



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

XIV LEGISLATURA

Serie B:
PROPOSICIONES DE LEY

4 de noviembre de 2020

Núm. 46-4

Pág. 1

ENMIENDAS E ÍNDICE DE ENMIENDAS AL ARTICULADO

122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

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 Orgánica de regulación de la eutanasia, así como del índice de enmiendas al articulado.

Palacio del Congreso de los Diputados, 23 de octubre de 2020.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Carlos Gutiérrez Vicén**.

ENMIENDA NÚM. 1

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la Mesa de la Comisión de Justicia

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 110 y siguientes del Reglamento de la Cámara, formula la siguiente enmienda a la totalidad con texto alternativo que se acompaña a la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 11 de marzo de 2020.—**Cayetana Álvarez de Toledo Peralta-Ramos**, Diputada del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Enmienda a la totalidad con texto alternativo

Exposición de motivos

I

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 morir con la máxima dignidad.

Surge así la necesidad de legislar los derechos y las garantías que aseguren la aspiración de fallecer dignamente con los significados que ello conlleva, pudiendo rechazarse los tratamientos que no se desean, según los deseos previamente expresados en un documento de voluntades anticipadas, en la intimidad personal y familiar, con el mínimo sufrimiento físico, psíquico y espiritual posible.

Es necesario reconocer que para todas las personas hay un momento en que lo razonable o útil para ayudar a las personas en la recta final de su vida, es evitar el sufrimiento, por encima de intentos vanos de alargar la vida. Llegados a ese punto, deben asumirse no solo 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 diferenciar en estos casos lo que es un razonable esfuerzo terapéutico, conducente a alargar la vida de los pacientes en condiciones dignas, de la 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 es lícito imponer el sufrimiento a quien carece de expectativas de supervivencia.

II

Con ello se pretende, por un lado, reconocer de forma expresa 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 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.

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 en las mejores circunstancias posibles.

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.

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, eventualmente doloroso y potencialmente lesivo de la dignidad de quien lo padece para, en la medida de lo posible, aliviarlo, en su transcurrir, con respeto a la autonomía, la integridad física y la intimidad de la persona.

III

La presente Ley está estructurada en cuatro títulos, junto a siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales.

En el Título preliminar se establece el principio fundamental de pleno respeto a la voluntad de las personas en el proceso final de su vida, y se define el ámbito de aplicación de la ley mediante la concurrencia de un pronóstico vital reducido en el tiempo e irreversible, ocasionado tanto por una enfermedad incurable como por un deterioro extremo que provoca trastornos graves en quienes lo padecen.

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, los elementos de falta de capacidad 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

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

de designar representante hasta la previsión de las llamadas instrucciones previas y sus formas de modificación.

En todos los casos, el objetivo consiste garantizar 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 atención sanitaria que pudiera derivarse de dicha voluntad y, específicamente, del rechazo a determinados tratamientos, intervenciones o procedimientos.

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, previendo específicamente el derecho a la sedación paliativa, incluso cuando ello pudiera implicar un acortamiento de la vida; 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 religioso que deseen, y el respeto a su intimidad personal y familiar, sometiendo estos últimos derechos a la compatibilidad con las medidas necesarias para una atención sanitaria de calidad.

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 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.

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.

Por último, las disposiciones adicionales determinan el carácter básico de la ley, así como ordenan las subsiguientes actuaciones necesarias de las Administraciones Públicas, en particular de las Administraciones sanitarias, para su desarrollo y aplicación. Por su parte, la disposición transitoria prevé el plazo para la dotación de habitaciones individuales. Las disposiciones finales adecúan a lo dispuesto en la ley la regulación de las instrucciones previas que se encontraba en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Asimismo, la disposición final segunda contempla la habilitación normativa del Gobierno para dictar las disposiciones reglamentarias precisas para el desarrollo y ejecución de la ley.

En base a todo lo expuesto, el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, presenta el siguiente texto alternativo:

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

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 de los profesionales que atienden a los pacientes que se encuentren en esta situación, así como las garantías para proteger la dignidad de la persona que las instituciones sanitarias y sociales estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

La presente 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, 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.

Artículo 3. Principios básicos.

Son principios básicos que inspiran esta ley:

- a) La garantía del pleno respeto a la dignidad de la persona en el proceso del final de su vida.
- b) La promoción de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, de acuerdo con sus deseos, preferencias, creencias o valores, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad.
- c) La garantía de que el rechazo de un tratamiento por voluntad de la persona, o la interrupción del mismo, no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral y el respeto a la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
- d) La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales.
- e) La igualdad efectiva y la ausencia de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios en el proceso final de su vida, con independencia de su enfermedad, su edad y de su lugar de residencia en todo el territorio nacional.
- f) La garantía de una atención sanitaria personalizada a través de la coordinación y cooperación entre los sistemas de salud y de servicios sociales, velando por la continuidad de los cuidados.

Artículo 4. Definiciones.

A 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 solo el bienestar físico, sino también los aspectos psicológicos, socioeconómicos y espirituales.
- b) Consentimiento informado: 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.
- c) Cuidados paliativos: El conjunto coordinado de acciones dirigido a la atención activa a 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. Forma parte de la buena práctica médica.
- d) Instrucciones previas: El documento por el cual 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.
- e) Planificación anticipada de la atención: 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: 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) Medidas de soporte vital: 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. Se incluye entre ellas la ventilación mecánica o asistida, la nutrición forzada y la diálisis.

h) Médico responsable: El profesional que 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.

i) Enfermero responsable: El 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 participen en las actuaciones asistenciales.

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 supresión. Constituye una mala práctica clínica y una falta deontológica.

k) Proceso final de la vida: Aquel en el que se encuentran las personas en situación terminal o de agonía como consecuencia de una enfermedad o un 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 similar 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 en pleno ejercicio de su capacidad que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración de instrucciones previas o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

m) Sedación paliativa: la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios. La sedación debe seguir siempre el principio de proporcionalidad, siendo el objetivo alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento.

n) Sedación en fase de agonía: 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.

ñ) Síntoma refractario: Aquel que no responde al tratamiento adecuado y que precisa, para ser controlado, reducir la consciencia de los pacientes.

o) 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.

p) Testamento vital: Equivale al documento de instrucciones previas.

q) 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.

TÍTULO I

Derechos de las personas ante el proceso final de su vida

Artículo 5. Derecho a la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida.

Todas las personas que se encuentran 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 en dicho proceso, incluidos los cuidados necesarios para evitar el dolor y el sufrimiento.

Artículo 6. Derecho a la información asistencial.

1. Las personas que se encuentren 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 le resultarían aplicables en los términos establecidos en esta ley. 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 este lo permita. La información que se le facilite al paciente, así como a terceras personas, debe quedar recogida en el historial clínico.

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 les diagnostique una enfermedad irreversible y progresiva en los que se prevea la posibilidad de un desenlace fatal en un medio o largo plazo, tienen derecho a ser informados prontamente sobre la posibilidad de realizar testamento vital o últimas instrucciones, así como a establecer un plan anticipado de cuidados, a fin de que tales decisiones sean tomadas de forma reflexiva y con la anticipación suficiente. Dichas instrucciones o plan anticipado 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 profesional que acceda a ellas no pueda obviar su existencia.

3. Cuando, a pesar del explícito ofrecimiento de información asistencial por los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes, estos 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.

4. En el supuesto de imposibilidad del paciente para comprender la información a causa del estado físico o psíquico, esta será brindada, de la forma siguiente:

1.º Cuando la persona que se halla bajo atención sanitaria 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 conviva con el paciente.

d) El hijo o la hija que sea mayor de edad. Si hubiese varios, serán preferidos los que convivan con la persona afectada y de mayor edad al menor.

e) Los familiares de grado más próximo. t) En última instancia, quién decida la autoridad judicial.

2.º 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.

3.º 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 y valores vitales. 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.

5. El paciente que se encuentra en el proceso final de su vida tendrá derecho a solicitar y disponer de una segunda opinión sobre los cuidados asistenciales y paliativos que puedan contribuir a su bienestar en el proceso final de la vida.

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 objetivas el conocimiento de su propia situación 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 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.

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 recogidas 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.

Artículo 8. Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.

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.a) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. El rechazo al tratamiento, intervención o procedimiento propuestos por los profesionales sanitarios y la revocación del consentimiento informado deberán constar por escrito. Si la persona no pudiese firmar, firmará en su lugar otra persona, que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma de quien revoca su consentimiento informado. Todo ello deberá hacerse constar por escrito en la historia clínica del paciente.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

3. El rechazo al tratamiento, intervención o procedimiento, o la decisión de interrumpirlos, en ningún caso 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 el dolor y los otros síntomas, así como hacer más digno y soportable el proceso final de su vida.

Artículo 9. 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 y, en todo caso, los representantes legales del menor, 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. 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 ser atendidos, tanto en la recepción como en el seguimiento, de manera individual y, en lo posible, siempre por el mismo equipo de profesionales.

b) A estar acompañados el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, de sus progenitores o de las personas que los sustituyan, quienes participarán como elementos activos de la vida hospitalaria o asistencia domiciliaria, salvo que ello pudiera perjudicar u obstaculizar la aplicación de los tratamientos oportunos.

c) A ser hospitalizados junto a otros menores, evitando en todo lo posible su hospitalización entre personas adultas.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, dará el consentimiento el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, si tiene doce años cumplidos.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

4. Del mismo modo, asistirán a sus progenitores, tutores o guardadores legales los derechos siguientes:

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 bienestar de la persona menor de edad.

Artículo 10. Derecho a los cuidados paliativos de calidad.

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, 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 en su domicilio, siempre que esta opción no esté médicamente contraindicada.

Artículo 11. Derecho al acompañamiento.

1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida, que 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 y/o por voluntarios de organizaciones sociales.

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, asistencia espiritual o religiosa, 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.

3. En caso de requerir sedación paliativa, las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a despedirse de sus familiares allegados.

TÍTULO II

Deberes de los profesionales sanitarios que atiendan a personas en el proceso final de su vida

Artículo 12. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas y de respeto a la voluntad del paciente.

1. El personal sanitario responsable, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en el proceso final de su vida, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto, basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afectada. En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario de la persona, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la presente Ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

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, y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales. A los efectos previstos en el párrafo anterior, si el paciente se encontrase en situación de incapacidad, el personal sanitario responsable deberá consultar el Registro de las Comunidades Autónomas 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.

