartado 4

De adición.

Se propone la adición, en el apartado 4 del artículo 9, entre la expresión «dignidad personal» y el punto y seguido, de la siguiente redacción:

«[...] y valores vitales.»

MOTIVACIÓN

Reconocer expresamente la necesidad de respetar las convicciones y valores personales de quien, estando en el proceso final de su vida, está en una situación de incapacidad de hecho.

ENMIENDA NÚM. 70

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Del artículo 10

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 10, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 10. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas menores de edad.

1. La información asistencial sobre los pacientes menores de edad se proporcionará, en todo caso, a los representantes legales del menor y, cuando su grado de madurez lo permita, al propio menor, en la forma más adecuada a su capacidad de comprensión.

2. El derecho a la toma de decisiones del paciente menor de edad que no sea capaz, intelectual ni emocionalmente, de comprender el alcance de la intervención, se ejercerá por su representante legal después de haber escuchado la opinión del menor, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Cuando se trate de menores emancipados, o con dieciséis años cumplidos, no incapaces ni incapacitados, el consentimiento se prestará por el menor, sin que quepa, en este caso, el consentimiento por representación. No obstante, en caso de actuación de grave riesgo, apreciada según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 59

MOTIVACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 71

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 11

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 11, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 11. Derecho a los cuidados paliativos integrales y al tratamiento del dolor.

1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a una atención integral que prevenga y alivie el dolor y sus manifestaciones, incluida la sedación paliativa si el dolor, o cualquier otro síntoma que produzca molestias severas, son refractarios al tratamiento específico, aunque ello implique un acortamiento de su vida.

A efectos de garantizar el cumplimiento de lo anterior, todos los centros sanitarios y sociales, públicos o privados, deberán disponer de medios para prestar cuidados paliativos integrales y de calidad a los pacientes que así lo soliciten, inclusive los menores de edad.

2. Asimismo, las personas que se encuentren en el proceso final de su vida, si así lo desean, tienen derecho a que estos cuidados paliativos integrales se les proporcionen bien en su centro sanitario o social o bien en su domicilio o en cualquier otro que designen, siempre que esta opción no esté médicamente contraindicada.»

MOTIVACIÓN

Se trata de reconocer el derecho al tratamiento del dolor y a los cuidados paliativos, no sólo en los centros sanitarios, públicos y privados, sino también en los centros sociales, residencias de mayores o para personas con discapacidad, en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna.

Asimismo, no se considera esta ley el lugar adecuado para regular el tema de las contenciones terapéuticas, físicas o químicas, cuya regulación compete a las comunidades autónomas y cuyo tratamiento debe ser integral y sistemático en la correspondiente normativa y no específicamente en el marco de una ley nacional de muerte digna.

ENMIENDA NÚM. 72

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 12, apartado 1

De modificación.

Se propone la modificación del apartado 1 del artículo 12, que tendrá la siguiente redacción:

«1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida y requieran permanecer ingresados en un centro sanitario o social tienen derecho a que se les permita el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social en los centros e instituciones sanitarias y sociales.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 60

MOTIVACIÓN

Reconocer el derecho al acompañamiento, no sólo en los centros sanitarios, públicos y privados, sino también en los centros sociales y residencias de mayores o destinadas a atender a personas con discapacidad en los que se pueda encontrar, en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna.

ENMIENDA NÚM. 73

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 12, apartado 3

De modificación.

Se propone la modificación del apartado 3 del artículo 12, que tendrá la siguiente redacción:

«3. En caso de requerir sedación paliativa, en los términos de lo dispuesto en el artículo anterior, las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a despedirse de sus familiares y allegados.»

MOTIVACIÓN

Se trata de reconocer el derecho a la despedida de familiares y allegados y, asimismo, no permitir que ambos derechos (al acompañamiento y a la despedida) no puedan excluirse por una decisión subjetiva de los profesionales sanitarios.

ENMIENDA NÚM. 74

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 13, apartado 1

De modificación.

Se propone la modificación del apartado 1 del artículo 13, que tendrá la siguiente redacción:

«1. Las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a que se preserve su intimidad personal y familiar.

A tales efectos los centros e instituciones sanitarias y sociales facilitarán a las personas en el proceso final de su vida una habitación de uso individual durante su estancia.»

MOTIVACIÓN

Se trata de reconocer que las garantías que este derecho a una habitación individual debe aplicarse en todos los centros en los que puedan encontrarse los pacientes en el proceso final de su vida, no sólo en los centros sanitarios, públicos y privados, sino también en los centros sociales, residencias de mayores y para personas con discapacidad, en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 61

ENMIENDA NÚM. 75

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

De adición.

Se propone la adición, en el título II de un nuevo artículo 13 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 13 bis. Respeto a las convicciones y creencias del paciente.

Todos los profesionales sanitarios tienen la obligación de respetar las convicciones y creencias de los pacientes en el proceso final de su vida, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en las suyas propias.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica. Si bien son cuestiones que se tratan, de una u otra forma, en esta Proposición de Ley, resulta adecuado abrir el título dedicado a las obligaciones de los profesionales con una cláusula general de obligación de respetar las convicciones y creencias del paciente que se encuentra en el proceso final de su vida.

ENMIENDA NÚM. 76

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 14

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 14, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 14. Deberes respecto a la información clínica.

1. Los profesionales sanitarios de cada paciente deberán garantizar el cumplimiento del derecho a la información establecido en el artículo 5, teniendo la obligación de facilitarle la información clínica correspondiente en función de su grado de responsabilidad y participación en el proceso de atención sanitaria.

2. Los profesionales a los que se refiere en apartado anterior dejarán constancia en la historia clínica de que dicha información fue proporcionada a los pacientes y suficientemente comprendida por ellos, así como de las decisiones tomadas por éstos.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica. Precisar la intervención de otros profesionales sanitarios, además de los médicos, en estos procesos.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 62

ENMIENDA NÚM. 77

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 15, apartado 1

De modificación.

Se propone la modificación del apartado 1 del artículo 1, que tendrá la siguiente redacción:

«1. El profesional sanitario responsable [...] (Resto igual) [...]»

MOTIVACIÓN

Nos referimos siempre a una atención que no es exclusivamente médica sino en la que están implicados varias profesiones sanitarias.

ENMIENDA NÚM. 78

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 15, apartado 2

De supresión.

Se propone la modificación del apartado 2 del artículo 15, que tendrá la siguiente redacción:

«2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar su voluntad y sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, si el paciente se encontrase en situación de incapacidad, el personal sanitario deberá consultar el Registro correspondiente de la comunidad autónoma y, en su caso, el Registro Nacional de Instrucciones Previas, dejando constancia de dicha consulta en la historia clínica, y respetar la voluntad manifestada en él por el paciente.»

MOTIVACIÓN

Se trata de impedir la objeción de conciencia en el proceso final de la vida, como única forma de garantizar la dignidad en dicho proceso. Asimismo, se da relevancia a la consulta no sólo del Registro Nacional de Instrucciones Previas sino, principalmente, al registro correspondiente de la Comunidad Autónoma.

ENMIENDA NÚM. 79

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 17, apartado 3

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 63

Se propone la modificación del apartado 3 del artículo 17, que tendrán la siguiente redacción:

«3. En cualquier caso, los profesionales sanitarios responsables de la atención al paciente, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y bienestar, y a respetar el consentimiento informado del paciente en los términos previstos en la presente ley.»

MOTIVACIÓN

Nos referimos siempre a una atención que no es exclusivamente médica sino en la que están implicados varias profesiones sanitarias.

ENMIENDA NÚM. 80

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al epígrafe del Título III

De modificación.

Se propone la modificación del epígrafe del Título III, que tendrá la siguiente redacción:

«TÍTULO III

Garantía de las Administraciones Públicas y de los centros e instituciones sanitarias y sociales»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 81

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 18, apartado 2

De modificación.

Se propone la modificación del apartado 2 del artículo 18, que tendrá la siguiente redacción:

«2. Las instituciones sanitarias y sociales responsables de la atención directa a los pacientes deberán arbitrar los medios para que los derechos de éstos no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la negativa o ausencia del profesional o la profesional, así como cualquier otra causa sobrevenida.»

MOTIVACIÓN

Se trata de reconocer que las garantías que se establecen en este título III de la Ley deben aplicarse en todos los centros en los que puedan encontrarse los pacientes en el proceso final de su vida, no sólo en los centros sanitarios, públicos y privados, sino también en los centros sociales, residencias de mayores y para personas con discapacidad, en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 64

ENMIENDA NÚM. 82

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

De adición.

Se propone la adición de un nuevo artículo 18 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 18 bis. Obligaciones de las Administraciones públicas sanitarias.

Las Administraciones públicas sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán:

- a) El respeto a la voluntad expresada por el paciente sobre el proceso final de su vida y a los restantes derechos reconocidos en la presente ley.
- b) La información a los ciudadanos, en colaboración de las organizaciones profesionales y de pacientes, sobre la posibilidad de otorgar instrucciones previas, así como de las formalidades necesarias para su otorgamiento y de los requisitos para su registro.
- c) El acceso de los profesionales sanitarios a los registros de instrucciones previas, a los efectos de hacer posible el cumplimiento de las obligaciones de los artículos 14 y siguientes de la presente ley.
- d) La confidencialidad, seguridad e integridad de los datos inscritos en dichos registros de instrucciones previas en la forma establecida en el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
- e) El acceso telemático en todo el territorio nacional al Registro Nacional de Instrucciones Previas, para consulta por parte de los profesionales sanitarios competentes, en las situaciones previstas en esta ley.
- f) La promoción de iniciativas formativas de calidad para los profesionales en el ámbito de la prestación de cuidados paliativos.
- g) El derecho de los ciudadanos y de los profesionales a recibir información sobre los cuidados paliativos.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica. Si bien son cuestiones que se tratan, de una u otra forma, en esta Proposición de Ley, resulta adecuado abrir el título dedicado a las garantías de las Administraciones Públicas y de los centros e instituciones sanitarias con una enumeración genérica de las mismas.

ENMIENDA NÚM. 83

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

De adición.

Se propone la adición de un nuevo artículo 18 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 18 ter. Modelo de instrucciones previas.

Las Administraciones sanitarias mantendrán un modelo de documento de instrucciones previas, con el objeto de facilitar a los otorgantes la correcta expresión de aquellas situaciones sobre las que quieran manifestar su voluntad, así como la adopción de criterios generales sobre la información a los pacientes en las materias reguladas por esta Ley.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 65

MOTIVACIÓN

Se trata de facilitar a los ciudadanos el otorgamiento de instrucciones previas y dotar a esta fundamental institución de la suficiente seguridad jurídica.

ENMIENDA NÚM. 84

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 19

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 19, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 19. Acompañamiento de los pacientes.

1. Los centros e instituciones sanitarias y sociales facilitarán a las personas que se encuentren en el proceso final de su vida el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social, compatibilizando éstas con el conjunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

2. Los centros e instituciones sanitarias y sociales facilitarán, a petición de los pacientes, de las personas que sean sus representantes, o de sus familiares, el acceso de aquellas personas que les puedan proporcionar auxilio espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, procurando, en todo caso, que las mismas no interfieran con las actuaciones del equipo sanitario.»

MOTIVACIÓN

Se trata de reconocer que las garantías que se establecen en este título III de la Ley deben aplicarse en todos los centros en los que puedan encontrarse los pacientes en el proceso final de su vida, no sólo en los centros sanitarios, públicos y privados, sino también en los centros sociales, residencias de mayores y para personas con discapacidad, en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna. En todo caso, no se considera necesario entrar en un grado de detalle como el que plantea el texto de la Proposición de Ley en el segundo párrafo de este apartado 1 del artículo 19.

ENMIENDA NÚM. 85

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 20

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 20, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 20. Apoyo a la familia y personas cuidadoras

1. Los centros e instituciones sanitarias y sociales prestarán apoyo y asistencia a las personas cuidadoras y familias de pacientes en proceso de muerte, tanto en su domicilio, como en los centros sanitarios y sociales.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 66

2. Los centros e instituciones sanitarias y sociales prestarán una atención en el duelo a la familia y a las personas cuidadoras, promoviendo la prevención de situaciones calificadas como de duelo patológico.

3. A los efectos previstos en los apartados anteriores, los poderes públicos fomentarán la participación del voluntariado en el acompañamiento de los pacientes y sus familias en el proceso final de la vida.»

MOTIVACIÓN

Se trata de reconocer que las garantías que se establecen en este título III de la Ley deben aplicarse en todos los centros en los que puedan encontrarse los pacientes en el proceso final de su vida, no sólo en los centros sanitarios, públicos y privados, sino también en los centros sociales y residencias de mayores en los que se pueda encontrar, en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna.