3. En caso de contradicción entre lo manifestado por el paciente no incapacitado y por su representante, prevalecerá siempre la voluntad del primero, debiendo actuar los profesionales sanitarios conforme a la misma.

4. El cumplimiento de la voluntad manifestada por el paciente en la forma prevista en la presente Ley excluirá cualquier exigencia de responsabilidad por las correspondientes actuaciones de los profesionales sanitarios dedicadas a dar cumplimiento a su voluntad.

Artículo 13. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.

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

- a) Si tiene dificultades para comprender a 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.

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.

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 actuar en representación de la persona, conforme a lo previsto en el artículo 6.4.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Artículo 14. 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 adecuación deberá hacerse constar en la historia clínica.

2. Dicha adecuación se llevará a cabo oído el criterio profesional del personal de enfermería responsable de los cuidados.

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.

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 sufrimiento.

Artículo 15. Sobre la formación y la capacitación de los profesionales sanitarios en materia de cuidados paliativos

1. Las autoridades educativas garantizarán formación específica suficiente en cuidados paliativos en los grados universitarios de Medicina, Enfermería, Trabajo Social y Psicología y en los Títulos correspondientes a los estudios de Formación Profesional de Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería y Técnico en Emergencias Sanitarias o las titulaciones y grados equivalentes que correspondan por razón de la materia.

2. El Ministerio de Sanidad creará un área de capacitación específica en materia de cuidados paliativos de conformidad con lo establecido en el artículo 24 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y en el artículo 8 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones.

TÍTULO III

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

Artículo 16. 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 el título 1 de la presente ley.

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

Artículo 17. Modelo de instrucciones previas.

Las Administraciones sanitarias competentes dispondrán de 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.

Artículo 18. Acompañamiento de los pacientes.

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 este 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 los pacientes, de las personas que sean sus representantes, o de sus familiares, el acceso de aquellas personas que les puedan proporcionar auxilio religioso conforme a sus convicciones y creencias, procurando, en todo caso, que las mismas no interfieran con las actuaciones del equipo.

3. Los centros y las instituciones facilitarán la participación del voluntariado, adscrito a organizaciones sociales sin ánimo de lucro, en el acompañamiento del paciente, sus familiares o personas cercanas que

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

cuidan de la persona enferma, en el proceso final de la vida. El acompañamiento por voluntarios solo se realizará, si el paciente o sus representantes dan su consentimiento, y podrá darse en los centros sanitarios, sociales y/o en el domicilio del paciente.

4. Los familiares de primer grado de consanguinidad o afinidad de un paciente que se encuentre en el proceso de morir podrán disfrutar de permisos laborales regulados conforme a lo establecido en el artículo 37 del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, así como en los artículos 48 y 51 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

Artículo 19. Apoyo a la familia y personas cuidadoras.

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

2. Los centros e instituciones prestarán una atención en el duelo a la familia y a las personas cuidadoras y promoverán medidas para la aceptación de la muerte de un ser querido y la prevención de situaciones calificadas como de duelo patológico.

Artículo 20. Asesoramiento en cuidados paliativos.

1. Se garantizará a los pacientes en el proceso final de su vida asesoramiento sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirán, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

2. Los centros sanitarios y sociales garantizarán la necesaria coordinación en la información y asesoramiento en cuidados paliativos entre los diferentes equipos de profesionales.

Artículo 21. Estancia en habitación individual.

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

Artículo 22. Ayudas a la dependencia de las personas en el proceso final de la vida.

1. El Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, y las Comunidades Autónomas, en este caso mediante sus consejerías competentes en materia de Dependencia, garantizarán a las personas con enfermedad terminal que precisen el reconocimiento de su situación de dependencia, una valoración y, en su caso, una atención personalizada en los términos de urgencia contemplados en la legislación vigente en la materia.

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

Artículo 23. Comités de Ética Asistencial.

En los casos de discrepancia entre los profesionales sanitarios y los pacientes o, en su caso, con quienes ejerciten sus derechos, o entre estos y las instituciones sanitarias, en relación con la atención sanitaria prestada en el proceso final de su vida, que no se hayan podido resolver mediante acuerdo entre las partes, se solicitará asesoramiento al Comité de Ética Asistencial correspondiente, que podrá proponer alternativas o soluciones éticas a aquellas decisiones clínicas controvertidas.

TÍTULO IV

Infracciones y sanciones

Artículo 24. Disposiciones generales.

1. Sin perjuicio de lo previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, las infracciones contempladas en la presente ley y en su normativa de desarrollo serán objeto de sanción administrativa, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. No podrán sancionarse los hechos que hayan sido sancionados, penal o administrativamente, en los casos en que se aprecie identidad de sujeto, hecho y fundamento.

3. Son sujetos responsables de las infracciones, en la materia regulada por esta ley las personas físicas o jurídicas que, por acción u omisión, hubiesen participado en aquellas mediando dolo, culpa o negligencia.

Artículo 25. Infracciones leves.

Se tipifica como infracción leve el incumplimiento de cualquier obligación o la vulneración de cualquier prohibición de las previstas en esta ley, siempre que no proceda su calificación como infracción grave o muy grave.

Artículo 26. Infracciones graves.

1. Se tipifican como infracciones graves las siguientes:

a) El incumplimiento de las normas relativas a la cumplimentación de los datos clínicos.
b) El impedimento del acompañamiento en el proceso de muerte, salvo que existan circunstancias clínicas que así lo justifiquen.

2. Las infracciones tipificadas como leves podrán calificarse de graves, en atención a las siguientes circunstancias:

a) Lesividad del hecho.
b) Cuantía del eventual beneficio obtenido.
c) Gravedad de la alteración sanitaria y social producida.
d) Grado de intencionalidad.

Artículo 27. Infracciones muy graves.

1. Se tipifican como infracciones muy graves las siguientes:

a) El obstáculo o impedimento a los ciudadanos del disfrute de cualquiera de los derechos expresados en el Título 1 de la presente ley.
b) La actuación que suponga incumplimiento de los deberes establecidos en el Título 11 de la presente ley.

2. Las infracciones tipificadas como graves podrán igualmente calificarse de muy graves, en atención a las circunstancias previstas en el apartado 2 del artículo anterior, salvo que esta concurrencia haya determinado su tipificación como grave.

Artículo 28. Sanciones.

1. Las infracciones previstas en esta ley serán objeto de las sanciones administrativas previstas en el artículo 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

2. Sin perjuicio de la sanción económica que pudiera corresponder, en los supuestos de infracciones muy graves, se podrá acordar por la Administración sanitaria competente la revocación de la autorización concedida para la actividad en centros y establecimientos sanitarios.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

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.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.

Disposición adicional segunda. Cooperación y coordinación en la aplicación de la Ley.

La Administración General del Estado promoverá la adopción de los instrumentos y mecanismos de cooperación y coordinación con las Comunidades Autónomas que garanticen el desarrollo y cumplimiento de lo previsto en esta Ley.

Disposición adicional tercera. Evaluación de la Ley.

El Ministerio de Sanidad, 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 desarrollará, reglamentariamente, una lista de indicadores que habrán de registrarse obligatoriamente en todos los centros.

Disposición adicional cuarta. Difusión de la Ley.

La Administración General del Estado y 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.

Disposición adicional quinta. Eficacia de los cuidados paliativos.

Las administraciones sanitarias, para el mejor cumplimiento de lo establecido en la presente ley en relación a la prestación de cuidados paliativos, procurarán una formación específica y continua a sus profesionales en su ámbito, y promoverán las medidas necesarias para disponer del número y dotación adecuados de unidades de cuidados paliativos, incluidas las unidades de cuidados paliativos infantiles, y equipos de soporte, tanto para su prestación en régimen de internamiento hospitalario como en asistencia domiciliaria.

Disposición adicional sexta. De las personas con discapacidad.

Cuando se trate de personas con discapacidad, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales que resulten precisas para que reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno de forma libre y autónoma.

Disposición transitoria. Plazo para la dotación de habitaciones individuales.

Las administraciones competentes dispondrán del plazo de un año, a partir de la publicación de la presente Ley, para dotarse de habitaciones individuales, a los efectos previstos en el artículo 21.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

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

Disposición final primera. Título competencial.

Esta Ley se dicta al amparo de lo dispuesto en los artículos 149.1.1.ª y 16.ª de la Constitución, relativos a las competencias exclusivas del Estado en la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como a las bases y a la coordinación general de la sanidad.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 14

La Ley también se dicta de conformidad con lo dispuesto en:

- La Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa.
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- 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 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones.
- La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
- El Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Y en el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

Disposición final segunda. Habilitación normativa.

Se habilita al Gobierno para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean precisas para el desarrollo y ejecución de lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final tercera. Entrada en vigor.

La presente Ley entrará en vigor en el plazo de un mes a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», excepto las medidas que, en su caso, impliquen un aumento de los créditos o una disminución de los ingresos en relación con el presupuesto vigente, que no entrarán en vigor, en la parte que comporte afectación presupuestaria, hasta el ejercicio presupuestario siguiente al de aquel en que se produzca la entrada en vigor.

ENMIENDA NÚM. 2

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario VOX

A la Mesa de la Comisión de Justicia

El Grupo Parlamentario VOX en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 126.5 del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la totalidad, con texto alternativo que se acompaña, a la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 10 de marzo de 2020.—**Macarena Olona Choclán**, Portavoz del Grupo Parlamentario VOX.

Enmienda a la totalidad con texto alternativo

Exposición de motivos

I

El envejecimiento paulatino de la población española está provocando una cada vez mayor necesidad de atención paliativa, definida a grandes rasgos como los cuidados dirigidos a prevenir o aliviar el sufrimiento en pacientes afligidos por los problemas derivados de enfermedades con una esperanza de vida muy limitada. El ordenamiento jurídico debe procurar el respeto a la dignidad de la persona y la indisponibilidad del bien jurídico vida.

Así, surge la necesidad de legislar para asegurar que, durante el proceso final de la vida, la persona padezca el mínimo sufrimiento físico, psíquico y espiritual, acompañado por los medios y profesionales que eviten o alivien dicho sufrimiento y la mantengan de la forma más adecuada posible para afrontar el proceso final de su vida.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el derecho a la salud abarca los cuatro elementos siguientes:

a) Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud. En el ámbito de los cuidados paliativos, esto implica contar con las unidades necesarias de cuidados paliativos.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado. De ahí que la presente proposición disponga la posibilidad de recibir los cuidados paliativos tanto en el domicilio, cuando sea posible, como en el centro sanitario correspondiente.

c) Respetabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos con la ética médica. La presente proposición de ley se apoya en la buena praxis médica para garantizar el equilibrio existente entre la voluntad del paciente para elegir o rechazar un tratamiento y el criterio médico, sin imponer a ninguna de las partes un principio regulador sobre las medidas a adoptar frente a una situación, más allá de asegurar la confortabilidad del paciente y la reducción, en lo posible, de su dolor. Lo anterior implica que el paciente puede decidir libremente el tipo de tratamiento a que desee someterse y toda acción médica y sanitaria deberá contar con el consentimiento del paciente o de su representante, pero también implica que el paciente no puede imponer al médico una decisión contraria a su criterio. Por último, para asegurar estos derechos, se configuran las instrucciones previas como Testamento Vital o vía de expresión de la voluntad, y se fija la limitación del esfuerzo terapéutico como principio ético y deontológico de actuación.

d) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Para dar cumplimiento a este elemento, se prevé la principal novedad de este texto: crear las condiciones para la incorporación de una especialidad médica de cuidados paliativos, así como de los diversos profesionales sanitarios involucrados. De esta manera, se asegura que las unidades de cuidados paliativos estén dotadas de los mejores profesionales, suficientemente formados en la atención paliativa. Dentro de la calidad de este servicio, se incluye también el derecho al acompañamiento familiar y espiritual.

II

El marco normativo de la presente Ley se encuentra esencialmente en la Constitución. Así, en el artículo 15 de la Constitución Española se defiende y protege el derecho a la vida y a la integridad física y moral, y en el artículo 10.1 se proclama 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», entendiéndose como un mandato de proteger la dignidad de la persona y asegurar su derecho a vivir con dignidad también durante el proceso final. Junto a estos derechos, la Constitución también reconoce el derecho a la intimidad personal y familiar que se consagra en el artículo 18.1, aplicable también durante el proceso final de la vida del paciente. Con respecto al derecho a la protección de la salud, éste se reconoce en la Constitución en su artículo 43, que 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».

El citado derecho a la protección de la salud debe entenderse, en sentido amplio, como garantía a recibir cuidados sanitarios frente a la enfermedad, ya sea con tratamientos curativos o paliativos. De ahí que el presente texto pretenda completar 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, aquel texto normativo 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. Ahora se pretende asegurar que el paciente base su decisión en información facilitada por médicos suficientemente formados, con una cualificación oficial y con medios suficientes para asegurar que la toma de decisión se adopte con la mayor libertad posible.

Pero esa autonomía de la voluntad no puede implicar tampoco la obligación de imponer al médico actuaciones contrarias a su criterio, o procedimientos con los que no esté de acuerdo. Es necesario, en los términos de lo previsto en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reforzar ese equilibrio entre la voluntad del paciente y el criterio médico para mantener la confianza necesaria en la relación entre ambas partes.

III

La presente ley está estructurada en un título preliminar, cuatro títulos, cuatro disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y cinco disposiciones finales.

En el Título Preliminar se establece el objeto de la presente Ley, circunscrito al final de la vida, concebido como un final próximo e irreversible, eventualmente doloroso y potencialmente lesivo de la dignidad de quien lo padece para, en la medida de lo posible, aliviarlo, en su transcurrir, con respeto a la autonomía, integridad física e intimidad personal del individuo y el criterio médico.

El Título I supone una novedad necesaria y un reconocimiento a las demandas de los profesionales de la salud y de los pacientes al incluir los Cuidados Paliativos no sólo en los planes de estudio de los grados relacionados con las Ciencias de la Salud, sino como especialidad médica y de las diferentes profesiones sanitarias involucradas, en los mismos términos expuestos en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Esta medida, junto con la creación de unidades de cuidados paliativos suficientemente dotadas en todo el sistema sanitario público, pretenden universalizar y garantizar el derecho de todos a recibir los cuidados necesarios y adecuados, y que puedan ser facilitados tanto en la atención primaria como en la hospitalaria.

El Título II recoge, como novedad principal, el derecho a recibir unos cuidados paliativos integrales y de calidad por parte de profesionales suficientemente formados. El derecho a una información asistencial clara y comprensible es necesario para poder ejercer con libertad el derecho a la toma de decisiones, por lo que ambos se recogen en el texto junto con el refrendo de las instrucciones previas como medio para expresar la voluntad del paciente.

En la declaración de derechos se incluyen también los derechos al acompañamiento y a la intimidad personal y familiar, que se explicitan en el texto mediante el reconocimiento del derecho del paciente a estar acompañado por su entorno familiar y personal en una habitación individual durante su ingreso hospitalario, así como a recibir la asistencia espiritual que solicite. Para garantizar estos derechos también se reconoce el derecho a recibir los cuidados paliativos en el domicilio, siempre que sea posible.

Los preceptos contenidos en los Títulos III y IV son un refrendo de lo contenido en otras normas y que no pretende más que determinar 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 II, manteniendo el equilibrio entre la voluntad del paciente y el criterio médico basado en la *lex artis*. A tal efecto, se prevén las garantías necesarias para que la voluntad del paciente se configure de modo informado, y para que los profesionales puedan limitar el esfuerzo terapéutico a la situación del paciente, evitando la obstinación terapéutica y confiando en la profesionalidad del personal sanitario.

Las disposiciones adicionales instan al Gobierno a dar cumplimiento a lo previsto en el Título I, a fin de establecer los contenidos y el título de la especialidad médica de Medicina Paliativa, y ordenan las actuaciones necesarias de colaboración entre las Administraciones Públicas para la efectiva aplicación de la Ley. Por último, las disposiciones finales adecúan distintos textos normativos a lo dispuesto en la presente Ley, con la finalidad de reconocer los permisos laborales otorgados a los familiares de los pacientes que reciban cuidados paliativos, y de reformar la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, acortando los plazos administrativos para resolver las solicitudes de ayuda a la dependencia de los pacientes en cuestión, incluyendo además los cuidados paliativos en el catálogo de servicios de dichas ayudas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho de las personas a acceder a unos cuidados paliativos avanzados y de calidad cuando sean necesarios, y a que los mismos les sean proporcionados por profesionales sanitarios debidamente cualificados, por lo que se establecen los deberes de dicho personal, así como las garantías que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar para asegurar la dignidad de la persona durante este proceso.

Artículo 2. Ámbito subjetivo de aplicación.

La presente Ley será de aplicación a los pacientes que se encuentren en el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, así como a los representantes de los pacientes, a sus familiares, al personal sanitario que atiende a los pacientes, a los centros sanitarios públicos y privados y entidades aseguradoras o mutualidades que presten sus servicios en el territorio nacional, todo ello sin perjuicio de lo establecido por las Comunidades Autónomas con arreglo a sus competencias.

Artículo 3. Definiciones.

a) Persona en el proceso final de su vida: Paciente con una enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña habitualmente de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el equipo asistencial.

b) Persona en situación terminal: paciente con una enfermedad avanzada, incurable, progresiva e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, y en la que puedan concurrir síntomas que requieren una asistencia paliativa específica.

c) Persona en situación de agonía: persona cuya situación es terminal, y en la que además existe un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de consciencia, dificultad de ingesta y pronóstico vital de pocos días.

d) Cuidados paliativos: Son aquellos que proporcionan una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como abordar los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinar e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en su domicilio o en el hospital.

e) Adecuación del esfuerzo terapéutico: Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje.

f) Obstinación terapéutica: Consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente con tratamiento paliativo.

g) Médico especialista en cuidados paliativos: Médico con la especialidad de las Ciencias de la Salud de cuidados paliativos.

h) Médico responsable: el médico que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia 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.

i) Sedación paliativa: Es la disminución deliberada de la consciencia del enfermo en situación terminal, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios.

j) Sedación en fase de agonía: Sedación aplicada cuando el enfermo se encuentra en situación de agonía.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

TÍTULO I

De la Medicina Paliativa y del Tratamiento del Dolor y de las Unidades de Cuidados Paliativos

Artículo 4. Formación académica de los profesionales del ámbito de la salud.

La formación de profesionales de la salud incluirá lo siguiente:

- a) La incorporación de los Cuidados Paliativos en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud.
- b) La preparación de profesionales en Cuidados Paliativos.
- c) La inclusión de los Cuidados Paliativos en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.

Artículo 5. Incorporación de la Medicina Paliativa como especialidad médica de las Ciencias de la Salud.

El Gobierno deberá establecer el título de médico de especialista en Medicina Paliativa, en los términos de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, para lo que aprobará, modificará o derogará cuantas normas sean necesarias para que se reconozca oficialmente dicho título.

Artículo 6. Creación y dotación de Unidades de Cuidados Paliativos.

El Gobierno y las Comunidades Autónomas promoverán las medidas necesarias para disponer en el Sistema Sanitario Público del número y dotación necesarios de servicios de cuidados paliativos, con profesionales sanitarios debidamente formados y equipos de soporte acreditados adecuados para la prestación en el domicilio o en centros sanitarios, de conformidad con los estándares publicados en su caso por el Sistema Nacional de Salud.

TÍTULO II

De los derechos de las personas en el proceso final de su vida

Artículo 7. Derecho al tratamiento del dolor y a los cuidados paliativos integrales.

Durante el proceso final de su vida, todas las personas tienen derecho a una atención integral y de calidad que prevenga y alivie su dolor y otros síntomas. Para ello, aquellos centros hospitalarios, públicos o privados, que se determinen, deberán disponer de unidades de cuidados paliativos, contar con personal debidamente cualificado y todos los medios necesarios para prestarlos.

Artículo 8. Derecho a otorgar instrucciones previas.

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 se realizará conforme a lo establecido en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Artículo 9. Ayudas a la dependencia.

1. Los cuidados paliativos forman parte del catálogo de servicios de ayuda a la dependencia en los términos del artículo 15 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

2. Las solicitudes de ayudas a la dependencia de pacientes de cuidados paliativos se tramitarán en el plazo general previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Artículo 10. Derecho a la información sanitaria.

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 de manera clara y comprensible, en los términos que establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. Cuando, a pesar del explícito ofrecimiento de información asistencial por los profesionales sanitarios partícipes en la atención de los pacientes, éstos rechacen voluntaria y libremente el ser informados, se respetará dicha decisión, y se les solicitará que designen por escrito una persona que acepte recibir la referida información y tomar las decisiones en su representación.