ENMIENDA NÚM. 86

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al artículo 23, apartado 1

De supresión.

Se propone la supresión, en el apartado 1 del artículo 23, del siguiente inciso final:

«1. [...], salvo en casos de discrepancia entre profesionales y pacientes.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica. Resulta innecesaria esta excepción, bastando la regulación que se contiene en el supuesto que contempla el apartado 2 de este mismo artículo.

ENMIENDA NÚM. 87

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

Al Título IV

De supresión.

Se propone la supresión del Título IV, artículos 24 a 28, ambos incluidos.

MOTIVACIÓN

No se aprecia la necesidad de establecer un régimen sancionador propio para este ámbito, siendo aplicable el contenido en el capítulo VI del título 1 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 67

ENMIENDA NÚM. 88

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

De adición.

Se propone la adición de una nueva disposición adicional primera bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición adicional primera bis. Régimen sancionador.

Las infracciones de lo dispuesto por la presente ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del título 1 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional, administrativa o laboral procedentes en derecho.»

MOTIVACIÓN

En coherencia con la enmienda anterior.

ENMIENDA NÚM. 89

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

De adición.

Se propone la adición de una nueva disposición adicional primera ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición adicional primera ter. Cuidado de las personas en el proceso final de la vida.

El Gobierno, en el marco del Pacto de Toledo, promoverá la aprobación de una norma que reconozca, en el sistema de la Seguridad Social, una prestación económica que permita a los familiares de primer grado acompañar a los pacientes que se encuentren en el proceso final de su vida. Esta prestación se configurará de forma similar a la que ya existe por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, regulada en el artículo 190 y siguientes del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.»

MOTIVACIÓN

Se trata de reconocer una prestación de Seguridad Social que asegura el derecho de acompañamiento en el proceso final de la vida que garantiza esta ley.

ENMIENDA NÚM. 90

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

De adición.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 68

Se propone la adición de una nueva disposición adicional sexta, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición adicional sexta. Implementación del derecho al uso de habitación individual.

Las Comunidades Autónomas garantizarán, en el plazo máximo de 3 años, de forma progresiva la previsión contenida en el segundo párrafo del apartado 1 del artículo 13.»

MOTIVACIÓN

Se trata de dar un plazo para cumplir la obligación de dotar de habitación individual a quienes están en el proceso final de su vida.

ENMIENDA NÚM. 91

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Socialista

A la disposición final primera

De modificación.

Se propone la modificación de la disposición final primera, que tendrá la siguiente redacción:

«Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Se modifica el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que queda redactado como sigue:

«Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por medio de las instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, dentro de los límites legales, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre el tratamiento de su salud y los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. Igualmente, podrá designar un representante y determinar sus funciones, a las que este deberá atenerse.

2. Las instrucciones previas deberán ser renovadas cada 5 años.

3. Las instrucciones previas serán válidas y eficaces en todo el territorio nacional cuando consten en documento público o, siempre que, otorgadas por escrito de acuerdo con lo establecido en la normativa autonómica aplicable, se inscriban en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

4. Las instrucciones previas serán libremente revocables por cualquiera de los medios previstos para su otorgamiento.

5. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, siempre que no contravengan el ordenamiento jurídico.

6. Las instrucciones previas, su modificación o su revocación, debidamente informatizadas, se incorporarán a la historia clínica del paciente, tanto a la hospitalaria como a la de atención primaria en tanto no estén unificadas. Las comunidades autónomas, arbitrarán la forma en que se producirá esta incorporación.»»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 69

MOTIVACIÓN

Se trata de garantizar que las instrucciones previas responden, en todo momento, a lo voluntad expresada por quien las realiza así como de facilitar el conocimiento y dar seguridad jurídica en relación a las instrucciones previas a través de la obligación de su informatización e incorporación a la historia clínica de los pacientes.

A la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 110 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas al articulado de la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de septiembre de 2017.—**Rafael Antonio Hernando Fraile**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

ENMIENDA NÚM. 92

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la exposición de motivos

De modificación.

Se modifica el apartado I de la exposición de motivos, que quedará con la siguiente redacción:

«El proceso de morir constituye la última de las etapas de la biografía personal de cada ser humano, que demanda el máximo respeto de la dignidad de la persona. El proceso de morir tiene una profunda significación existencial y unas peculiaridades de atención, cuidado y respeto del proceso de toma de decisiones que los profesionales sanitarios y las instituciones deben facilitar. Estos principios se fundamentan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca del que está en proceso de morir, cuya fragilidad y dependencia lo hacen especialmente vulnerable y digno de atención, dedicación y respeto.

Es necesario reconocer que hay un momento en la vida de toda persona en el que la finalidad de la medicina se centra en cuidar y no en curar, asumiendo la muerte como el desenlace natural de la vida: en esos momentos, es necesario adecuar las medidas terapéuticas, de modo que se eviten intervenciones fútiles y sin beneficio para el paciente; y por el contrario, se potencien los cuidados que garanticen el confort y el tratamiento de los síntomas, como el dolor, que generan sufrimiento. También en estos momentos de fragilidad y de dependencia funcional la persona enferma debe ser protagonista de su proceso, centro y sujeto activo de atención y no mero objeto pasivo de cuidados.

El fundamento de la ley es el reconocimiento de la dignidad como un valor intrínseco de la persona y base del respeto que todos merecemos, que no depende del grado de conciencia ni de la autonomía, y que debe regir también en el final de la vida.

Legislar en este ámbito supone la defensa de la autonomía del paciente y la consiguiente necesidad de reconocer su participación, según su capacidad, en la toma de decisiones. En sociedades plurales el respeto a la autonomía personal implica que la dignidad, igual para cada persona, se concrete en concepciones diferentes de calidad de vida, en valores y creencias personales que configuran su historia original y única de vida.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 70

JUSTIFICACIÓN

El apartado primero de la exposición de motivos marca el sentido del resto de la ley, por lo que es importante destacar en él los motivos últimos de la ley: la importancia de la muerte; de la dignidad de la persona también en ese momento; el tipo de cuidados y atención sanitaria que requiere, que evita tratamiento fútiles y favorece el cuidado; la participación activa de la persona en ese trance.

Se prefiere proceso de morir a muerte, para recalcar que no es un evento puntual y neutro, desvinculado del enfermo y del equipo de atención sanitaria.

Se prefiere dignidad de la persona en el proceso de morir en lugar de muerte digna, porque es más rico y más preciso, y ofrece más garantías a favor de la persona. Es digna la persona: la dignidad de sus acciones derivan de ese principio. Así se remarca su valor.

ENMIENDA NÚM. 93

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la exposición de motivos

De modificación.

Se modifica el cuarto párrafo del apartado III de la exposición de motivos, que quedará con la siguiente redacción:

«Por tanto, en cuanto al objeto de la ley, cabe reiterar que ésta se ocupa del proceso del final de la vida, concebido como un final próximo e irreversible, en el contexto de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. Es un proceso eventualmente doloroso y complejo, donde se hace necesario ser especialmente respetuoso con la dignidad de quien lo padece. Para eso, se deben asegurar los medios que garanticen una correcta atención desde el punto de vista de la buena práctica médica (lex artis), que se centre en el alivio de los síntomas y en el confort, incorporando en una relación terapéutica de ayuda el respeto a la autonomía, integridad física e intimidad personal del paciente.»

JUSTIFICACIÓN

Clarificar la definición del objeto de la ley, caracterizar el final de la vida y describir con precisión el tipo de cuidados que requiere: exigencia de la aplicación de la mejor práctica médica que implica necesariamente el respeto de la dignidad del paciente y de su autonomía, en un momento de especial fragilidad y dependencia.

ENMIENDA NÚM. 94

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la exposición de motivos

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 71

Se modifica el tercer párrafo del apartado IV de la exposición de motivos, que quedará con la siguiente redacción:

«[...]

El título I recoge la declaración de derechos de las personas en el proceso final de su vida, centrada en torno al derecho a la toma de decisiones, que presupone, como ha afirmado el propio Tribunal Constitucional, el derecho a una información asistencial completa, clara y comprensible. Junto a esa información, las situaciones de imposibilidad para la toma de decisiones que pueden darse en los pacientes en razón de su minoría de edad o de su estado físico y cognitivo, requieren una serie de precisiones e instrumentos específicos, que van desde la posibilidad de la persona que se encuentra ante el proceso final de su vida de designar un facultativo para prestarle apoyo en la toma de decisiones relacionadas con su salud, hasta la previsión de las llamadas instrucciones previas y sus formas de modificación.

[...]»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica y adaptación a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

ENMIENDA NÚM. 95

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la exposición de motivos

De modificación.

Se modifica el cuarto párrafo del apartado IV de la exposición de motivos que quedará con la siguiente redacción:

«En todos los casos, el objetivo consiste en garantizar la voluntad de la persona en el proceso final de su vida, así como las vías de conocimiento y manifestación de dicha voluntad, y de proscribir cualquier consecuencia discriminatoria en la atención sanitaria que pudiera derivarse de dicha voluntad y, específicamente, del rechazo a determinados tratamientos, intervenciones o procedimientos.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 96

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la exposición de motivos

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 72

Se modifica el sexto párrafo del apartado IV de la exposición de motivos, que quedará con la siguiente redacción:

«Los preceptos contenidos en los títulos II y III determinan el marco de actuación de los profesionales sanitarios y las obligaciones de las administraciones concernidas al objeto de dar satisfacción a los derechos recogidos en el título I, todos ellos relacionados con el derecho del paciente a que se respete su voluntad, que se configura como mandato fundamental del personal sanitario siempre que sea acorde con la *lex artis* y, en consecuencia, como clave de su seguridad jurídica y de su régimen de responsabilidad. A tal efecto, se prevén las garantías necesarias para que esa voluntad se configure de modo plenamente informado y para que los profesionales puedan acceder a la misma, así como el deber de adecuar el esfuerzo terapéutico a la situación del paciente, evitando la obstinación terapéutica y dando plena cobertura a la disminución proporcional de ese esfuerzo en razón del bienestar del paciente, siempre con las garantías de decisión compartida por varios profesionales y de información al paciente y respeto a su voluntad.»

JUSTIFICACIÓN

Para que exista verdadera seguridad jurídica es imprescindible articular la voluntad del paciente con los principios básicos de la buena práctica médica (*lex artis*), que son los que rigen la actuación ética y legal de los profesionales sanitarios. Es la oportunidad de mostrar el vínculo necesario que existe entre el buen hacer sanitario y la participación libre de la persona al final de su vida como verdaderos bienes de la persona.

ENMIENDA NÚM. 97

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 1

De modificación.

Se modifica el artículo 1, que quedará con la siguiente redacción:

«La presente ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona ante el proceso natural del final de su vida y los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes que se encuentren en esta situación, así como las garantías para proteger la dignidad de la persona que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora de redacción:

— Natural: Para diferenciarlo de la propia decisión de terminar con su vida (suicidio) fuera del contexto del proceso de morir en una enfermedad terminal y avanzada.

— Proteger: Es una corrección formal, faltaba el verbo en la frase. La dignidad ya se tiene, no la garantizan las instituciones: sí deben protegerla, respetarla, etc y para eso deben poner una serie de medios.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 73

ENMIENDA NÚM. 98

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 2

De modificación.

Se modifica el artículo 2, que quedará con la siguiente redacción:

«La presente ley será de aplicación a todas las personas que se encuentren ante el proceso natural del final de su vida o que adopten decisiones relacionadas con dicho proceso.»

JUSTIFICACIÓN

«El proceso final de su vida» puede entenderse fuera del proceso natural de morir, es decir, como una decisión de finalizar con la propia vida sin un contexto de enfermedad terminal y avanzada, que es el que se pretende regular en la ley.

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 99

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 3, letra c

De modificación.

Se modifica la letra c) del artículo 3, que quedará con la siguiente redacción:

«c) La garantía de que el rechazo de un tratamiento por voluntad de la persona o la interrupción del mismo de acuerdo con la lex artis, no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral y del derecho a la plena dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.»

JUSTIFICACIÓN

Se considera necesaria una mención de la lex artis confiere seguridad tanto al médico como al paciente: refuerza el compromiso del personal sanitario de buscar el bien del paciente.

En este sentido, la voluntad del paciente se respeta, no solo por un mandato legal, sino con la fuerza del compromiso ético del personal sanitario.

Al mismo tiempo, se protege al personal sanitario ante requerimientos que fueran contrarios a la buena práctica médica: al menos, no estarían obligados a realizarlos por la fuerza legal.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 74

ENMIENDA NÚM. 100

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 4, letra f

De modificación.