3. En el supuesto de incapacidad o imposibilidad del paciente para comprender la información a causa del estado físico o psíquico, esta se ofrecerá a su representante, o, en su defecto, al cónyuge o pareja de hecho que conviva con el paciente, o a la persona con análoga relación de afectividad, o al familiar más cercano hasta el cuarto grado de consanguinidad. En el supuesto de incapacidad declarada judicialmente, la información se le facilitará al tutor o curador y al Ministerio Fiscal.

Artículo 11. Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.

1. Las personas que se encuentren en el proceso final de su vida, o que afronten situaciones relacionadas con dicho proceso, tienen derecho a tomar decisiones respecto a las intervenciones sanitarias que les afecten, ya sea mediante declaración de voluntades anticipadas u otro tipo de instrucciones previstas en el ordenamiento jurídico.

2. El consentimiento o rechazo de cualquier tratamiento se realizará conforme a lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Artículo 12. 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. Asistirán a las personas menores y a sus progenitores, tutores o guardadores todos los derechos reconocidos en la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.

Artículo 13. Derecho al acompañamiento del entorno del paciente.

1. Los pacientes que permanezcan ingresados en un centro sanitario durante el proceso final de su vida, tienen derecho a que se les permita el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social en los centros e instituciones sanitarias.

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 soliciten, 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.

3. Los derechos previstos en el apartado 1 de este artículo se respetarán siempre que no estén contraindicados o sean contraproducentes por criterios clínicos. En todo caso, tales circunstancias serán explicadas a los afectados de manera comprensible.

4. Para asegurar el derecho al acompañamiento, los familiares de un paciente que se encuentre en proceso final de su vida, podrán disfrutar de permisos laborales retribuidos.

Artículo 14. Derecho a la intimidad personal y familiar en habitación individual.

Los pacientes que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a la preservación de su intimidad personal y familiar, por lo que los centros e instituciones sanitarias garantizarán a dichos pacientes una habitación de uso individual durante su estancia.

Artículo 15. Derecho a recibir cuidados paliativos en el domicilio.

Las personas que se encuentran en el proceso final de su vida tienen derecho a que los cuidados paliativos integrales se les proporcionen, con arreglo a su elección o la de quienes las representen al

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 20

efecto de consentir tales cuidados, en su centro sanitario, en su domicilio o en cualquier otro que designen, en la medida en que sea médicamente posible.

TÍTULO III

De los deberes de los profesionales sanitarios que atiendan a personas en el proceso final de su vida

Artículo 16. Deberes respecto a la adecuación del esfuerzo terapéutico.

1. El médico responsable, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en el proceso final de su vida, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afectada.

2. Conforme a lo previsto en el apartado anterior, el médico responsable, en el ejercicio de una buena práctica clínica, adecuará el esfuerzo terapéutico cuando la situación clínica lo aconseje y tras oír el criterio profesional del personal de enfermería, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la adecuación deberá constar en la historia clínica.

3. El médico responsable, en el ejercicio de una buena práctica clínica, tras oír el criterio profesional del personal de enfermería y previo consentimiento del paciente o de quienes lo representen al efecto, dispondrá la sedación paliativa del paciente. La justificación de la sedación deberá constar en la historia clínica.

4. El médico responsable, en el ejercicio de una buena práctica clínica, decidirá la sedación en fase de agonía del paciente y podrá suspender 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. La justificación de la decisión de sedación y de la suspensión mencionada deberá constar en la historia clínica.

Artículo 17. Deberes respecto a la información clínica.

1. Los profesionales sanitarios que atiendan a los pacientes en el proceso final de su vida durante el proceso asistencial o les apliquen una intervención concreta, tienen el deber de facilitarles información clínica en función de su grado de responsabilidad y participación en el proceso de atención sanitaria. El médico responsable de cada paciente deberá garantizar el cumplimiento de este deber y del resto de deberes médicos derivados del derecho a la información establecido en el artículo 10.

2. Los profesionales dejarán constancia en la historia clínica de que dicha información fue proporcionada a los pacientes, así como de las decisiones tomadas por éstos.

Artículo 18. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas y de respeto a la voluntad del paciente.

1. 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.

2. El médico responsable someterá cualquier propuesta de intervención sanitaria al consentimiento libre y voluntario del paciente, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la presente Ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

3. Todos los profesionales sanitarios partícipes en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar la voluntad y los valores, creencias y preferencias de dichos pacientes en la toma de decisiones clínicas, en los términos y con los límites 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 respectivas normas de desarrollo.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

TÍTULO IV

De las obligaciones de los centros e instituciones sanitarias

Artículo 19. Garantía de los derechos de los pacientes.

1. La Administración sanitaria, así como las instituciones y centros públicos y privados, deberán garantizar, en el ámbito de sus respectivas competencias, el ejercicio de los derechos establecidos en el Título II de la presente ley, en relación con los correlativos deberes señalados en el Título III de la misma.
2. Las instituciones sanitarias responsables de la atención directa a los pacientes deberán disponer de los medios para que los derechos de estos no se vean mermados por la negativa o ausencia de personal necesario, así como por cualquier otra eventualidad.

Artículo 20. Apoyo a la familia y personas cuidadoras.

1. Los centros e instituciones sanitarias prestarán apoyo y asistencia a las personas cuidadoras y familias de pacientes en el proceso final de su vida, tanto en su domicilio, como en los centros sanitarios.
2. Los centros e instituciones sanitarias prestarán una atención en el duelo a la familia y a las personas cuidadoras, y promoverán medidas para la aceptación de la muerte de un ser querido y la prevención de situaciones calificadas como de duelo patológico.

Disposición adicional primera. Especialidad médica en Medicina Paliativa.

Para lograr el pleno reconocimiento de lo previsto en el artículo 5 de la presente Ley, el Gobierno deberá modificar el Anexo I del Real Decreto 183/2008, a fin de incluir la Medicina Paliativa en la relación de especialidades médicas en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia. Además, aprobará, modificará o derogará cuantos decretos sean necesarios para alcanzar el pleno reconocimiento de la Medicina Paliativa como especialidad médica.

Disposición adicional segunda. Título competencial.

1. La presente ley tiene la consideración de legislación básica, y se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.1.^ª y 16.^ª de la Constitución.
2. Se exceptúa de lo establecido en el apartado anterior el artículo 5 y la Disposición Adicional Primera, que se aprueban en uso de las competencias exclusivas que al Estado asigna el artículo 149.1.302 de la Constitución para la regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos profesionales.
3. El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para garantizar su aplicación y efectividad.

Disposición adicional tercera. Cooperación y coordinación en la aplicación de la ley.

La Administración General del Estado promoverá la adopción de los instrumentos y mecanismos de cooperación y coordinación con las Comunidades Autónomas que garanticen el desarrollo y cumplimiento de lo previsto en esta ley.

Disposición adicional cuarta. Difusión de la ley.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad adoptará las medidas oportunas para dar la máxima difusión a la presente ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

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

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Disposición final primera. Modificación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Uno. Inclusión de un apartado (iii) en la letra c) del punto 1 del artículo 15, con la siguiente redacción:

«(iii) Cuidados paliativos, siempre que sea posible recibirlos en el domicilio.»

Dos. Inclusión de un apartado (iii) en la letra e) del punto 1 del artículo 15, con la siguiente redacción:

«(iii) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los cuidados paliativos recibidos.»

Tres. Modificación del punto 2. de la Disposición Final Primera, que queda redactado de la siguiente manera:

«2. En el marco de lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el plazo máximo, entre la fecha de entrada de la solicitud y la de resolución de reconocimiento de la prestación de dependencia será de seis meses, independientemente de que la Administración Competente haya establecido un procedimiento diferenciado para el reconocimiento de la situación de dependencia y el de prestaciones.

El plazo establecido en el párrafo anterior no se tendrá en cuenta para las solicitudes de reconocimiento de la prestación de dependencia de los pacientes de cuidados paliativos, cuyas solicitudes se resolverán en el plazo de quince días.»

Disposición final segunda. Modificación del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Modificación de la letra b) del punto 3. del artículo 37, que queda redactado de la siguiente manera:

«b) Dos días por el fallecimiento, accidente o enfermedad graves, tratamiento del dolor mediante cuidados paliativos, hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario, de parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad. Cuando con tal motivo la persona trabajadora necesite hacer un desplazamiento al efecto, el plazo será de cuatro días.»

Disposición final tercera. Modificación del Real Decreto Legislativo 5/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

Modificación de la letra a) del artículo 48, que pasa a tener la siguiente redacción:

«a) Por fallecimiento, accidente o enfermedad grave o tratamiento del dolor mediante cuidados paliativos de un familiar dentro del primer grado de consanguinidad o afinidad, tres días hábiles cuando el suceso se produzca en la misma localidad, y cinco días hábiles cuando sea en distinta localidad.

Cuando se trate del fallecimiento, accidente o enfermedad grave o tratamiento del dolor mediante cuidados paliativos de un familiar dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, el permiso será de dos días hábiles cuando se produzca en la misma localidad y de cuatro días hábiles cuando sea en distinta localidad.»

Disposición final cuarta. Habilitación normativa.

El Gobierno, en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la Ley, deberá dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean precisas para el desarrollo y ejecución de lo dispuesto en la presente ley.

Disposición final quinta. Entrada en vigor.

La presente ley entrará en vigor en el plazo de un mes a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 23

A la Mesa de la Comisión de Justicia

El Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu, a instancia de sus Diputados Isabel Pozueta Fernández e Iñaki Ruiz de Pinedo, al amparo de lo establecido en los artículos 110 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados presentan las siguientes enmiendas al articulado a la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 22 de abril de 2020.—**Iñaki Ruiz de Pinedo Undiano e Isabel Pozueta Fernández**, Diputados.— **Meritxe Aizpurua Arzallus**, Portavoz del Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu.

ENMIENDA NÚM. 3

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

A la Exposición de motivos (final página 2 y principio 3)

De supresión.

Se suprimirán los siguientes párrafos:

~~«En el panorama de los países de nuestro entorno se pueden reconocer, fundamentalmente, dos modelos de tratamiento normativo de la eutanasia:~~

~~Por una parte, los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que en quien la realiza no existe una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón compasiva, dando pie a que se generen espacios jurídicos indeterminados que no ofrecen las garantías necesarias.~~

~~Por otra parte, los países que han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías.~~

~~En el análisis de estas dos alternativas jurídicas, es relevante la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que, en su sentencia de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza), consideró que no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas. Esta ley pretende incluirse en el segundo modelo de legislación, dotando de una regulación sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal. Así, la ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes, la eutanasia activa y aquella en la que es el propio o la propia paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción, o, incluso, su suministro con el fin de que el o la paciente se lo administre. Por su parte, eutanasia activa es la acción por la que un profesional sanitario produce dentro de un contexto eutanásico por causa de enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante causantes de un sufrimiento intolerable.»~~

JUSTIFICACIÓN

No deben plantearse la eutanasia y el suicidio asistido como líneas disyuntivas o antagónicas. No es el sufrimiento inaguantable lo que justifica la eutanasia, ni siquiera la compasión, la justificación básica se encuentra en el reconocimiento de la condición de la persona la que exige el respeto a la libertad individual de disponer de la propia vida. Es necesario trascender el paternalismo que encubre someter semejante decisión personal, la propia muerte, a las decisiones de especialistas médicos, juristas y administrativos. Todo lo cual para acabar negando materialmente la autonomía de la voluntad de quien decide que su vida es insoportable.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 24

El fin de la vida, como el resto de todo el recorrido vital, está envuelto en multitud de situaciones y conflictos personales o sociales. Nuestra sociedad está caracterizada y basada en la diversidad social, por ello se dan diferentes sentidos y estrategias personales de afrontamiento de la muerte, de acuerdo a los diferentes valores, creencias y prioridades. Pero es común, en una mayoría de personas y creencias, la necesidad de que se pueda garantizar el fin de la vida de acuerdo a estos valores con una atención y ayuda digna que evite sufrimientos inútiles.

Ante el fin de la vida es común, también, sentir anticipadamente, o cuando llega el momento, diversos sentimientos y necesidades que se resumen en cuatro aspectos:

- No querer sufrir dolor físico.
- Tener un fin de vida afrontado y planificado.
- Tener un proceso lo más consciente y apacible posible.
- No sentir el resto de la vida como una carga con sentido.

Ante esta demanda de necesidades se requiere generar instrumentos sociales que puedan garantizar equidad y dignidad para que el resto de la vida no sea sentida como una carga insufrible. Estos instrumentos son:

- Extender los cuidados paliativos de calidad para todas las personas potencialmente usuarias.
- Divulgación y extensión de realización de documentos de voluntades planificados o voluntarias.
- Garantizar para el fin de la vida el derecho de soberanía de decisión y ayuda a morir de acuerdo a esta voluntad individual.

Esta Proposición de Ley para la regulación de la eutanasia es un paso de gran trascendencia en este tercer aspecto.

Valoramos como un paso positivo la puesta en marcha de esta ley, pero se considera que se debe cambiar en algunos aspectos como:

- No plantear la eutanasia y el suicidio asistido como líneas disyuntivas o antagónicas.
- No limitar su eficacia a las enfermedades terminales, la ley tiene que contemplar también el supuesto de graves padecimientos permanentes insoportables.
- No se debe considerar la eutanasia como un tratamiento médico y, por tanto, no debe recibir la consideración de un tratamiento indicado por el personal médico. La petición de eutanasia es una solicitud personal de ayuda a morir expresa e inequívoca.
- Aligerar y agilizar los controles previos por parte de la Comisión de control y Evaluación. Respecto de la regulación del silencio administrativo. Este silencio no debe interpretarse como denegación, en todo caso el silencio administrativo debe de ser asentimiento.
- Despenalizar del auxilio o cooperación en la eutanasia y del suicidio asistido.

ENMIENDA NÚM. 4

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 2

De adición.

Se incluirá las siguiente palabras y frases (en negrita):

«Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Esta ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio **del estado** español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tengan domicilio social, **incluyendo este**

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 25

la residencia geriátrica o socio-sanitaria si la persona está ingresada de manera continuada, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio del estado español.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 5

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 3 apartado a)

De supresión:

Se suprime el apartado a) de consentimiento informado.

JUSTIFICACIÓN

Para situarse dentro del marco general de la ley de autonomía del paciente, la propuesta trata la eutanasia como un tipo de Consentimiento Informado, pero no lo es, porque una cosa es dar permiso para un acto que el médico desea hacer y otra es hacer una petición expresa e inequívoca de morir, que el médico se compromete a respetar. Tal y como se define en la ley, dar la conformidad a una petición propia es un concepto absurdo, que se puede retirar de la ley.

ENMIENDA NÚM. 6

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 3 apartado b)

De modificación.

Quedando redactado del siguiente modo:

«Artículo 3.b) modificar la definición del siguiente modo: «Enfermedad grave, crónica e invalidante: situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que, **en el momento de la solicitud o en un futuro próximo**, inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación o que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan o persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica. Esta modificación debe trasladarse a todo el articulado de la ley en el que se refiere este supuesto.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 26

ENMIENDA NÚM. 7

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 3 apartado c)

De supresión.

c) «Enfermedad grave e incurable»: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, ~~originados independientemente de la voluntad del o la paciente~~, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 8

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo: 3 apartado g)

De adición.

g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir **en el propio centro sanitario, sociosanitario o en su domicilio** en dos modalidades:

i) [...]

ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ~~ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio~~, para causar su propia muerte.

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 9

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al Artículo 3 apartado h)

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 27

«h) modificar la definición de la siguiente manera: «Situación de incapacidad de hecho: situación en la que el o la paciente carecen de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su ~~vida~~ **persona** por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 10

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al Capítulo II Título artículo 4

De modificación.

Pasará a denominarse:

«Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 11

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 5.1 apartado a)

De modificación.

Quedando redactado como sigue:

«a) Ser titular del derecho a recibir asistencia sanitaria en el Estado español y estar en la plenitud de sus facultades intelectuales y emocionales o, en su defecto, disponer de testamento vital.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 28

ENMIENDA NÚM. 12

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 5 apartado b)

De modificación.

Quedando redactado como sigue:

«b) Disponer, **el paciente o la persona designada por él**, ~~por escrito~~ de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 13

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 5 apartado d)

De modificación.

Quedando redactado como sigue:

«d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta ley a graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, certificada por el médico o médica responsable.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 14

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 5 apartado e)

De modificación.

Quedando redactado como sigue:

«e) **Reiterar su voluntad de morir previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicha petición se incorporará a la historia clínica del o la paciente.**»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 29

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 15

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 7 apartado 2

De modificación.

Quedando redactado como sigue:

«7.2 Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en **el plazo máximo de quince días hábiles** una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 16

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo: 7 apartado 3

De modificación.

Quedando redactado como sigue:

«7.3 El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, deberá remitir **en el plazo de cinco días** después de recibida la solicitud, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 30

ENMIENDA NÚM. 17

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al Artículo, 8 Título

De supresión.

«8. Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud ~~previa~~ de prestación de ayuda para morir.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 18

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al Artículo 8 apartado 2

De modificación-adición.

Quedando redactado como sigue:

«Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el o la paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico o médica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los y las profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitara el o la paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del o la paciente ~~la firma del documento del consentimiento informado~~ **de su petición de ayuda a morir.**

Los profesionales de enfermería a cargo de la asistencia realizarán un informe que certifique que a su juicio la persona solicitante expresa una voluntad clara e inequívoca de morir (en el momento presente o de forma anticipada en sus instrucciones previas), que ha sido informada y conoce todas las alternativas terapéuticas y de cuidados y que su petición es reiterada en el tiempo.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 31

ENMIENDA NÚM. 19

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 8 apartado 3

De supresión.

«Queda suprimido el apartado 3.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 20

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 9

De adición.

«En los casos previstos en el artículo 5.2 el médico o la médica responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente (**autotutela, poderes, acta notarial... siempre que en ellos conste referencia específica a la aplicación de la eutanasia**).»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 21

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 10

De supresión.

«Retirar el control previo, un trámite burocrático innecesario ya que la experiencia ha demostrado que el control posterior ofrece todas las garantías exigibles en un estado de derecho.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 32

ENMIENDA NÚM. 22

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al Artículo 10 apartado 2

«10.2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta; así como con la persona solicitante.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 23

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al Artículo 10 apartado 4

De modificación.

«10.4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo ~~más breve posible~~ **de 7 días naturales**, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 24

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al Artículo: 10 apartado 6 (nuevo)

De adición.

«10.6. Transcurrido el plazo de 15 días naturales desde que el médico responsable ponga en conocimiento de la Comisión la solicitud de ayuda médica a morir, el silencio administrativo de la Comisión se interpretará como la aprobación de la prestación.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 33

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 25

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 13

De adición.

«13.1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública, **cuando la prestación de ayuda a morir tenga lugar en un centro perteneciente a la sanidad pública.**»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 26

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 14

De adición.

«14.2 La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios y socio-sanitarios públicos, privados, o concertados, **y en el domicilio del paciente**, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de lo objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 27

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 16

De adición.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 34

«16.1. Las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir tendrán el derecho de ejercer su objeción de conciencia sanitaria.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. **Las declaraciones de objeción de conciencia recogerán los ámbitos a que se extiende la objeción: en cuanto a realizar los informes médicos pertinentes recogidos en esta ley, bien como médico responsable o bien como médico consultor, y en cuanto a realizar la prestación directa de la ayuda a morir.»**

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 28

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

Al artículo 18

De modificación.

«18 a) Resolver en el plazo máximo de ~~veinte~~ **cinco días naturales** las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.».

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 29

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

A la Disposición final primera

De modificación.

Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Se modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

«Art. 143.4. No será castigado la persona que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otra persona en el caso de que la misma sufriera una enfermedad grave e incurable o graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar cuando medie la petición expresa, inequívoca y reiterada.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 35

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 30

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu

A la Disposición final quinta (Nueva)

De adición.

Se añade una nueva disposición quinta que quedaría redactada como sigue:

«Se suprime el artículo 9.6. de la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, que atenta gravemente contra los derechos de los representantes de pacientes no conscientes en la toma de decisiones.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

A la Mesa de la Comisión de Justicia

El Grupo Parlamentario Plural, 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 Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 28 de abril de 2020.—**Nestor Rego Candamil**, Diputado.—**Laura Borràs Castanyer**, Portavoz del Grupo Parlamentario Plural.

ENMIENDA NÚM. 31

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 3. a)

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

Dada la regulación general establecida por la Ley de autonomía del paciente, y el espíritu que debe regir la regulación de la eutanasia, consideramos que no es correcto que se trate la decisión del paciente de acogerse a la Ley de Eutanasia como un tipo de consentimiento informado. No lo es, el tratamiento debe ser distinto. Una cosa es dar permiso para un acto que el médico desea hacer y otra es hacer una petición expresa e inequívoca de morir, que el médico se compromete a respetar. Consideramos redundante dar la conformidad a una petición propia.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 36

ENMIENDA NÚM. 32

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 3.b)

De modificación.