Se modifica la letra f) del artículo 4, que quedará con la siguiente redacción:

«[...]

f) Adecuación del esfuerzo terapéutico: adaptación del tratamiento de manera proporcional a la situación del enfermo en situación terminal, según el pronóstico de cantidad y calidad de vida actuales y futuras. Incluye la retirada o no instauración de una medida de apoyo vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, sólo contribuye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.»

JUSTIFICACIÓN

Se considera más apropiado hablar de «adecuación» en lugar de «limitación» al referirse al esfuerzo terapéutico, ya que es un término más inclusivo, porque incluye tanto la limitación de las intervenciones fútiles como la necesidad de ofrecer las medidas específicas de cuidados y control de síntomas en el final de la vida, dejando claro que se debe evitar la obstinación terapéutica y, al mismo tiempo, salvaguardar la calidad de la atención al final de la vida.

ENMIENDA NÚM. 101

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 4, letras k) y p)

De modificación.

Se modifican las letras k) y p) del artículo 4, que quedarán con la siguiente redacción:

«[...]

k) Representante: Persona mayor de edad en pleno ejercicio de su capacidad que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración de voluntad vital anticipada o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

[...]

p) Situación de imposibilidad de hecho para decidir: Situación en la que las personas carecen de entendimiento y voluntad suficientes para tomar decisiones relativas a su salud de forma autónoma, sin que necesariamente cuenten con previas medidas de apoyo voluntarias o judiciales.

[...]»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 75

JUSTIFICACIÓN

Adaptación terminológica a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, firmada y ratificada por España.

ENMIENDA NÚM. 102

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 4, letras l), m) y n)

De modificación.

Se modifican las letras l), m) y n) del artículo 4, que quedarán con la siguiente redacción:

«l) Sedación paliativa: Es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático. La aplicación de sedación paliativa exige del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias: a) que existe un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios; b) que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación paliativa; c) que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

m) Sedación en fase de agonía: Es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento. Además de los criterios requeridos en la sedación paliativa, en el caso de la sedación en la agonía se requiere, además, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

n) Síntoma refractario: Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable (y en la fase agónica, breve). En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia.»

JUSTIFICACIÓN

Se proponen las definiciones propuestas por la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, que gozan de consenso general en nuestro país: responden mejor a la realidad clínica que se quiere tratar y a las circunstancias en las que está indicada. Además, estas definiciones contienen garantías de máxima calidad en la administración de estas medidas para el mejor beneficio del paciente.

ENMIENDA NÚM. 103

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 5, apartado 4

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 76

Se modifica el apartado 4 del artículo 5, que quedará con la siguiente redacción:

«Artículo 5. Derecho a la información asistencial.

[...]

4. En el supuesto de imposibilidad del paciente para comprender la información a causa del estado físico o psíquico, esta será brindada a persona que haya sido designada para prestarle apoyo en las decisiones que afecten a su salud o, en su defecto y por este orden, al cónyuge o pareja de hecho que conviva con el paciente, a la persona que conviva o esté a cargo de la asistencia o del cuidado de éste, o a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

[...]»

JUSTIFICACIÓN

Adaptación terminológica a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, firmada y ratificada por España.

ENMIENDA NÚM. 104

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 5, apartado 5

De modificación.

Se modifica el apartado 5 del artículo 5, que quedará con la siguiente redacción:

«Artículo 5. Derecho a la información asistencial.

[...]

5. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito o, en su caso, en el soporte que permita al paciente recibir adecuadamente la información.

[...]»

JUSTIFICACIÓN

Mejorar el acceso a la información del paciente.

ENMIENDA NÚM. 105

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 7

De adición.

Se añade una nuevo apartado 5 al artículo 7, que quedará con la siguiente redacción:

«5. Además, toda persona mayor de edad y con plena capacidad de obrar tiene derecho a manifestar, ayudado por el equipo asistencial, la atención que desea recibir para el caso en que ya

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 77

no pueda decidir personalmente mediante el proceso de Planificación Anticipada de los Cuidados de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 bis de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.»

JUSTIFICACIÓN

Por coherencia con el contenido de otras enmiendas.

ENMIENDA NÚM. 106

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 7, apartado 1

De modificación.

Se modifica el apartado 1 del artículo 7, que quedará con la siguiente redacción:

«Artículo 7. Derecho a otorgar instrucciones previas.

1. Toda persona mayor de edad tiene derecho a manifestar anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida. Esta manifestación de voluntad podrá realizarse mediante documento público o en documento otorgado conforme a lo dispuesto en la normativa aplicable. En este último caso, el documento deberá ser inscrito en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, previsto en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, para su validez y eficacia en todo el territorio nacional.

[...]»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica y adaptación terminológica a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, firmada y ratificada por España.

ENMIENDA NÚM. 107

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 7, apartado 3

De modificación.

Se modifica el apartado 3 del artículo 7, que quedará con la siguiente redacción:

«Artículo 7. Derecho a otorgar instrucciones previas.

[...]

3. Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en ese momento en situación de expresarla, quien la represente, tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidas en dichas instrucciones.

[...]»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 78

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 108

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 7, apartado 4

De modificación.

Se modifica el apartado 4 del artículo 7, que quedará con la siguiente redacción:

«Artículo 7. Derecho a otorgar instrucciones previas.

[...]

4. Las instrucciones previas podrán ser modificadas o revocadas por el paciente en cualquier momento mediante cualquiera de los medios previstos para su otorgamiento. En todo caso, cuando la persona que se encuentre en el proceso final de la vida conserve su aptitud para tomar decisiones, la voluntad manifestada durante dicho proceso prevalecerá sobre cualquier otra previa.»

JUSTIFICACIÓN

Adaptación terminológica a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

ENMIENDA NÚM. 109

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 8, apartado 1

De modificación.

Se modifica el apartado 1 del artículo 8, que quedará con la siguiente redacción:

«1. Toda persona tiene derecho a rechazar el tratamiento, intervención o procedimiento propuestos por los profesionales sanitarios, incluyendo las medidas de soporte vital, tras un proceso de información y decisión libre, voluntaria y consciente, así como a revocar el consentimiento informado emitido respecto de una intervención concreta, lo que implicará necesariamente la interrupción de dicha intervención, salvo en lo previsto en el artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y sea conforme con la lex artis.»

JUSTIFICACIÓN

La posibilidad y el respeto de rechazar de un tratamiento o las instrucciones previas está salvaguardado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, artículo 11.3) y tiene como límite la lex artis, que tiene en cuenta tanto la voluntad del paciente como el buen hacer médico

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 79

Es decir, hay una obligación de respetar el deseo del paciente siempre que no implique un daño para sí mismo o para terceros.

Por otra parte no se puede forzar al médico a actuar contra la buena práctica médica. Esto no quiere decir que se le pueda imponer al paciente un tratamiento en contra de su voluntad.

Asimismo, rechazar un tratamiento fútil, sin beneficio clínico, no es ejercer un daño, y esto es parte de la *lex artis*. Tampoco en el caso de que se produzca la muerte: ésta no es consecuencia de la omisión del tratamiento, sino del proceso natural irreversible.

Si lo que pretende la ley es asegurar que el paciente pueda rechazar las medidas que no supongan beneficio clínico, no es necesario especificar que esa omisión pueda acortar o poner en peligro inminente su vida, ya que esta frase genera confusión, porque en un paciente terminal con una enfermedad avanzada el pronóstico lo marca de manera habitual su enfermedad de base: ésta es la que condiciona la supervivencia.

De todas formas, la ambigüedad desaparece si se incluye el término *lex artis*: es lo que asegura que se puedan (y se deban) rechazar las medidas sin beneficio clínico, aunque tengan como efecto secundario que se acorte la vida (que no tiene por qué ocurrir).

En ese caso, es improbable que la omisión de esas medidas pongan en peligro inminente la vida: si realmente fuera así, habría que poner esos medios ya que no serían fútiles, siempre de acuerdo con el paciente. Pero siempre será una cuestión prudencial, que queda salvada por la actuación conforme a la *lex artis*.

Además, la buena práctica médica atiende a que no se pueda imponer un tratamiento o intervención a un paciente en contra de su voluntad. Con esta propuesta, se evita la confrontación legal entre paciente y médico, en caso de que el paciente le pidiera al médico omitir una acción que éste considera que beneficia verdaderamente al paciente y sería parte de su compromiso profesional y ético.

ENMIENDA NÚM. 110

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 9, título y apartado 1

De modificación.

Se modifica el título y el apartado 1 del artículo 9, que quedarán con la siguiente redacción:

«Artículo 9. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas con imposibilidad para la toma de decisiones.

1. Cuando la persona que se halla bajo atención médica esté en situación de imposibilidad para la toma de decisiones, a criterio de su médico responsable, tanto la recepción de la información, como la prestación del consentimiento y, en su caso, la elección del domicilio para recibir cuidados paliativos integrales, a que se refiere el artículo 11.2, se realizarán, en este orden, por:

- a) La persona designada específicamente a tal fin en el documento de instrucciones previas, o en otro documento idóneo a tenor del ordenamiento jurídico.
 - b) La persona que haya sido designada voluntaria o judicialmente para prestarle apoyo en la toma de decisiones relacionadas con su salud.
 - c) El cónyuge o la pareja de hecho que convivan con el paciente.
 - d) Los familiares de grado más próximo.
 - e) En última instancia, quién decida la autoridad judicial.
- [....]»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 80

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica y adaptación a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

Asimismo, se sustituye la actuación en nombre de la persona en situación de imposibilidad para la toma de decisiones, por el apoyo a esa persona, de acuerdo con lo previsto en la Convención. Por último, se realizan otros ajustes como mejoras técnicas.

ENMIENDA NÚM. 111

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 9, apartado 2

De supresión.

Se propone la supresión del apartado 2 del artículo 9.

JUSTIFICACIÓN

Adaptación a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

ENMIENDA NÚM. 112

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 9, apartado 3

De modificación.

Se modifica el apartado 3 del artículo 9, que quedará con la siguiente redacción:

«Artículo 9. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas con imposibilidad para la toma de decisiones.

[...]

3. La situación de imposibilidad para la toma de decisiones no obsta para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado de discernimiento.

[...]»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica y adaptación terminológica a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

ENMIENDA NÚM. 113

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 9, apartado 4

De modificación.

Se modifica el apartado 4 del artículo 9, que quedará con la siguiente redacción:

«Artículo 9. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas con imposibilidad para la toma de decisiones.

4. El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación que les imposibilite o dificulte gravemente la toma de decisiones se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal. Para la interpretación de la voluntad de los pacientes se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica y adaptación terminológica a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

ENMIENDA NÚM. 114

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 10

De modificación.

Se modifica el artículo 10, que quedará con la siguiente redacción:

«Artículo 10. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas menores de edad.

1. Las personas menores de edad tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y sobre las propuestas terapéuticas de forma adaptada a su edad y a su capacidad de comprensión.

2. En particular, tanto si son hospitalizadas como si no, las personas menores de edad que se encuentren en el proceso final de su vida tendrán derecho:

a) A recibir información adaptada a su edad, madurez o desarrollo mental y estado afectivo y psicológico, sobre el conjunto del tratamiento médico o de cuidados paliativos al que se les somete y las perspectivas positivas que este ofrece.

b) A ser atendidos, tanto en la recepción como en el seguimiento, de manera individual y, en lo posible, siempre por el mismo equipo de profesionales.

c) A estar acompañados el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, de sus progenitores o de las personas que los sustituyan, quienes no asistirán como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria o asistencia domiciliaria, salvo que ello pudiera perjudicar u obstaculizar la aplicación de los tratamientos oportunos.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

d) A contactar con sus progenitores, o con las personas que los sustituyan, en momentos de tensión, para lo cual dispondrán de los medios adecuados.

e) A ser hospitalizados, cuando lo sean, junto a otros menores, por lo que se evitará todo lo posible su hospitalización entre personas adultas.

f) A disponer de locales adecuados que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juego, de acuerdo con las normas oficiales de seguridad y accesibilidad.

g) A proseguir su formación escolar y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición.

h) A disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes, libros, medios audiovisuales u otros recursos didácticos y de entretenimiento adecuados a su edad.

i) A la seguridad de recibir los cuidados precisos, incluso si para ello fuera necesaria la intervención de la justicia, en los casos en que los progenitores o la persona que los sustituya se los negaran, por razones religiosas, culturales o cualesquiera otras, o no estuvieran en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la necesidad, debiendo prevalecer en todos los casos el derecho a la vida, a la integridad física y el interés superior de la persona menor de edad.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, cuando el paciente menor de edad no se halle en condiciones de comprender el alcance de la intervención, dará el consentimiento el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene suficiente juicio o madurez y en todo caso si tiene doce años cumplidos.