Proponiendo el siguiente texto alternativo:

«3.b) Graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar: situación que resulta del deterioro de la salud que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.»

JUSTIFICACIÓN

La definición de «enfermedad grave, crónica e invalidante» no es una mejora real sobre la mención equivalente del actual 143.4 CP, que además cuenta ya con un soporte interpretativo solvente que puede ayudar en la precisión de los actuales conceptos, consolidando la línea doctrinal configurada desde la entrada en vigor del artículo 143.4 CP de 1995.

ENMIENDA NÚM. 33

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 3 c)

De supresión.

De la frase «originados independientemente de la voluntad del o la paciente.»

JUSTIFICACIÓN

No tiene ningún sentido anular la voluntad de morir, que es el elemento nuclear de la ley, a supuestas situaciones en las que el deterioro de [a salud haya sido consecuencia de un acto causado por la propia persona que desea morir.

ENMIENDA NÚM. 34

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 3,f)

De supresión.

Que define la objeción de conciencia sanitaria.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

JUSTIFICACIÓN

En una actividad lícita, legalmente regulada y prestada desde la sanidad pública no debería admitirse la posibilidad de substraerse de sus obligaciones en función de sus creencias personales, lo que supondría el riesgo de que en determinados centros existiera riesgo de prestarse.

ENMIENDA NÚM. 35

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 3 g)

De adición.

Que quedará redactado como sigue:

«Dicha prestación se puede producir en el propio centro sanitario, sociosanitario o en su domicilio en dos modalidades.»

JUSTIFICACIÓN

Salvo peligro para la salud pública, cada persona tiene derecho a morir en el lugar que prefiera, especialmente en su casa, si es su domicilio habitual o en el centro sociosanitario donde reside.

ENMIENDA NÚM. 36

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 3 apartado g) inciso ii

De supresión.

Para eliminar la siguiente frase «ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio».

JUSTIFICACIÓN

Al incluir en la enmienda anterior la posibilidad de prestar ambas modalidades en centro sanitario, sociosanitario o en domicilio, no es coherente mantenerlo en este inciso.

ENMIENDA NÚM. 37

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 5.1.a)

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 38

Que quedará redactado como sigue:

«5.1 a) Ser titular del derecho a recibir asistencia sanitaria en España, mayoría de edad, estar en la plenitud de sus facultades intelectuales y emocionales o, en su defecto, disponer de testamento vital.»

JUSTIFICACIÓN

Al tratarse de un derecho recogido en el SNS, el requisito de nacionalidad española o residencia legal en España debería sustituirse por «titulares del derecho a recibir asistencia sanitaria», de manera que no se prive del derecho a los migrantes en situación irregular, a los pensionistas residentes en otros países, ni a las trabajadoras que trabajen en territorios transfronterizos. Así, mismo consideramos oportuno contemplar la posibilidad de que, sin disponer de sus plenas facultades, haya manifestado previamente su voluntad en un testamento vital.

ENMIENDA NÚM. 38

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 5.1.b)

De modificación.

Que quedará redactado como sigue:

«5.1 b) Disponer, el paciente o la persona designada por él, de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.»

JUSTIFICACIÓN

La información puede darse de manera verbal en presencia de testigos, que se anotan en el historial médico y en la documentación pertinente. La exigencia de que una información tan amplia, personalizada en cada caso, se haga por escrito puede ser una tarea tediosa que requeriría de un tiempo del que los profesionales habitualmente no disponen.

En casos de demencia, siempre y cuando la persona disponga de testamento vital, la ley debe recoger la posibilidad de que el receptor de la información sea la persona que represente al paciente.

ENMIENDA NÚM. 39

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 5.1.c) inciso primero

De supresión.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 39

JUSTIFICACIÓN

El texto original exige la formulación de dos solicitudes, de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas. Consideramos que se trata de una medida que obstaculiza y pone trabas al ejercicio del derecho por parte del sujeto. Es necesario, conjugar las garantías legales de ejercicio con el acceso al derecho.

ENMIENDA NÚM. 40

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 5.1.d)

De modificación.

Que queda redactado como sigue:

«5.1 d) Sufrir una enfermedad grave y permanente o incurable, o sufrimientos físicos o psíquicos que considere intolerables, certificada por el médico o médica responsable.»

JUSTIFICACIÓN

Es la persona la que tiene que determinar si su situación es o no es tolerable, Se mantiene la certificación médica por garantía y en previsión de la aplicación del punto 5.2 (declaración de incapacidad de hecho permanente o aplicación de las instrucciones previas recogidas en el testamento vital).

ENMIENDA NÚM. 41

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 5.1.e)

De modificación.

Que queda redactado como sigue:

«5.1 e) Reiterar su voluntad de morir previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicha petición se incorporará a la historia clínica del o la paciente.»

JUSTIFICACIÓN

La petición de ayuda médica para morir no es un tipo de consentimiento informado, porque una cosa es dar permiso para un acto que el médico desea hacer y otra es hacer una petición expresa e inequívoca de morir, que el médico se compromete a respetar. Dar la conformidad a una petición propia es un incongruente, pero por seguridad jurídica se incorpora la necesidad de que el o la paciente reitere su voluntad de continuar con la medida solicitada.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 40

ENMIENDA NÚM. 42

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 6.2

De modificación.

Que queda redactado como sigue:

«2. El documento deberá firmarse ante el Médico/a Responsable que lo rubricará. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del o la paciente.»

JUSTIFICACIÓN

Si es el médico o médica la que debe certificar las condiciones en que se realiza la petición, consideramos oportuno que sea él o ella personalmente la que presencie la firma del documento y no otro profesional sanitario por delegación.

ENMIENDA NÚM. 43

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Nuevo epígrafe al final del artículo 6

De adición.

Con la siguiente redacción:

«6.5. La verificación del cumplimiento de los requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir deberá ser resulta en el plazo máximo de 7 días.»

JUSTIFICACIÓN

Se considera necesario añadir un plazo máximo de resolución para que los trámites no se dilaten excesivamente.

ENMIENDA NÚM. 44

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 7.1

De supresión.

Por el que se elimina la frase final del mismo a partir de la coma:

«salvo que la misma derive del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria prevista en el artículo 16.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 41

JUSTIFICACIÓN

En una actividad lícita, legalmente regulada y prestada desde la sanidad pública no debería admitirse la posibilidad de substraerse de sus obligaciones en función de sus creencias personales, lo que supondría el riesgo de que en determinados centros existiera riesgo de prestarse.

ENMIENDA NÚM. 45

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 7.2

De modificación.

Que queda redactado como sigue:

«7.2 Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de **quince días hábiles** una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.»

JUSTIFICACIÓN

El objetivo de la ley es, en primer lugar, garantizar la voluntad de la persona que decide morir y, en segundo, la seguridad jurídica de las personas profesionales que la ayuden. Por ello, se propone ampliar el plazo de reclamación de la persona solicitante y, además, para evitar que el proceso se dilate en el tiempo, acortar el del profesional.

ENMIENDA NÚM. 46

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 7.3

De modificación.

Que queda redactado como sigue:

«7.3 El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, deberá remitir en el plazo de **cinco días** después de recibida la solicitud, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.»

JUSTIFICACIÓN

El objetivo de la ley es, en primer lugar, garantizar la voluntad de la persona que decide morir y, en segundo, la seguridad jurídica de las personas profesionales que la ayuden. Por ello, se propone ampliar

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 42

el plazo de reclamación de la persona solicitante y, además, para evitar que el proceso se dilate en el tiempo, acortar el del profesional,

ENMIENDA NÚM. 47

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 8.3.

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

Se debe suprimir el médico consultor porque es excesivo acumular evaluaciones de un mínimo de 4 personas, más el pleno de la Comisión, En caso de que se decida mantener el control previo, con la designación de las dos personas previstas en el art. 10, queda garantizada plenamente la veracidad de la situación, por lo que no sería necesario el médico consultor.

ENMIENDA NÚM. 48

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 8.4

De modificación.

Que queda redactado como sigue:

«8.4. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico o la médica responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda a morir, lo pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control competente al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

En caso de informe desfavorable del médico consultor, se pondrá en conocimiento del paciente que podrá recurrir al procedimiento regulado en el artículo 7.2.»

JUSTIFICACIÓN

Facilitar la tramitación del derecho una vez manifestada la voluntad por el o la paciente.

ENMIENDA NÚM. 49

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 10.2

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 43

De supresión.

Del que se elimina su frase final: «así como con la persona solicitante.»

JUSTIFICACIÓN

Suprimir las entrevistas entre la Comisión de Evaluación y Control y el paciente, para evitar distorsionar la relación entre médico y paciente y, por otro lado, para evitar dilatar el proceso de manera innecesaria.

ENMIENDA NÚM. 50

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 10.4

De modificación.

Que queda redactado como sigue:

«10.4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo de 7 días naturales, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.»

JUSTIFICACIÓN

El plazo de la resolución definitiva no debe ser interpretable («el más breve posible»), sino fijado por ley. La ambigüedad de los plazos puede dilatar el proceso innecesariamente.

ENMIENDA NÚM. 51

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 10.

De adición.

Por el que se añade un nuevo apartado 10.6 que quedaría redactado como sigue:

«10.6. Transcurrido el plazo de 15 días naturales desde que el médico responsable ponga en conocimiento de la Comisión la solicitud de ayuda médica a morir, el silencio administrativo de la Comisión se interpretará como la aprobación de la prestación.»

JUSTIFICACIÓN

Ante un posible colapso de la comisión por peticiones de eutanasia, el silencio administrativo no puede perjudicar el derecho de las personas a recibir ayuda para morir.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 44

ENMIENDA NÚM. 52

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 11.1

De modificación.

Que queda redactado como sigue:

«11.1 Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse cuando decida el paciente o su representante en caso de incapacidad, con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

El o la paciente, o su representante en caso de incapacidad, deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.»

JUSTIFICACIÓN

Se trata de resaltar que, una vez obtenida la autorización, la ayuda a morir se producirá cuando decida el paciente o su representante, figura que también debe recoger el segundo párrafo.

ENMIENDA NÚM. 53

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 13.1

De modificación.

Que queda redactado como sigue:

«13.1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.»

JUSTIFICACIÓN

La prestación se hará con cargo a fondos públicos si su prestación se realiza a través de centros del ámbito público, dejando claro que no se incluyen los centros privados, que podrán prestarla igualmente.

ENMIENDA NÚM. 54

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 14.2

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 45

Que queda redactado como sigue:

«14.2 La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios y sociosanitarios públicos, privados, o concertados, y en el domicilio del paciente, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el lugar donde se realiza.»

JUSTIFICACIÓN

Salvo peligro para la salud pública, cada persona tiene derecho a morir en el lugar que prefiera, especialmente en su casa, si es su domicilio habitual o en el centro sociosanitario donde reside. Se elimina además la referencia a la objeción de conciencia.

ENMIENDA NÚM. 55

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 16.

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

En una actividad lícita, legalmente regulada y prestada desde la sanidad pública no debería admitirse la posibilidad de substraerse de sus obligaciones en función de sus creencias personales, lo que supondría el riesgo de que en determinados centros existiera riesgo de prestarse.

ENMIENDA NÚM. 56

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 18 a)

De modificación.

Que queda redactado como sigue:

«18 a) Resolver en el plazo máximo de cinco días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de tres días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.»

JUSTIFICACIÓN

5 días es el plazo propuesto en el artículo 10.3. Veinte días es un plazo abusivo, fundamentalmente en resoluciones que susciten dudas o la negativa no sea muy taxativa. En el párrafo segundo no es comprensible que para proceder al acto aprobado por otro facultativo se necesite una semana, El párrafo

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 46

tercero debería ser suprimido atendiendo a que en el artículo 10 el silencio de la Comisión de Evaluación ha de entenderse como positivo.

ENMIENDA NÚM. 57

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

A la Disposición final primera por la que se modifica el artículo 143.4 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

De modificación.

Que quedará redactada como sigue:

«Art. 143.4. El que con actos necesarios y directos cause o coopere a la muerte de una persona, por su petición expresa o inequívoca, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, fuera de los casos y términos amparados por Ley Orgánica de regulación de la Eutanasia y el resto de la normativa sanitaria que la desarrolle, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.»

JUSTIFICACIÓN

Suprimir las penas atenuadas es un retroceso legislativo que contradice el consenso alcanzado para la aprobación del Código Penal de 1995, y el reconocimiento del derecho a morir. No hay ninguna razón para que la regulación de la eutanasia suponga que las conductas de cooperación necesaria y directa a la muerte libre de otra persona, en las circunstancias del art. 143.4, no reguladas en la LORE, se castiguen con penas de cárcel muy superiores a las del actual código penal. No se debería reducir la atenuación prevista tan sólo al médico o médica, sino mantenerse para cualquier sujeto que realice la conducta prevista.

A la Mesa de la Comisión de Sanidad

Más País, desde el Grupo Parlamentario Plural, al amparo de lo establecido en los artículos 110 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados presenta la siguiente enmienda al articulado de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 29 de abril de 2020.—**Iñigo Errejón Galván**, Portavoz del Grupo Parlamentario Plural.

ENMIENDA NÚM. 58

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

A la Exposición de motivos párrafo 3

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 47

«La legalización y regulación de la eutanasia se asienta.[...]»

Texto que se propone:

«La regulación de la eutanasia se asienta[...]»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 59

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

A la Exposición de motivos párrafo 9.

De modificación.

«[...] Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso decisiones apresuradas [...]»

Texto que se propone:

«[...] Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares **favorables o desfavorables a la práctica de la eutanasia**, o incluso decisiones apresurada [...]»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 60

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 2: Ámbito de aplicación.

De modificación.

«Esta ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tengan domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.»

Texto que se propone:

«Esta ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica

se encuentra en territorio español cuando tengan domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español. **El domicilio incluye la residencia geriátrica o sociosanitaria si la persona está ingresada de manera continuada.»**

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 61

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 3, apartado g):

De modificación.

«g) “Prestación de ayuda para morir”: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.»

Texto que se propone:

«g) “Prestación de ayuda para morir”: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir **en el propio centro sanitario, sociosanitario o en su domicilio en dos modalidades:**

i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

ii) **La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.»**

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 62

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 4, punto 2.

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 49

«4. 2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los **hechos más relevantes** de su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el médico o médica responsable. Debe quedar constancia de esa información en la historia clínica del o la paciente.»

Texto que se propone:

«4. 2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos de su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el médico o médica responsable. Debe quedar constancia de esa información en la historia clínica del o la paciente.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 63

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 5.2

De modificación.

«5. 2. No será de aplicación lo previsto en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que el o la paciente está incurso en situación de incapacidad de hecho permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.»

Texto que se propone:

«5. 2. No será de aplicación lo previsto en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que el o la paciente está incurso en situación de incapacidad de hecho permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. **Tanto en el documento de instrucciones previas como en el equivalente, se habrá de contemplar que esa voluntad es una petición (no el mero consentimiento), expresa (no tácita ni presunta) e inequívoca (términos claros, precisos, indubitada). En el caso de haber sido nombrado representante en ese documento, éste será el interlocutor válido y necesario para el/la médico responsable.»**

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 50

ENMIENDA NÚM. 64

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 5.1.b)

De modificación.

«5.1.b). Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.»

Texto que se propone:

«5.1.b). Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, **incluidas la intervención psicoterapéutica —en función de la experiencia intensa de sufrimiento— y el acceso a cuidados paliativos.**»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica. La propia definición de enfermedad grave, crónica e invalidante o de enfermedad grave e incurable que aparecen en el texto incluyen la asociación con «sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable.» En sí mismo ya debería tener derecho a un apoyo psicoterapéutico, pero la realidad nos dice que no siempre es así. Se explicita la diferencia también de cuidados paliativos porque hay aún muchas Unidades de Cuidados Paliativos que no cuentan con profesionales de la psicología o la psiquiatría para dar ese apoyo.

ENMIENDA NÚM. 65

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 6

De modificación.

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

«6.4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico o médica responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas o documento equivalente suscrito previamente por el o la paciente.»

Texto que se propone

«6.4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico o médica responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas o documento equivalente suscrito previamente por el o la paciente. **En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente y que exista el documento de voluntades anticipadas, el/la médico tratante podrá presentar la solicitud de eutanasia.**»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 51

JUSTIFICACIÓN

Se debe garantizar el derecho a una muerte digna a toda la ciudadanía española que cumpla los requisitos que marca la ley.

ENMIENDA NÚM. 66

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 7 apartado 2

De modificación.

«7. 2 Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de **cinco** días hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.»

Texto que se propone:

«7. 2 Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de **quince** días hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.»

ENMIENDA NÚM. 67

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 8

De modificación.

«Art. 8. Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud **previa** de prestación de ayuda para morir.»

Texto que se propone:

«Art. 8. Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 52

ENMIENDA NÚM. 68

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 8 apartado 3

De modificación.

«8.3. El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de diez días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante.»

Texto que se propone:

«8.3. El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de diez días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. **En caso de que el médico consultor deniegue la prestación de ayuda para morir, el médico responsable consultará con otro profesional o, en su defecto, lo pondrá en conocimiento de la Comisión.** Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 69

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 8 apartado 4

De modificación.

«8.4. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico o la médica responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda a morir, lo pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control competente al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.»

Texto que se propone:

«8.4. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico o la médica responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda a morir, lo pondrá, **en el plazo máximo de tres días hábiles**, en conocimiento, del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control competente al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 53

ENMIENDA NÚM. 70

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 10 apartado 2

De modificación.

«10. 2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta, **así como con la persona solicitante.»**

Texto que se propone:

«10. 2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta **así como con la persona solicitante en el caso en que la comisión produzca un informe desfavorable para la concesión de la prestación de ayuda a morir.»**

ENMIENDA NÚM. 71

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 10 apartado 4

De modificación.

«10.4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo más breve posible, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.»

Texto que se propone:

«10.4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, **en el plazo de 7 días naturales**, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir. **Transcurrido el plazo de 28 días naturales desde que el médico responsable ponga en conocimiento de la Comisión la solicitud de ayuda médica a morir, una vez corroborado por éste y por el médico consultor el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, el silencio administrativo de la Comisión se interpretará como la aprobación de la prestación de ayuda para morir.»**

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 54

ENMIENDA NÚM. 72

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 10 apartado 5

De modificación.

«Art 10. 5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridos ante la jurisdicción contencioso administrativa.»

Texto que se propone:

«Art 10.5. la siguiente enmienda de modificación: Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridos **ante la Comisión Nacional de Evaluación o/y** ante la jurisdicción contencioso administrativa.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 73

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 11, apartado 1

De modificación.

«11.1 Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

En el caso de que el o la paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.»

Texto que se propone:

«11.1 Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse, **cuando decida el paciente o su representante en caso de incapacidad**, con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

El o la paciente, o su representante en caso de incapacidad, deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.»

JUSTIFICACIÓN

Se debe recoger la figura del representante en la decisión sobre eutanasia o suicidio asistido. Da la impresión de que la realización de la eutanasia es acto seguido a la finalización de los trámites.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 55

ENMIENDA NÚM. 74

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 13 apartado 2.

De modificación.

«13. 2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta ley.»

Texto que se propone:

«13. 2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta ley, **incluido la posibilidad real de contar con diferentes alternativas y posibilidades de actuación, como son la intervención psicoterapéutica y los cuidados paliativos.**»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 75

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al Capítulo IV.

De adición.

Se añade a continuación del artículo 13.2.

Texto que se propone:

«Artículo 13.3.

13.3. En el caso de existir circunstancias que aconsejaran eximir de la prestación efectiva de ayuda para morir a un servicio o unidad de un centro sanitario, esta exención podrá llevarse a cabo siempre que la institución sanitaria garantice que todo individuo que la solicite pueda acceder a la misma, cumplidos los requisitos que establece el art. 5 de esta ley. Esta exención deberá ser justificada y comunicada por escrito a la Consejería de Salud o equivalente y habrá de ser revisada con una periodicidad no mayor a 3 años.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 56

ENMIENDA NÚM. 76

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 14, apartado 2

De modificación.

«14. 2. La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados, o concertados, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.»

Texto que se propone:

«14. 2. La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros **socio**-sanitarios públicos, privados, o concertados y en el **domicilio del paciente**, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 77

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al Capítulo IV

De adición.

Se añade a continuación del artículo 16

Texto que se propone:

«Artículo 16 bis. Formación y apoyo emocional a las y los profesionales sanitarios implicados en la prestación de ayuda para morir.

Las Comunidades Autónomas tendrán la obligación de ofertar formación específica en la ayuda a morir, tanto en los aspectos técnicos como en los legales. Asimismo, facilitarán herramientas de comunicación difícil y de apoyo emocional, a los y las profesionales que, de acuerdo con la legislación vigente, puedan legalmente desempeñar dicha ayuda.»