Cuando se trate de mayores de dieciséis años, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

4. Del mismo modo, asistirá a sus progenitores, tutores o guardadores legales el derecho:

a) A ser informados acerca del estado de salud del menor, sin perjuicio del derecho fundamental de estos últimos a su intimidad en función de su edad, estado afectivo y desarrollo intelectual.

b) A ser informados de las pruebas de detección o de tratamiento que se considere oportuno aplicar al menor, y a dar su consentimiento previo para su realización en los términos previstos en los apartados anteriores. En caso de que no prestaran su consentimiento, será la autoridad judicial, previa prescripción facultativa, quien otorgará, en su caso, el consentimiento, primando siempre el derecho a la vida y a la salud de la persona menor de edad.»

JUSTIFICACIÓN

El apartado 1 se mantiene sin modificaciones.

En relación con el apartado 2, la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia es una Ley dictada por el Parlamento Vasco y, en consecuencia, su ámbito de aplicación se reduce al territorio de su competencia. Se estima por otro lado conveniente mantener el catálogo de derechos que contempla la norma autonómica.

Además, el artículo 2 punto 1 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia que modificó la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de Enjuiciamiento Civil (LOPJM) establece que «todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado. En la aplicación de la presente ley y demás normas que le afecten, así como en las medidas concernientes a los menores que adopten las instituciones, públicas o privadas, los Tribunales, o los órganos legislativos primará el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

Las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva y, en todo caso, siempre en el interés superior del menor».

En cuanto al apartado 3, primer párrafo: En este sentido se pronuncia en numerosos artículos la LOPJM y del Código Civil a partir de la reforma del sistema de protección a la infancia operada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Entre otros, cabe señalar el artículo 17 y el artículo 20 bis de la citada ley así como los artículos 161, 172, 173, 176 y 178 del Código Civil.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 83

En el último inciso, no se determina quién ha de tomar la «decisión correspondiente» de la intervención del menor emancipado o mayor de dieciséis años, lo que genera inseguridad. La propuesta se limita a trasladar el mismo inciso según la redacción del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en línea con el criterio general de la ley y singularmente en coherencia con el contenido del artículo 4, letra d).

Asimismo, se elimina la referencia a la «capacidad» o «incapacidad» para adaptar la terminología empleada a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

En relación con el apartado 4, la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia, es una Ley dictada por el Parlamento Vasco y, en consecuencia, su ámbito de aplicación se reduce al territorio de su competencia. Se estima por otro lado conveniente mantener el catálogo de derechos que contempla la norma autonómica. El contenido que se suprime, relativo a los menores de doce años (adolescentes), específico de la norma autonómica queda suplido en el apartado 3, que se refiere genéricamente a los menores de edad para imponer solo la audiencia a los menores de doce años cumplidos.

ENMIENDA NÚM. 115

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

De adición.

Se añade un artículo nuevo, a ubicar entre los artículos 10 y 11 (con la consiguiente reenumeración de los artículos posteriores) quedando con la siguiente redacción:

«Artículo nuevo (XXXX). Control judicial de la prestación del consentimiento.

1. Será competente para dirimir las cuestiones relativas a la prestación del consentimiento y el ejercicio del derecho a la toma de decisiones reconocidos en los artículos 9 y 10 de esta ley, el Juez de Primera Instancia del lugar donde, al tiempo de la solicitud, se estuviere prestando la asistencia sanitaria a la persona incurso en el proceso final de su vida.

2. El procedimiento se ajustará a los trámites previstos en el artículo 85 de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria, con las siguientes especialidades:

a) Si la solicitud de medidas procediera del centro sanitario se acompañará necesariamente informe justificativo de la medida que se solicita desde el punto de vista clínico y copia de toda la información asistencial que se hubiera facilitado, consentimiento informado, instrucciones previas que se hubieren otorgado, así como cualquier manifestación relativa a la ratificación, modificación o revocación del consentimiento prestado por la persona afectada por la medida o su representante. La misma información será recabada por el Letrado de la Administración de Justicia al tiempo de la admisión de la solicitud.

b) La audiencia a la persona afectada por la medida, o al menor, sólo podrá omitirse cuando de los informes médicos resulte imposible la comunicación con el paciente.

c) El Juez podrá recabar cuantos informes y dictámenes precise y, en particular, la alternativa o propuesta emitida por el Comité de Ética Asistencial conforme a lo previsto en el artículo 23 de esta ley, así como oír a cuantas personas estime conveniente para justificar su decisión.»

JUSTIFICACIÓN

Los artículos 9 y 10 permiten la posibilidad de que se pueda establecer disensión en cuanto a la prestación del consentimiento y sus consecuencias. Concretamente el inciso final del apartado 1 del

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 84

artículo 9, la letra i del apartado 2 del artículo 10 y en la redacción actual el último inciso de la letra b) del apartado 4 del artículo 10. No obstante no se determina ni el juez competente ni el procedimiento a seguir, lo que genera inseguridad jurídica.

Tratándose de materia relativa a la capacidad, desde la perspectiva de la validación del consentimiento, la competencia natural corresponde al Juez de Primera Instancia —cuya sustitución por el Juez de Instrucción en casos de urgencia está reglada—, optándose por razones de proximidad por el del lugar donde se esté prestando la asistencia. Este será el Centro Sanitario, Residencial o el domicilio que no siempre coincidirán primándose la proximidad de la relación médico paciente.

Se propone el procedimiento previsto en el artículo 85 de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria, por su carácter dinámico y flexible, relativo además a materia de capacidad o revisión del consentimiento. Como referencia es el procedimiento señalado en la disposición adicional primera de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor para todas las resoluciones derivadas de su protección que parece extensible a todo supuesto de capacidad alterada de hecho, al que respondería una discrepancia que haya de ser sometida al Juez. Asimismo es el procedimiento señalado en otras decisiones críticas como el trasplante de órganos por un donante vivo (art. 8 Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad).

No es razonable adoptar procedimientos distintos en función de que la persona sea mayor o menor y en todo caso el trámite es también común a los supuestos de la sección tercera: Sección 3.^a De las medidas de protección relativas al ejercicio inadecuado de la potestad de guarda o de administración de los bienes del menor o persona con capacidad modificada judicialmente.

Las especialidades que se indican buscan la agilización del procedimiento que pudiera revestir las características de urgente, mediante el acopio previo de la información relativa al consentimiento; la moderación de la obligación de oír al interesado cuando ello resulte inútil por falta de comunicación llegado el momento de dirimir la controversia y una cláusula abierta para la práctica de prueba de oficio reconocida en todos los procesos civiles relativos a la capacidad de las personas.

ENMIENDA NÚM. 116

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 11, apartado 1

De modificación.

Se modifica el apartado 1 del artículo 11, que quedará con la siguiente redacción:

«1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a recibir cuidados paliativos de calidad y, por lo tanto, a una atención integral que prevenga y alivie el dolor y otros síntomas físicos, así como las necesidades emocionales, psicológicas, y sociales. Cuando los síntomas sean refractarios a los tratamientos específicos, se tratarán mediante la sedación paliativa de acuerdo a la necesidad y a su indicación médica. La atención será extensible, en su medida, a las personas a ellas vinculadas, y podrá abarcar incluso los momentos posteriores al fallecimiento de la persona enferma, durante el proceso de duelo.»

JUSTIFICACIÓN

Este es un derecho de gran importancia en esta ley, y el eje de su contenido: la atención específica y de calidad que deben recibir las personas en el proceso final de su vida. Por eso, se subraya el término «cuidados paliativos de calidad» y se añade que debe extenderse al dolor pero también a otros muchos síntomas físicos y necesidades emocionales, psicológicas y sociales presentes en esos momentos. Se

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 85

explica con mayor claridad el uso de la sedación, haciendo hincapié en que debe de administrarse de la manera adecuada —como cualquier otro tratamiento— para que consiga el alivio buscado. Importa hacerlo así, para poner esta medida en su lugar de calidad asistencial.

Se propone retirar la frase «aunque ello implique un acortamiento de su vida» por dos motivos. Porque no hay demostración científica de que la sedación acorte la vida cuando está bien realizada (hay estudios que se hacen esta pregunta).

Porque en todo tratamiento bien indicado y realizado, se asumen unos potenciales efectos secundarios que se buscan minimizar, que no son la finalidad del tratamiento y que se asumen en un adecuado balance de riesgos y beneficios.

ENMIENDA NÚM. 117

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 12, apartado 1

De modificación.

Se modifica el apartado 1 del artículo 12, que quedará con la siguiente redacción:

«1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida y que requieran permanecer ingresados en un centro sanitario tienen derecho a que se les permita el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social en los centros e instituciones sanitarias.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora de redacción.

ENMIENDA NÚM. 118

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 13, apartado 1, párrafo 2.º

De supresión.

Se propone la supresión del párrafo 2.º del apartado 1 del artículo 13.

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica. El párrafo segundo de este artículo 13 está también recogido en el artículo 22, que resulta una sede más adecuada para esta regla de la habitación individual.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 86

ENMIENDA NÚM. 119

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 15, apartado 2

De modificación.

Se modifica el apartado 2 del artículo 15, que quedará con la siguiente redacción:

«2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar su voluntad y sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en sus respectivas normas de desarrollo, dentro de la *lex artis*.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, si el paciente se encontrase en situación que le impida manifestar libremente su voluntad, el personal médico deberá consultar el Registro Nacional de Instrucciones Previas, dejando constancia de dicha consulta en la historia clínica, y respetar la voluntad manifestada en él por el paciente.»

JUSTIFICACIÓN

Si se enmarca toda la actuación médica y la relación con el paciente y sus derechos dentro de la buena práctica clínica o *lex artis*, no se introducirán valores personales ajenos al bien del paciente ni a la naturaleza del acto médico; tampoco se requerirá la objeción de conciencia, ya que no cabe objetar de lo que debe hacerse por el propio contenido de la buena praxis.

Por otra parte, en el establecimiento del juicio clínico, el médico tiene en cuenta la información clínica, pero también intervienen muchos valores personales que forman parte de esa decisión: experiencia, integridad, compromiso, prudencia, etc. La acción médica no es técnica, es humana.

Además, no se deben confundir «convicciones personales y morales» (que toda persona incluye necesariamente en sus juicios y actuaciones, del tipo que sean, también profesional), con «ideología» que debe estar ausente de este ámbito de decisión. Esta problemática se resuelve con lo explicado en el párrafo anterior.

Finalmente, se modifica el párrafo segundo por adaptación terminológica a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

ENMIENDA NÚM. 120

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 15, apartado 3

De supresión.

Se propone la supresión del apartado 3 del artículo 15.

JUSTIFICACIÓN

Adaptación a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 87

ENMIENDA NÚM. 121

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 15, apartado 4

De supresión.

Se propone la supresión del apartado 4 del artículo 15.

JUSTIFICACIÓN

Se suprime por innecesario. Dado que el acto no es ilícito, no genera responsabilidad.

ENMIENDA NÚM. 122

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 16, título y apartado 1

De modificación.

Se modifica el título y el apartado 1 del artículo 16, que quedarán con la siguiente redacción:

«Artículo 16. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de imposibilidad para la toma de decisiones.

1. El médico responsable es quien debe valorar si la persona que se halla bajo atención médica pudiera encontrarse en una situación que le impidiera decidir por sí misma. Tal valoración debe constar adecuadamente en la historia clínica. Para determinar dicha situación se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:

- a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
- b) Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones.
- c) Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.
- d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
- e) Si no logra tomar, finalmente, una decisión o comunicarla.

[....]»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica y adaptación terminológica a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 88

ENMIENDA NÚM. 123

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 16, apartado 2

De modificación.

Se modifica el apartado 2 del artículo 16, que quedará con la siguiente redacción:

«2. Para la valoración de estos criterios se deberá contar con la opinión de otros profesionales implicados directamente en la atención de los pacientes. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica. Asimismo, se podrá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión.»

JUSTIFICACIÓN

Importa reforzar la objetividad y seguridad jurídica en un tema de tanta importancia. Además, la valoración del personal de enfermería complementa y enriquece a la del médico.

ENMIENDA NÚM. 124

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 16, apartado 3

De modificación.

Se modifica el apartado 3 del artículo 16, que quedará con la siguiente redacción:

«Artículo 16. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de imposibilidad para la toma de decisiones.

[...]

3. Una vez establecida la situación de imposibilidad para la toma de decisiones, el médico responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quien deba proveer el apoyo correspondiente, conforme a lo previsto en el artículo 9.1.

[...]»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica y adaptación a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 89

ENMIENDA NÚM. 125

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 17, apartados 1 y 2

De modificación.

Se modifica los apartados 1 y 2 del artículo 17, que quedarán con la siguiente redacción:

«Artículo 17. Deberes respecto a la adecuación del esfuerzo terapéutico.

1. El médico responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, adecuará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica.

2. Dicha adecuación se llevará a cabo oído el criterio profesional del personal de enfermería responsable de los cuidados, y requerirá que la opinión del médico responsable sea coincidente con la de, al menos, otro médico de los que participen en su atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.»

JUSTIFICACIÓN

Por coherencia con la enmienda al artículo 4.f). Se quiere mantener la idea de evitar el uso de medidas fútiles o sin beneficio para el paciente y, al mismo tiempo, resaltar que esa limitación no es negativa, no comporta menos calidad o menos cuidados, sino que se trata de adecuar las acciones a la realidad vital, que necesita otro tipo de atención, centrada en la persona y no en las intervenciones, con más esfuerzo en su cuidado y no en su curación, con mayor dedicación al control de los síntomas y la atención de necesidades específicas centradas en su confort físico, psicológico y espiritual, así como en el de sus seres cercanos. Esto supone en muchos casos el refuerzo o incremento de las actuaciones destinadas al control de síntomas, de una manera más específica y cualificada.

ENMIENDA NÚM. 126

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 17, apartado 4

De modificación.

Se modifica el apartado 4 del artículo 17, que quedará con la siguiente redacción:

«4. Cuando los pacientes se encuentren en situación de agonía se suspenderán todos aquellos tratamientos o medidas de soporte que no sean precisos para mantener el control de los síntomas, a fin de no alargar innecesariamente el proceso de agonía.»

JUSTIFICACIÓN

Lo que dicta la adecuación de las medidas a las estrictamente sintomáticas, es la agonía, no la sedación. En otras palabras, también se deben mantener únicamente las medidas de confort en pacientes en situación de agonía no sedados.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 90

ENMIENDA NÚM. 127

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la disposición final primera

De modificación.

Esta disposición final modifica 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.

Se propone modificar la redacción de los apartados 1 y 4 del artículo 11 y añadir un nuevo artículo 11 bis. La disposición final primera quedaría con la siguiente redacción:

«Disposición final primera. Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Uno. Se modifica el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que queda redactado como sigue:

“Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por medio de las instrucciones previas, una persona mayor de edad, manifiesta anticipadamente su voluntad, dentro de los límites legales, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre el tratamiento de su salud y los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. Igualmente, podrá designar un representante y determinar sus funciones, a las que este deberá atenerse.

2. Las instrucciones previas serán válidas y eficaces en todo el territorio nacional cuando consten en documento público o, siempre que, otorgadas por escrito de acuerdo con lo establecido en la normativa autonómica aplicable, se inscriban en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

3. Las instrucciones previas serán libremente revocables por cualquiera de los medios previstos para su otorgamiento.

4. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, siempre que no contravengan el ordenamiento jurídico ni la ‘lex artis’, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas.”

Dos. Se añade un artículo 11 bis a 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, con la siguiente redacción:

“Artículo 11 bis. Planificación Anticipada de los Cuidados.

1. Se entiende por Planificación Anticipada de los Cuidados el proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente mayor de edad, capaz e informado, ayudado por el equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros, sobre los que expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir personalmente. Se trata de un proceso comunicativo y dinámico que permite adecuar los deseos del paciente ante la variación del curso de la enfermedad facilitando la comunicación con la familia y el equipo sanitario.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

2. Esta planificación puede incluir la comprensión del paciente sobre su enfermedad, valores y creencias, preferencias sobre su tratamiento y cuidado, las intervenciones que autoriza o rechaza, las decisiones relacionadas con su fallecimiento, y la designación de un representante. Todo ello deberá constar en la historia clínica.

3. La Planificación Anticipada de los Cuidados expresada en la historia clínica es válida y eficaz en todo el territorio nacional. No será de aplicación cuando contravenga lo establecido en el ordenamiento jurídico o la 'lex artis'. Será complementario con el documento de instrucciones previas del propio paciente, si existiera.

4. Cada servicio de salud adaptará su normativa en materia de historia clínica a lo establecido en este artículo.»»

JUSTIFICACIÓN

Por una parte, por adaptación a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006.

Por otra parte, es fundamental respetar, tanto el ordenamiento jurídico, como la lex artis: en la vigente Ley 41/2002, que se quiere aquí modificar, así aparece. No hay razón para eliminar la lex artis, salvo intereses que pueden volverse en contra de los pacientes.

El paciente en situación terminal y los agentes sanitarios que lo atienden, deben gozar de la máxima protección. Si se desvincula la atención médica de la lex artis no es posible garantizar la buena práctica médica, ni con toda la fuerza coercitiva de la legislación del Estado, con lo que se produciría el efecto contrario al pretendido con esta ley. Se considera muy grave modificar de esta manera una ley tan importante en esta materia: afecta al núcleo mismo de la profesión médica.

Por lo que respecta a la introducción de un nuevo artículo 11 bis, la Planificación Anticipada de los Cuidados es un proceso comunicativo entre el paciente y su equipo de atención sanitaria que facilita y promueve la incorporación de los deseos y valores de la persona en el proceso de morir. Es más realista y acorde a la situación concreta de la enfermedad que las «instrucciones previas», que constituyen un evento aislado y muchas veces desvinculado de la situación clínica. Esto hace que la mayoría de los ciudadanos no establezcan las voluntades anticipadas, pudiendo perder la oportunidad de incorporar sus deseos cuando no puedan hacerlo.

En la práctica, la aplicación de directrices avanzadas es compleja tanto porque las preferencias del paciente pueden cambiar según circunstancias, como porque la situación del final de la propia vida es imposible de abarcar en un documento. Investigaciones recientes apoyan la idea de que las preferencias por la atención no son fijos, sino emergen en un contexto clínico de un proceso de discusión y retroalimentación dentro de la red de relaciones más importantes del paciente. Además, la realidad clínica frecuentemente es diferente y más compleja que la situación que se imaginó. Las directrices avanzadas resultan entonces demasiado vagas o no son suficientemente específicas para la situación real. Por otra parte, una vez que los pacientes avanzan en el proceso de enfermedad, hablar acerca de las decisiones anticipadas se hace más relevante para su vida. Si es difícil tomar decisiones sobre cuestiones tan complejas en nombre propio, lo es aún más hacerlo como representante, presuntamente asumiendo los valores vitales de la persona representada.

Como alternativa, se propone la planificación anticipada de la asistencia, que es el proceso de diseñar con el paciente su atención sanitaria, previendo las situaciones futuras y tomando decisiones, en base a sus deseos o preferencias, sobre cómo proceder ante sucesos que puedan sobrevenir. Este proceso se lleva a cabo con un enfoque paso a paso (es un proceso, no un evento), en la que los pacientes, con sus profesionales y familiares, exploran, discuten, articulan (y documentan) sus preferencias, incluidas su revisión y actualización periódica. En el contexto de una buena relación clínica, los documentos de directrices avanzadas, cobran todo su sentido, y en él la familia o los seres queridos tienen un lugar. La planificación anticipada de la asistencia así establecido, como un proceso comunicativo y relacional, debería fomentarse en pacientes con procesos crónicos y enfermedades avanzadas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 92

A la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales

El Grupo Parlamentario Mixto, a iniciativa de don Carlos Salvador Armendáriz y don Íñigo Alli Martínez, Diputados de Unión del Pueblo Navarro (UPN), al amparo de lo dispuesto en el artículo 110 del Reglamento de la Cámara, presentan las siguientes enmiendas al articulado de la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de septiembre de 2017.—**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz e Íñigo Jesús Alli Martínez**, Diputados.—**Carles Campuzano i Canadés**, Portavoz Adjunto del Grupo Parlamentario Mixto.

ENMIENDA NÚM. 128

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

A la exposición de motivos I

De modificación.

Redacción que se propone (en sustitución del texto original de la Proposición de Ley):

«El proceso de morir constituye la última de las etapas de la biografía personal de cada ser humano, que demanda el máximo respeto de la dignidad de la persona. El proceso de morir tiene una profunda significación existencial y unas peculiaridades de atención, cuidado y respeto del proceso de toma de decisiones que los profesionales sanitarios y las instituciones deben facilitar. Estos principios se fundamentan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca del que está en proceso de morir, cuya fragilidad y dependencia lo hacen especialmente vulnerable y digno de atención, dedicación y respeto.

En nuestra sociedad se ha modificado el escenario tradicional del proceso de enfermar y morir; hoy morimos más tarde, en general, después de un proceso centrado en la atención a la enfermedad, que transcurre en un entorno sanitario tecnológicamente bien dotado y muy enfocado a curar. Es necesario reconocer que hay un momento en la vida de toda persona en el que la finalidad de la medicina se centra en cuidar y no en curar, asumiendo la muerte como el desenlace natural de la vida: en esos momentos, es necesario adecuar las medidas terapéuticas, de modo que se eviten intervenciones fútiles y sin beneficio para el paciente; y por el contrario, se potencien los cuidados que garanticen el confort y el tratamiento de los síntomas, como el dolor, que generan sufrimiento. También en estos momentos de fragilidad y de dependencia funcional la persona enferma debe ser protagonista de su proceso, centro y sujeto activo de atención y no mero objeto pasivo de cuidados.

El fundamento de la ley es el reconocimiento de la dignidad como un valor intrínseco de la persona y base del respeto que todos merecemos, que no depende del grado de conciencia ni de la autonomía, y que debe regir también en el final de la vida. Es importante distinguir los conceptos de dignidad y autonomía. La dignidad es un valor intrínseco y absoluto de toda persona y no es gradual, mientras que sí puede serlo la autonomía, que depende del grado de vulnerabilidad, fragilidad y dependencia específico de un ser humano que es biológico, histórico y social. El principio de dignidad es el que da lugar a la autonomía; como reconoce el legislador, el primero es absoluto y por tanto no susceptible de regulación legal, mientras que el de autonomía es relativo y objeto posible de regulación.

Legislar en este ámbito supone la defensa de la autonomía del paciente y la consiguiente necesidad de reconocer su participación, según su capacidad, en la toma de decisiones. En sociedades multiculturales el respeto a la autonomía personal implica que la dignidad, igual para cada persona, se concrete en concepciones diferentes de calidad de vida, en valores y creencias personales que configuran su historia original y única de vida.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 93

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 129

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

A la exposición de motivos II

De adición.

Redacción que se propone:

«Respecto al marco normativo y jurisprudencial en el que se inscribe la presente ley, cabe comenzar citando la Constitución Española, que, en su artículo 10.1, proclama que (da dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social”. Asimismo, en su artículo 15, consagra el “derecho de todos a la vida y a la integridad física y moral”, y en su artículo 18.1, el derecho “a la intimidad personal y familiar”. Por su parte, el artículo 43 de nuestra Carta Magna reconoce “el derecho a la protección de la salud” y encomienda a los poderes públicos “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”, añadiendo que “la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.”

La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea reconoce el derecho de toda persona a la integridad física y psíquica, y la obligación, congruente con él, de respetar, en el marco de la medicina y la biología, “el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley”. El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1997, consagra el mismo principio; y, más específicamente, las Recomendaciones 1418/1999 y 24/2003 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre “Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos” y “Organización de Cuidados Paliativos”, respectivamente, vinculan el tratamiento y cuidado de las personas en el proceso final de su vida con la necesidad de velar por su dignidad y autonomía personal, además de con la prevención del sufrimiento, y de adoptar medidas legislativas para establecer un marco coherente en relación con ellas; y, en fin, la Resolución 1.649 de la misma Asamblea del Consejo de Europa “Cuidados paliativos: un modelo para una política social y de salud innovadora” considera los cuidados paliativos como un componente esencial de una atención sanitaria basada en la dignidad, la autonomía y los derechos de los pacientes. Asimismo, y en idéntico sentido, se pronuncia la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (art. 5), aprobada por la Conferencia General de la Unesco el 19 de octubre de 2005.

Tradicionalmente, el derecho constitucional a la protección de la salud se ha interpretado desde el punto de vista de la garantía a recibir cuidados sanitarios frente a la enfermedad. Sin embargo, ya la vigente 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, partiendo de los principios de respeto a la dignidad personal, a la libre autonomía de la voluntad y a la intimidad, estableció la regla general de que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios del sistema sanitario y el derecho de estos a decidir libremente, después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles, así como a negarse a recibir el tratamiento indicado por el personal sanitario, excepto en los casos determinados en la ley.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 94

También el Tribunal Constitucional, además de haber reconocido el derecho de las personas a rechazar un tratamiento, aun a sabiendas de que ello puede hacer que peligre su vida (SSTC 120/1990, 119/2001 y 154/2002), afirmó, en su Sentencia de 28 de marzo de 2011, que el rechazo al tratamiento, intervención o procedimiento recomendado por los profesionales sanitarios forma parte del artículo 15 de la Constitución, al entenderse como “una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas”; la cual sería “precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, aun cuando Pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, caso Pretty c. Reino Unido, § 63), y también por este Tribunal (STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9)”.

Asimismo, algunas Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus propias competencias, han regulado con desigual extensión esta materia. En ese sentido, la presente ley se configura como norma estatal básica que reconoce en nuestro país una serie de derechos a todas las personas, con independencia del territorio o de la Administración sanitaria encargada de velar por su tratamiento en el proceso final de la vida. Esta regulación, en la medida en que contiene una previsión de derechos de las personas en el marco de la prestación de los servicios sanitarios y una garantía en el acceso a prestaciones concretas, debe articularse a partir del mandato del artículo 43.2 de la Constitución, y con pleno respeto al reparto competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas, de conformidad con el artículo 149.1.16.^a de la misma, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 130

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

A la exposición de motivos III, párrafo primero

De modificación.

Redacción que se propone:

«Con ello se pretende, por un lado, ampliar los derechos de las personas que residen en nuestro país, sin perjuicio de los elementos adicionales o de desarrollo que introduzca el correspondiente ordenamiento autonómico. De este modo, todos los ciudadanos pueden sentirse protegidos, con suficiente certeza jurídica y precisión de las obligaciones que su respeto comporta, por ese conjunto de derechos ante una situación que por su propia naturaleza viene marcada por la dificultad y la incertidumbre. Al mismo tiempo, es necesario dotar a todos los profesionales sanitarios del apoyo, la información y las herramientas necesarias para asumir su papel con seguridad y reducir la conflictividad y favorecer la comunicación y relación con el paciente y su familia en una situación dolorosa y compleja como es la del final de la vida. Constituye una obligación ineludible con ellos y un compromiso decidido con la ciudadanía.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 95

JUSTIFICACIÓN

Con el objetivo ambicioso de mejorar la calidad de la atención al final de la vida, la comunicación con el paciente y su familia es un elemento determinante dentro de las necesidades de estos pacientes.

ENMIENDA NÚM. 131

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

A la exposición de motivos III, párrafo segundo

De modificación.

Redacción que se propone:

«Teniendo en cuenta todo lo anterior, mediante la presente ley se pretende, en primer lugar, clarificar y asegurar la calidad de la atención sanitaria en el proceso de morir, pudiendo así dar una respuesta legal a los dilemas a los que se enfrentan las Administraciones y el personal sanitario en el caso de las personas que se encuentran ante el proceso final de su vida. Una situación en la que el respeto a la dignidad del paciente provoca que, la asistencia sanitaria más adecuada para velar por el bienestar de la persona, no siempre se corresponda con aquella que resulte más efectiva a la hora de alargar el tiempo de vida tenga como criterio el control de los síntomas y el cuidado, y no la obstinación por una curación no posible o la pretensión de alargar la vida sin fundamento clínico. En tales circunstancias, los cuidados paliativos, dirigidos a mitigar el dolor de los pacientes, incluso cuando ello pueda acortar o incluso poner en peligro inminente su vida, pueden ser la atención y cuidado integral del paciente y de su familia, incluido el adecuado control del dolor y otros síntomas constituyen la opción más adecuada y, a la vez, la más humana para garantizar que puedan afrontar el proceso final de su vida de manera digna conforme a la dignidad de las personas. Los cuidados paliativos respetan el curso natural del proceso de morir: no tratan de alargar la vida ni de acortarla.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 132

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

A la exposición de motivos III, párrafo cuarto

De modificación.

Redacción que se propone:

«Por tanto, en cuanto al objeto de la ley, cabe reiterar que ésta se ocupa del proceso del final de la vida, concebido como un final próximo e irreversible, en el contexto de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. Es un proceso eventualmente doloroso y potencialmente lesivo de complejo, donde se hace necesario ser especialmente respetuoso con la dignidad de quien lo

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 96

padece, para, en la medida de lo posible, aliviarlo, en su transcurrir con respeto a la autonomía, integridad física e intimidad personal de la persona. Para eso, se deben asegurar los medios que garanticen una correcta atención desde el punto de vista de la buena práctica médica («lex artis»), que se centre en el alivio de los síntomas y en el confort, incorporando en una relación terapéutica de ayuda el respeto a la autonomía, integridad física e intimidad personal del paciente.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 133

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

A la exposición de motivos IV, párrafo tercero, in fine

De modificación.

Redacción que se propone:

«... que van desde la posibilidad de la persona que se encuentra ante el proceso final de su vida de designar representante hasta la previsión de las llamadas instrucciones previas y sus formas de modificación, facilitando un proceso comunicativo y dinámico en el que se trace una planificación anticipada de los cuidados.»

JUSTIFICACIÓN

La «planificación anticipada de los cuidados» es un proceso comunicativo entre el paciente y su equipo de atención sanitaria que facilita y promueve la incorporación de los deseos y valores de la persona en el proceso de morir. Es más realista y acorde a la situación concreta de la enfermedad que las «instrucciones previas», que constituyen un evento aislado y muchas veces desvinculado de la situación clínica.

ENMIENDA NÚM. 134

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

A la exposición de motivos IV, párrafo cuarto

De modificación.

Redacción que se propone:

«En todos los casos, el objetivo consiste en garantizar un cuidado acorde a la situación del proceso del final de la vida, en el que se asegure una atención sanitaria de calidad y la garantía de la buena práctica clínica, que incorpora necesariamente el protagonismo de la ~~primacía~~ de la voluntad de la persona en el proceso final de su vida, así como las vías de conocimiento y manifestación de dicha voluntad, y de proscribir cualquier consecuencia discriminatoria en la

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 97

atención sanitaria que pudiera derivarse de dicha voluntad y, específicamente, del rechazo a determinados tratamientos, intervenciones o procedimientos.»

JUSTIFICACIÓN

La mejor garantía para el paciente, incluida la expresión de su voluntad, es asegurar la buena práctica médica: los medios, los conocimientos y las acciones centradas en la atención integral de la persona en el final de su vida. Si esto no se garantiza, no se puede asegurar la autonomía de las personas en el proceso de morir, ya que su atención sanitaria podría ser reducida a un cumplimiento contractual de mínimos legales, dejando desprotegido a la mayoría de los pacientes en esta fase de la vida, que requieren mucho más que el cumplimiento de una eventual declaración de voluntad particular.

ENMIENDA NÚM. 135

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

A la exposición de motivos IV, párrafo quinto

De modificación.

Redacción que se propone:

«En la declaración de derechos se incluye también aquellos que tienen por objeto las prestaciones sanitarias y de otra índole a las que deben poder acceder las personas en el proceso final de su vida: los cuidados paliativos integrales y el tratamiento del dolor y otros síntomas, previendo específicamente el derecho a la sedación paliativa, ~~incluso cuando ello pudiera implicar un acortamiento de la vida cuando esté indicada~~; el derecho a recibir tales cuidados paliativos en su domicilio o en otro lugar que designen, o, en caso de que requieran asistencia en régimen de internamiento hospitalario, que se les permita el acompañamiento de sus familiares, allegados y el auxilio espiritual que deseen, y el respeto a su intimidad personal y familiar, en particular, mediante la estancia en habitación individual de los pacientes en situación terminal, sometiendo estos últimos derechos a la compatibilidad con las medidas necesarias para una atención sanitaria de calidad.»

JUSTIFICACIÓN

Los cuidados paliativos deben atender a todas las necesidades derivadas de la enfermedad terminal. En esas circunstancias, los síntomas son múltiples y cambiantes, afectan a la esfera física y también a la psicológica y espiritual.

La sedación paliativa es una actuación médica que tiene unas indicaciones clínicas bien definidas. Cuando se dan las circunstancias que determinan su indicación, corresponde a la buena práctica médica su aplicación, como cualquier otro tratamiento o medida sanitaria. Por eso no se considera como un derecho en sí misma, sino que el derecho es a recibir los tratamientos adecuados para cada problema, entre ellos la sedación paliativa (no se habla del derecho a recibir antibióticos en una infección bacteriana, por ejemplo). De otra forma, si se considera como un derecho específico, se puede entender que no depende de la indicación clínica, sino únicamente de la reclamación de ese derecho, aunque no se den las condiciones para aplicarla. Por último, se propone retirar la frase «aunque ello implique un acortamiento de su vida» por dos motivos: porque no hay demostración científica de que la sedación acorte la vida cuando está bien realizada (hay estudios que se hacen esta pregunta); porque en todo tratamiento bien indicado y realizado, se asumen unos potenciales efectos secundarios que se buscan minimizar, que no son la finalidad del tratamiento y que se asumen en un adecuado balance de riesgos y beneficios.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 98

ENMIENDA NÚM. 136

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

A la exposición de motivos IV, párrafo sexto

De modificación.

Redacción que se propone:

«Los preceptos contenidos en los títulos II y III determinan el marco de actuación de los profesionales sanitarios y las obligaciones de las administraciones concernidas al objeto de dar satisfacción a los derechos recogidos en el título I, todos ellos relacionados con el derecho del paciente a que se respete su voluntad, que se configura como mandato fundamental del personal sanitario siempre que sea acorde con la "lex artis", y, en consecuencia, como clave de su seguridad jurídica y de su régimen de responsabilidad. A tal efecto, se prevén las garantías necesarias para que esa voluntad se configure de modo plenamente informado y para que los profesionales puedan acceder a la misma, así como el deber de limitar adecuar el esfuerzo terapéutico a la situación del paciente, evitando la obstinación terapéutica y dando plena cobertura a la disminución adecuación proporcional de ~~ese esfuerzo~~ las medidas diagnósticas y terapéuticas en razón del bienestar del paciente, siempre con las garantías de decisión compartida por varios profesionales y de información al paciente y respeto a su voluntad.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 137

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 1

De modificación.

Redacción que se propone:

«La presente ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona ante el proceso natural del final de su vida y los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes que se encuentren en esta situación, así como las garantías para proteger la dignidad de la persona que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 99

ENMIENDA NÚM. 138

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 2

De modificación.

Redacción que se propone:

«La presente ley será de aplicación a todas las personas que se encuentren ante el proceso natural de final de su vida ~~o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso~~, al personal implicado en su atención sanitaria, así como a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, y a las entidades aseguradoras y mutualidades, que presten sus servicios en todo el territorio nacional; todo ello sin perjuicio de la normativa de desarrollo que, en su caso, establezcan las Comunidades Autónomas en el marco de sus propias competencias.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 139

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 3, letra c)

De modificación.

Redacción que se propone:

«c) La garantía de que el rechazo de un tratamiento por voluntad de la persona o la interrupción del mismo, de acuerdo con la "lex artis", no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral y del derecho a la plena dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 140

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 3, letra d)

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 100

Redacción que se propone:

«d) La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento de los síntomas físicos y ~~problemas de~~ las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que surjan en el proceso final de su vida.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora de la redacción al recoger de forma íntegra todas las «necesidades» que pueden surgir en ese momento vital.

ENMIENDA NÚM. 141

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 4, letra c)

De modificación.

Redacción que se propone:

«c) Cuidados paliativos: Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y ~~psicosociales~~ y espirituales.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica al completar el elenco de síntomas que pueden estar implicados en el proceso natural del final de la vida.

ENMIENDA NÚM. 142

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 4, letra f)

De modificación.

Redacción que se propone:

«f) ~~Limitación~~ Adecuación del esfuerzo terapéutico: Adaptación del tratamiento de manera proporcional a la situación del enfermo en situación terminal, según el pronóstico de cantidad y calidad de vida actuales y futuras. Incluye la retirada o no instauración de una medida de ~~soporte~~ apoyo vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, ~~constituye~~ sólo contribuye, a juicio de los profesionales

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 101

sanitarios implicados, ~~algo más~~ a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría. No constituye una visión restrictiva o negativa de la atención, ya que también implica la instauración de los medios necesarios para el adecuado cuidado y bienestar del paciente, de acuerdo a sus necesidades. En definitiva, se trata de evitar la obstinación terapéutica y de ofrecer los tratamientos adecuados a las necesidades específicas centradas en el cuidado y confort.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 143

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 4, letra g)

De modificación.

Redacción que se propone:

«g) Medida de soporte vital: Intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de la persona, independientemente de que dicha intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base o el proceso biológico, que amenaza la su vida de la misma. Se incluye entre ellas la ventilación mecánica o asistida, la nutrición forzada y la diálisis.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 144

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 4, letras l), m) y n)

De modificación.

Redacción que se propone (en sustitución del texto original de la Proposición de Ley):

«l) Sedación paliativa: es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático. La aplicación de sedación paliativa exige del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias: a) que existe un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios; b) que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación paliativa; c) que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 102

m) Sedación en fase de agonía: es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento. Además de los criterios requeridos en la sedación paliativa, en el caso de la sedación en la agonía se requiere, además, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

n) Síntoma refractario: Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable (y en la fase agónica, breve). En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia.»

JUSTIFICACIÓN

Se proponen las definiciones propuestas por la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y que gozan de consenso general.

ENMIENDA NÚM. 145

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 4, letra t) (nueva)

De adición.

Redacción que se propone:

«t) Planificación anticipada de los cuidados: proceso comunicativo entre el paciente y su equipo de atención sanitaria que permite incorporar los deseos y valores de la persona en el proceso de morir. Es un proceso dinámico que permite adecuar los deseos al cambio de las perspectivas personales ante la variación del curso de la enfermedad. Es relacional y refuerza la comunicación con la familia y el equipo sanitario, consolida el compromiso del personal sanitario con el paciente, responde a las necesidades reales y concretas.»

JUSTIFICACIÓN

La «planificación anticipada de los cuidados» es un proceso comunicativo entre el paciente y su equipo de atención sanitaria que facilita y promueve la incorporación de los deseos y valores de la persona en el proceso de morir. Es más realista y acorde a la situación concreta de la enfermedad que las «instrucciones previas», que constituyen un evento aislado y muchas veces desvinculado de la situación clínica.

ENMIENDA NÚM. 146

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 5, apartado 1

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 103

Redacción que se propone:

«1. Las personas que se encuentren ante el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso tienen derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud y adaptada a sus capacidades cognitivas y sensoriales, en los términos que establecen los artículos 4 y 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. También podrán ser destinatarias de la información sanitaria necesaria terceras personas, con autorización del paciente. ~~Toda información que se le facilite al paciente, así como a terceras personas, debe quedar recogida en el historial clínico.»~~

JUSTIFICACIÓN

Las capacidades cognitivas necesariamente incluyen las sensoriales.
Asimismo, se elimina la última frase por encontrarse dicha materia regulada en el artículo 15 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente.

ENMIENDA NÚM. 147

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 5, apartado 2

De modificación.

Redacción que se propone:

«2. Los pacientes a quienes se les diagnostique una enfermedad irreversible y progresiva en los que se prevea la posibilidad de un desenlace fatal en un medio o ~~largo~~ relativo corto plazo, tienen derecho a ser informados prontamente sobre la posibilidad de establecer un plan anticipado de cuidados, concebido como proceso dinámico que permite adecuar las preferencias del paciente a la realidad clínica concreta que es por definición muy cambiante en la enfermedad terminal en un clima de colaboración y confianza con su equipo de atención sanitaria, o de realizar testamento vital o últimas instrucciones a fin de que tales decisiones sean tomadas de forma reflexiva y con la anticipación suficiente. Dicho plan anticipado de cuidados, testamento vital o instrucciones deberán de figurar en lugar visible en la historia clínica del paciente, tanto en su versión digital como en papel, de tal manera que cualquier médico que acceda a ellas no pueda obviar su existencia.»

JUSTIFICACIÓN

Se introduce el concepto de plan anticipado de cuidados, que responde mejor a la realidad a la hora de incorporar, de una manera dinámica, los deseos y opciones del paciente en el devenir de sus cuidados.

ENMIENDA NÚM. 148

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 5, apartado 3

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 104

Redacción que se propone:

«3. Cuando, a pesar del explícito ofrecimiento de información asistencial por los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes, éstos rechacen voluntaria y libremente el ser informados, se respetará dicha decisión, haciéndoles ver la trascendencia de la misma, y se les solicitará que designen una persona que acepte recibir la información y ~~tomar las decisiones~~ en su representación. Dicha designación se hará por escrito a efectos de dejar constancia en la historia clínica de tal designación. En caso de rechazo como representante por la persona designada, se solicitará que el paciente señale otra, respetando el mismo procedimiento.»

JUSTIFICACIÓN

Puede haber casos en los que el paciente rechace una información pero no renuncie a su protagonismo en la toma de decisiones y que, con la actual redacción dada, quedarían desprotegidos.

ENMIENDA NÚM. 149

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 5, apartado 4

De supresión.

Redacción que se propone:

«4.— ~~En el supuesto de incapacidad o imposibilidad del paciente para comprender la información a causa del estado físico o psíquico, esta será brindada a su representante, o, en su defecto, al cónyuge o pareja de hecho que conviva con el paciente, o a la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o del cuidado de éste, y a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad. En el supuesto de incapacidad declarada judicialmente, la información se le facilitará a la o al representante legal.»~~

JUSTIFICACIÓN

Se propone la supresión por encontrarse regulado en el artículo 9.

ENMIENDA NÚM. 150

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 5, apartado 6

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 105

Redacción que se propone:

«6. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entiende por tal la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes a la persona enferma, cuando por razones justificables objetivas el conocimiento de su propia situación o la demora de la actuación pueda perjudicar su salud de modo grave. En ningún caso se aplicará esta excepción si el paciente se encuentra en situación terminal salvo para medidas destinadas a aliviar los síntomas ~~el sufrimiento~~. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 151

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Artículo 7, apartado 5 (nuevo)

De modificación.

Redacción que se propone:

«Artículo 7. Derecho a otorgar instrucciones previas o planificación anticipada de los cuidados.

1. Toda persona mayor de edad y con plena capacidad de obrar tiene derecho a manifestar anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida. Esta manifestación de voluntad podrá realizarse mediante documento público o en documento otorgado conforme a lo dispuesto en la normativa autonómica aplicable. En este último caso, el documento deberá ser inscrito en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, previsto en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, para su validez y eficacia en todo el territorio nacional.

2. En las instrucciones previas, manifestadas en cualquiera de los instrumentos previstos en el apartado anterior, se podrá designar un representante y determinar sus funciones, a las que este deberá atenerse. El representante actuará siempre buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represente. En todo caso velará para que, en las situaciones clínicas contempladas en la declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represente haya dejado establecidas.

3. Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en ese momento en situación de capacidad, quien la represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en dichas instrucciones.

4. Las instrucciones previas podrán ser modificadas o revocadas por el paciente en cualquier momento mediante cualquiera de los medios previstos para su otorgamiento. En todo caso, cuando la persona que se encuentre en el proceso final de la vida conserve su capacidad, la voluntad manifestada durante dicho proceso prevalecerá sobre cualquier otra previa.

5. Se facilitará y fomentará la planificación anticipada de los cuidados, entendida como un proceso relacional y dinámico de comunicación entre el paciente y su familia y el equipo sanitario, en el que se incorporan los deseos y preferencias del paciente a las decisiones de atención sanitaria, teniendo en cuenta la situación clínica real y concreta.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 106

JUSTIFICACIÓN

De conformidad con lo dispuesto en anteriores enmiendas (números 18 y 27).

ENMIENDA NÚM. 152

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 8, apartado 1

De modificación.

Redacción que se propone:

«1. Toda persona tiene derecho a rechazar el tratamiento, intervención o procedimiento propuestos por los profesionales sanitarios, incluyendo las medidas de soporte vital, tras un proceso de información y decisión libre, voluntaria y consciente, así como a revocar el consentimiento informado emitido respecto de una intervención concreta, lo que implicará necesariamente la interrupción de dicha intervención, ~~aunque ello pueda poner en peligro su vida~~, salvo en lo previsto, por razones de salud pública, en el artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre y sea conforme con la "lex artis".»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 153

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 9, apartado 1, letra a)

De modificación.

Redacción que se propone:

«a) La persona designada específicamente a tal fin en la declaración de voluntad vital anticipada o la que haya designado explícitamente mientras era capaz, en caso de no haber hecho declaración de voluntad vital anticipada.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 107

ENMIENDA NÚM. 154

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 9, apartado 4

De modificación.

Redacción que se propone:

«4. El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación de incapacidad se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal. Para la interpretación de la voluntad de los pacientes se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad. También se tendrá en cuenta el parecer del equipo sanitario responsable de su atención.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 155

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 11, título

De modificación.

Redacción que se propone:

«Derecho a los cuidados paliativos integrales y al tratamiento adecuado del dolor y otros síntomas.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 156

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 11, apartado 1

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 108

Redacción que se propone:

«Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a recibir cuidados paliativos de calidad y, por lo tanto, a una atención integral que prevenga y alivie el dolor y otros síntomas físicos, así como las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales y sus manifestaciones. Cuando los síntomas sean refractarios a los tratamientos específicos, se tratarán mediante la sedación paliativa de acuerdo a la necesidad y a su indicación médica, aunque ello implique un acortamiento de su vida. La atención será extensible, en su medida, a las personas a ellas vinculadas, y podrá abarcar incluso los momentos posteriores al fallecimiento de la persona enferma, durante el proceso de duelo.»

JUSTIFICACIÓN

La redacción dada en la enmienda responde mejor a la calidad y especificidad de la atención que deben recibir las personas en el proceso natural del final de su vida.

ENMIENDA NÚM. 157

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 12, apartado 1

De modificación.

Redacción que se propone:

«1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida y que requieran permanecer ingresados en un centro sanitario tienen derecho a que se les permita el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social en los centros e instituciones sanitarias.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 158

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 12, apartado 2

De modificación.

Redacción que se propone:

«2. Asimismo, las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tendrán derecho a recibir, conforme a sus convicciones y sus creencias, la asistencia espiritual o religiosa que se procuren, de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa. Las indicaciones sobre este extremo podrán ser objeto de expresión en las instrucciones previas.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 109

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 159

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 15, apartado 2

De modificación.

Redacción que se propone:

«2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar su voluntad y sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en sus respectivas normas de desarrollo, dentro de la "lex artis", ~~debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas.~~ En estos casos, el profesional podrán alegar la cláusula de objeción de conciencia de conformidad con lo establecido en el artículo 16 de la Constitución española. ~~siempre y cuando exista un profesional cualificado para sustituirles.»~~

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 160

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Al artículo 16, apartado 2

De modificación.

Redacción que se propone:

«2. Para la valoración de estos criterios se ~~podrá~~ deberá contar con la opinión de otros profesionales implicados directamente en la atención de los pacientes. Asimismo, se podrá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 110

ENMIENDA NÚM. 161

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 17

De modificación.

Redacción que se propone:

«Artículo 17. Deberes respecto a la ~~limitación~~ adecuación del esfuerzo terapéutico.

1. El médico responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, ~~limitará~~ adecuará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la ~~limitación~~ adecuación deberá constar en la historia clínica.

2. Dicha ~~limitación~~ adecuación se llevará a cabo oído el criterio profesional del personal de enfermería responsable de los cuidados, y requerirá que la opinión del médico responsable sea coincidente con la de, al menos, otro médico de los que participen en su atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.

3. En cualquier caso, el médico responsable, así como los demás profesionales sanitarios que atiendan a los pacientes, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y bienestar, lo que en muchos casos significa reforzar las medidas de soporte y control de síntomas de manera más específica y cualificada y a respetar el consentimiento informado del paciente en los términos previstos en la presente ley.

4. Cuando los pacientes se encuentren en situación ~~de sedación en fase~~ de agonía se suspenderán todos aquellos tratamientos o medidas de soporte que no sean precisos para mantener el control de los síntomas, a fin de no alargar innecesariamente el proceso de agonía.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 162

FIRMANTE:

Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)

Al artículo 19, apartado 2

De modificación.

Redacción que se propone:

«2. Los centros e instituciones sanitarias facilitarán, ~~a petición de los pacientes, de las personas que sean sus representantes, o de sus familiares,~~ el acceso de aquellas personas que les puedan proporcionar auxilio espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, procurando, en todo caso, que las mismas no interfieran con las actuaciones del equipo sanitario.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 111

JUSTIFICACIÓN

De conformidad con la enmienda número 31.

ENMIENDA NÚM. 163

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

Artículo 19 bis (nuevo)

De adición.

Redacción que se propone:

«Artículo 19 bis. Acompañamiento asistencial.

1. Los centros e instituciones sanitarias y sociosanitarias garantizarán a los enfermos en situación terminal el adecuado acompañamiento profesional con el fin de proporcionarles la atención integral, individualizada y continuada de los cuidados paliativos, tanto en el domicilio del paciente como en el centro sanitario, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos.

2. Este acompañamiento profesional supondrá la identificación de los enfermos en situación terminal la valoración integral de sus necesidades y el establecimiento de un plan de cuidados, la valoración y el control de síntomas físicos, y psíquicos, indicando el tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor y de otros síntomas, la información y apoyo al paciente en las distintas fases del proceso y en la toma de decisiones y la información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al enfermo. En las situaciones que lo precisen; y particularmente en los casos complejos, se facilitará la atención por la estructura de apoyo sanitario y/o social por los servicios especializados, tanto en consultas como en el domicilio del paciente o mediante internamiento, en su caso.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 164

FIRMANTE:

**Carlos Casimiro Salvador Armendáriz
Íñigo Jesús Alli Martínez
(Grupo Parlamentario Mixto)**

A la disposición final primera, que modifica 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.

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Redacción que se propone:

Se modifica el apartado 4 del artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que queda redactado como sigue:

«Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por medio de las instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, dentro de los límites legales, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre el tratamiento de su salud y los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. Igualmente, podrá designar un representante y determinar sus funciones, a las que este deberá atenerse.

2. Las instrucciones previas serán válidas y eficaces en todo el territorio nacional cuando consten en documento público o, siempre que, otorgadas por escrito de acuerdo con lo establecido en la normativa autonómica aplicable, se inscriban en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

3. Las instrucciones previas serán libremente revocables por cualquiera de los medios previstos para su otorgamiento.

4. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, siempre que no contravengan el ordenamiento jurídico, ni la "lex artis", ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas.»

JUSTIFICACIÓN

Mantener, en ese aspecto, la regulación actualmente vigente.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 113

ÍNDICE DE ENMIENDAS AL ARTICULADO

Exposición de motivos

- Enmienda núm. 24, del G.P. Ciudadanos, párrafo I.
- Enmienda núm. 92, del G.P. Popular, párrafo I.
- Enmienda núm. 128, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx), párrafo I.
- Enmienda núm. 54, del G.P. Socialista, párrafo I, párrafo tercero.
- Enmienda núm. 129, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx), párrafo 11.
- Enmienda núm. 2, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), párrafo III, párrafo primero.
- Enmienda núm. 130, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx), párrafo III, párrafo primero.
- Enmienda núm. 25, del G.P. Ciudadanos, párrafo III, párrafo segundo.
- Enmienda núm. 131, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx), párrafo III, párrafo segundo.
- Enmienda núm. 4, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), párrafo III, párrafo tercero.
- Enmienda núm. 55, del G.P. Socialista, párrafo III, párrafo tercero.
- Enmienda núm. 93, del G.P. Popular, párrafo III, párrafo cuarto.
- Enmienda núm. 132, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx), párrafo III, párrafo cuarto.
- Enmienda núm. 3, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), párrafo III, párrafo nuevo.
- Enmienda núm. 94, del G.P. Popular, párrafo IV, párrafo tercero.
- Enmienda núm. 133, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx), párrafo IV, párrafo tercero.
- Enmienda núm. 95, del G.P. Popular, párrafo IV, párrafo cuarto.
- Enmienda núm. 134, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx), párrafo IV, párrafo cuarto.
- Enmienda núm. 135, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx), párrafo IV, párrafo quinto.
- Enmienda núm. 5, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), párrafo IV, párrafo sexto.
- Enmienda núm. 56, del G.P. Socialista, párrafo IV, párrafo sexto.
- Enmienda núm. 96, del G.P. Popular, párrafo IV, párrafo sexto.
- Enmienda núm. 136, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx), párrafo IV, párrafo sexto.
- Enmienda núm. 6, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), párrafo IV, párrafo séptimo.
- Enmienda núm. 57, del G.P. Socialista, párrafo IV, párrafo séptimo.

Título preliminar

Artículo 1

- Enmienda núm. 7, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 26, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 40, del G.P. Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.
- Enmienda núm. 58, del G.P. Socialista.
- Enmienda núm. 97, del G.P. Popular.
- Enmienda núm. 137, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx).

Artículo 2

- Enmienda núm. 8, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 27, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 37, del G.P. Esquerra Republicana.
- Enmienda núm. 48, del Sr. Campuzano i Canadés (GMx).
- Enmienda núm. 59, del G.P. Socialista.
- Enmienda núm. 98, del G.P. Popular.
- Enmienda núm. 138, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Allí Martínez (GMx).

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 114

Artículo 3

- Enmienda núm. 99, del G.P. Popular, letra c).
- Enmienda núm. 139, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), letra c).
- Enmienda núm. 28, del G.P. Ciudadanos, letra d).
- Enmienda núm. 140, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), letra d).
- Enmienda núm. 41, del G.P. Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, letra nueva.

Artículo 4

- Enmienda núm. 60, del G.P. Socialista.
- Enmienda núm. 29, del G.P. Ciudadanos, letra c).
- Enmienda núm. 141, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), letra c).
- Enmienda núm. 100, del G.P. Popular, letra f).
- Enmienda núm. 142, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), letra f).
- Enmienda núm. 143, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), letra g).
- Enmienda núm. 101, del G.P. Popular, letras k) y p).
- Enmienda núm. 102, del G.P. Popular, letras l), m) y n).
- Enmienda núm. 144, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), letras l), m) y n).
- Enmienda núm. 42, del G.P. Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, letras nuevas.
- Enmienda núm. 145, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), letra nueva.

Artículo 4 bis (nuevo)

- Enmienda núm. 61, del G.P. Socialista.

Título I

Artículo 5

- Enmienda núm. 9, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 62, del G.P. Socialista.
- Enmienda núm. 146, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 1.
- Enmienda núm. 147, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 2.
- Enmienda núm. 148, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 3.
- Enmienda núm. 149, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 4.
- Enmienda núm. 30, del G.P. Ciudadanos, apartado 4.
- Enmienda núm. 103, del G.P. Popular, apartado 4.
- Enmienda núm. 104, del G.P. Popular, apartado 5.
- Enmienda núm. 150, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 6.

Artículo 6

- Enmienda núm. 10, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 63, del G.P. Socialista.

Artículo 7

- Enmienda núm. 10, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 64, del G.P. Socialista, apartado 1.
- Enmienda núm. 65, del G.P. Socialista, apartado 1.
- Enmienda núm. 106, del G.P. Popular, apartado 1.
- Enmienda núm. 107, del G.P. Popular, apartado 3.
- Enmienda núm. 108, del G.P. Popular, apartado 4.
- Enmienda núm. 105, del G.P. Popular, apartado nuevo.
- Enmienda núm. 151, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado nuevo.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 115

Artículo 8

- Enmienda núm. 10, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 66, del G.P. Socialista.
- Enmienda núm. 109, del G.P. Popular, apartado 1.
- Enmienda núm. 152, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 1.

Artículo 9

- Enmienda núm. 10, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 31, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 110, del G.P. Popular, a la rúbrica y al apartado 1.
- Enmienda núm. 67, del G.P. Socialista, apartado 1, párrafo primero.
- Enmienda núm. 153, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 1, letra a).
- Enmienda núm. 68, del G.P. Socialista, apartado 1, letra nueva.
- Enmienda núm. 111, del G.P. Popular, apartado 2.
- Enmienda núm. 112, del G.P. Popular, apartado 3.
- Enmienda núm. 69, del G.P. Socialista, apartado 4.
- Enmienda núm. 113, del G.P. Popular, apartado 4.
- Enmienda núm. 154, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 4.

Artículo 10

- Enmienda núm. 10, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 70, del G.P. Socialista.
- Enmienda núm. 114, del G.P. Popular.
- Enmienda núm. 11, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 2, párrafo primero.
- Enmienda núm. 12, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 4, párrafo primero.

Artículo 10 bis (nuevo)

- Enmienda núm. 115, del G.P. Popular.

Artículo 11

- Enmienda núm. 10, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 155, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), a la rúbrica.
- Enmienda núm. 71, del G.P. Socialista.
- Enmienda núm. 32, del G.P. Ciudadanos, apartado 1.
- Enmienda núm. 116, del G.P. Popular, apartado 1.
- Enmienda núm. 156, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 1.

Artículo 12

- Enmienda núm. 10, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 33, del G.P. Ciudadanos, apartado 1.
- Enmienda núm. 72, del G.P. Socialista, apartado 1.
- Enmienda núm. 117, del G.P. Popular, apartado 1.
- Enmienda núm. 157, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 1.
- Enmienda núm. 158, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 2.
- Enmienda núm. 73, del G.P. Socialista, apartado 3.

Artículo 13

- Enmienda núm. 74, del G.P. Socialista, apartado 1.
- Enmienda núm. 118, del G.P. Popular, apartado 1, párrafo segundo.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 116

Título II

— Enmienda núm. 13, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).

Artículo 13 bis (nuevo)

— Enmienda núm. 75, del G.P. Socialista.

Artículo 14

— Enmienda núm. 76, del G.P. Socialista.

Artículo 15

- Enmienda núm. 77, del G.P. Socialista, apartado 1.
- Enmienda núm. 14, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 2.
- Enmienda núm. 78, del G.P. Socialista, apartado 2.
- Enmienda núm. 119, del G.P. Popular, apartado 2.
- Enmienda núm. 159, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 2.
- Enmienda núm. 120, del G.P. Popular, apartado 3.
- Enmienda núm. 49, del Sr. Campuzano i Canadés (GMx), apartado 4.
- Enmienda núm. 121, del G.P. Popular, apartado 4.

Artículo 16

- Enmienda núm. 122, del G.P. Popular, a la rúbrica y al apartado 1.
- Enmienda núm. 50, del Sr. Campuzano i Canadés (GMx), apartado 1.
- Enmienda núm. 123, del G.P. Popular, apartado 2.
- Enmienda núm. 160, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 2.
- Enmienda núm. 124, del G.P. Popular, apartado 3.

Artículo 17

- Enmienda núm. 51, del Sr. Campuzano i Canadés (GMx).
- Enmienda núm. 161, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx).
- Enmienda núm. 125, del G.P. Popular, apartados 1 y 2.
- Enmienda núm. 79, del G.P. Socialista, apartado 3.
- Enmienda núm. 126, del G.P. Popular, apartado 4.

Título III

— Enmienda núm. 80, del G.P. Socialista, a la rúbrica.

Artículo 18

- Enmienda núm. 15, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 81, del G.P. Socialista, apartado 2.
- Enmienda núm. 43, del G.P. Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, apartados nuevos.

Artículo 18 bis (nuevo)

— Enmienda núm. 82, del G.P. Socialista.

Artículo 18 ter (nuevo)

— Enmienda núm. 83, del G.P. Socialista.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Artículo 19

- Enmienda núm. 16, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 84, del G.P. Socialista.
- Enmienda núm. 162, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx), apartado 2.
- Enmienda núm. 34, del G.P. Ciudadanos, apartado nuevo.

Artículo 19 bis (nuevo)

- Enmienda núm. 163, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx).

Artículo 20

- Enmienda núm. 85, del G.P. Socialista.

Artículo 21

- Enmienda núm. 35, del G.P. Ciudadanos.

Artículo 22

- Enmienda núm. 17, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 1.
- Enmienda núm. 18, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 1.

Artículo 23

- Enmienda núm. 19, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 86, del G.P. Socialista, apartado 1.

Artículos 23 bis (nuevo)

- Enmienda núm. 44, del G.P. Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

Título III bis (nuevo)

(Artículos nuevos)

- Enmienda núm. 45, del G.P. Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

Título IV

- Enmienda núm. 20, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 87, del G.P. Socialista.

Artículo 24

- Sin enmiendas.

Artículo 25

- Sin enmiendas.

Artículo 26

- Sin enmiendas.

Artículo 27

- Sin enmiendas.

Artículo 28

- Sin enmiendas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 66-5

21 de septiembre de 2017

Pág. 118

Disposición adicional primera

- Enmienda núm. 21, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 52, del Sr. Campuzano i Canadés (GMx), apartado 1.

Disposición adicional segunda

- Sin enmiendas.

Disposición adicional tercera

- Enmienda núm. 36, del G.P. Ciudadanos.

Disposición adicional cuarta

- Enmienda núm. 22, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).

Disposición adicional quinta

- Sin enmiendas.

Disposiciones adicionales nuevas

- Enmienda núm. 88, del G.P. Socialista.
- Enmienda núm. 89, del G.P. Socialista.
- Enmienda núm. 90, del G.P. Socialista.

Disposición derogatoria única

- Enmienda núm. 46, del G.P. Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

Disposición final primera (modif. Ley 41/2002)

- Enmienda núm. 91, del G.P. Socialista (art. 11).
- Enmienda núm. 164, del Sr. Salvador Armendáriz (GMx) y del Sr. Alli Martínez (GMx) (art. 11).
- Enmienda núm. 53, del Sr. Campuzano i Canadés (GMx), apartado nuevo (art. 9 y art. 11).
- Enmienda núm. 127, del G.P. Popular, apartado nuevo (art. 11 y art. 11 bis nuevo).

Disposición final segunda

- Enmienda núm. 23, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).

Disposición final tercera

- Sin enmiendas.

Disposiciones finales nuevas

- Enmienda núm. 38, del G.P. Esquerra Republicana.
- Enmienda núm. 39, del G.P. Esquerra Republicana.
- Enmienda núm. 47, del G.P. Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

cve: BOCG-12-B-66-5