JUSTIFICACIÓN

Inclusión de la formación y del apoyo psicológico en la legislación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 57

ENMIENDA NÚM. 78

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 16 apartado 2.

De modificación.

«16.2. Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que ésta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.»

Texto que se propone:

«16.2. Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que ésta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. **En ningún caso se facilitará esta información a efectos de contratación laboral.**»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica. Garantía de que las diferentes posiciones en torno a la objeción de conciencia en este ámbito no tengan efectos en la contratación del personal sanitario.

ENMIENDA NÚM. 79

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al Capítulo V

De adición.

Se añade a continuación del artículo 17.

Texto que se propone:

«Artículo 17 bis.

1. Se creará una Comisión Nacional de Evaluación, que deberá regirse por los mismos plazos de constitución que las comisiones autonómicas de control y evaluación.
2. Dicha comisión dependerá del Ministerio de Sanidad.
3. La función principal de dicha comisión será hacer un seguimiento continuo del acceso y la equidad de la prestación de la ayuda a morir, así como ejercer de órgano consultivo para las comisiones autonómicas en caso de precisararlo.
4. Esta comisión deberá redactar un informe anual en los tres meses posteriores a la recepción de la totalidad de los informes autonómicos.
5. Redactará propuestas de mejora en el caso de detectar inequidades territoriales o sociales en el acceso y la prestación de la ayuda a morir.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 58

6. Resolverá en el plazo máximo de 15 días los recursos que le lleguen de los expedientes que hayan sido informados desfavorablemente por las Comisiones de Evaluación y Control autonómicas.

JUSTIFICACIÓN

Se introduce un Comité Estatal que pueda garantizar que no se generan inequidades territoriales.

ENMIENDA NÚM. 80

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo 18, apartado e

De modificación.

«18.e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto.»

Texto que se propone:

«18.e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto. **Este informe deberá publicarse en los primeros 4 meses del año posterior al año evaluado y será enviado a la Consejería de Sanidad de la comunidad autónoma correspondiente, así como al Comité Nacional de Evaluación.**»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 81

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Plural

A la Disposición adicional primera

De modificación.

Disposición adicional primera. Sobre la causa de la muerte.

«La muerte producida derivada de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos.»

Texto que se propone:

«**Disposición Adicional Primera. Sobre la consideración legal de la muerte.**

La muerte producida derivada de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 59

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), al amparo de lo establecido en el artículo 109 y siguientes del vigente Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas al articulado a la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 14 de octubre de 2020.—**Aitor Esteban Bravo**, Portavoz del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

ENMIENDA NÚM. 82

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la Denominación de la Proposición

De modificación.

Se plantea la siguiente denominación de la ley:

«Ley Orgánica de despenalización y regulación de la eutanasia y la ayuda médica para morir.»

JUSTIFICACIÓN

La proposición de ley omite en su texto la referencia expresa a «la ayuda médica para morir», a pesar de despenalizarlo y regularlo. El texto identifica el suicidio médicamente asistido, sin nombrarlo, como una modalidad de eutanasia. También se refiere a él, siempre ligado a la eutanasia, con expresiones como: «conductas eutanásicas» o «contextos eutanásicos». De esta manera se produce una anulación semántica del término que conduce a su errónea asimilación conceptual con la eutanasia. Aunque ambas prácticas comparten el hecho de ser ayudas médicas para morir, difieren en su realización y en la carga moral que comportan, por lo que deberían ser consideradas y expresadas de forma diferenciada. Asimismo, la adición del término «médica» concreta y ajusta la ayuda a morir en un contexto médico sanitario.

ENMIENDA NÚM. 83

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al texto de la Proposición de Ley

De modificación.

«Cambio de la expresión “ayuda para morir” por la de “**ayuda médica para morir**” en todo el texto de la Proposición de Ley.»

JUSTIFICACIÓN

Corrección técnica. Queda ya corregido en el texto de la totalidad de las enmiendas que se formulan.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 60

ENMIENDA NÚM. 84

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 1 de la Proposición de Ley

De modificación.

El artículo 1 queda redactado de la siguiente manera:

«El objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda **médica** para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse. **Asimismo, regula los derechos y obligaciones del personal sanitario que atiende a estas personas.**»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 85

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 2 de la Proposición de Ley

De modificación.

El artículo 2 queda redactado de la siguiente manera:

«Esta ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, **instituciones sanitarias y socio-sanitarias** públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tenga domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 86

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 3 de la Proposición de Ley

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 61

La letra h) del artículo 3 queda redactada de la siguiente manera:

«h) Situación de incapacidad de hecho: situación en la que el o la paciente carecen de entendimiento y voluntad suficiente para tomar, de forma autónoma, una decisión sobre su propia muerte en los términos previstos en esta ley. No es necesario que exista sentencia judicial de **modificación de capacidad.**»

JUSTIFICACIÓN

En la terminología actual se tiende a hablar no de incapacitación sino de modificación de la capacidad mediante sentencia judicial. La terminología del punto h) es antigua. Desde la Convención de Nueva York del año 2006, ratificada por España en 2007, se modifica la definición del término incapacitación, que pasa a definirse como modificación de la capacidad de obrar. Actualmente se especifica mucho más para qué está limitada la capacidad de una persona. Dependiendo de la dificultad de la decisión, se exige un mayor o menor nivel de entendimiento. «Gobernar su vida» en general es un término demasiado absoluto.

ENMIENDA NÚM. 87

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 3.g) de la Proposición de Ley

De modificación.

La letra g) del artículo 3 queda redactada de la siguiente manera:

«g) Prestación de ayuda para morir: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

- i) **Eutanasia:** la administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
- ii) **Ayuda médica para morir:** prescripción o suministro al o la paciente del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar la propia muerte.»

JUSTIFICACIÓN

Se trata de reconocer expresamente las dos diferentes modalidades que permitirían en los términos de esta ley la asistencia médica para morir dignamente.

ENMIENDA NÚM. 88

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 4.2 de la Proposición de Ley

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 62

El apartado 2 del artículo 4 queda redactado de la siguiente manera:

«2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda **médica** para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el médico o médica que le atiende. Debe quedar constancia de esa información en la historia clínica del o la paciente **y de su correcta comprensión por la persona solicitante.**»

JUSTIFICACIÓN

Referencia expresa a la constancia en la historia clínica de la correcta comprensión por la persona solicitante de la información prestada.

ENMIENDA NÚM. 89

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 5.1.a) de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 1.a) del artículo 5 queda redactado de la siguiente manera:

«a) Tener ~~la nacionalidad española o residencia legal en España~~, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.»

JUSTIFICACIÓN

Eliminar el requisito de nacionalidad española o residencia legal en España.

ENMIENDA NÚM. 90

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 5.1.b) de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 1.b del artículo 5 queda redactado de la siguiente manera:

«b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación.

En el caso de una persona con enfermedad grave e incurable y con pronóstico vital limitado, haber sido o estar siendo atendida por un equipo de cuidados paliativos, y en el caso de una persona con discapacidad que le haga insoportable su vida, haber recibido de facto la totalidad de las prestaciones a las que tuviera derecho por la normativa de atención a la dependencia.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 63

JUSTIFICACIÓN

Las ayudas médicas para morir reguladas en esta ley nunca deben sustituir a la atención de unos cuidados paliativos de calidad. Pero hay determinadas situaciones en las que no es suficiente una buena prestación de cuidados paliativos para mitigar el sufrimiento insoportable e intolerable para el o la paciente. Por eso, en línea con los principios inspiradores de esta proposición de ley, discrepamos de la afirmación de que unos cuidados paliativos de calidad y accesibles para toda la población harían innecesaria la práctica de la eutanasia y el suicidio médico asistido.

Por esta razón, en el caso de pacientes con pronóstico vital limitado, debe resultar condición imprescindible para poder aceptar cualquier práctica de muerte médicamente asistida que el o la paciente haya sido atendido previamente por un equipo de cuidados paliativos. Consideramos que el actual nivel de desarrollo y extensión de los cuidados paliativos tanto en Euskadi como en el conjunto del Sistema Nacional de Salud permite hacer factible esa condición. De esta manera quedan terminantemente despejadas las dudas apuntadas por las personas detractoras de la despenalización y regulación positiva de esta prestación sanitaria contenida en la presente proposición de ley, planteando la eventualidad de que algunos pacientes que solicitan ayuda médica para morir no lo hubieran hecho de haber recibido una atención de cuidados paliativos específica.

Por el mismo motivo, en el caso de personas con una discapacidad que haga insufrible e insoportable su vida, también consideramos necesario que, previamente a la práctica de la eutanasia o de la ayuda médica para morir, hayan recibido de facto (no solo en trámite o meramente reconocido) las prestaciones económicas y sociales a las que tuviera derecho por la normativa de atención a la dependencia.

ENMIENDA NÚM. 91

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 5.1.e) de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 1.e del artículo 5 queda redactado de la siguiente manera:

«e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda **médica** para morir, **en el caso de estar consciente y ser competente en ese momento**. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del o la paciente.»

JUSTIFICACIÓN

Corrección técnica.

ENMIENDA NÚM. 92

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 5.2 de la Proposición de Ley

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 64

El apartado 2 del artículo 5 queda redactado de la siguiente manera:

«2. No será de aplicación lo previsto en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que el o la paciente está incurso en situación de incapacidad de hecho permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda **médica** para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.»

JUSTIFICACIÓN

Corrección técnica.

ENMIENDA NÚM. 93

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 7.2 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 2 del artículo 7 queda redactado de la siguiente manera:

«2. Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de cinco días hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad **y a argumentar por escrito los motivos de su denegación.**»

JUSTIFICACIÓN

Corrección técnica.

ENMIENDA NÚM. 94

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 8.2 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 2 del artículo 8 queda redactado de la siguiente manera:

«2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda **médica** para morir. En el caso de que el o la paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico o médica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, **así como en su caso a los psicólogos o psicólogas y trabajadores o trabajadoras sociales**, si lo hubiere,

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 65

especialmente a los y las profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitara el o la paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del o la paciente la firma del documento del consentimiento informado.

En el caso de que el o la paciente decidiera decaer de su solicitud, el médico o médica responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial, **así como en su caso a los psicólogos o psicólogas y trabajadores o trabajadoras sociales**, si lo hubiere.»

JUSTIFICACIÓN

Conveniencia de contemplar de forma expresa la totalidad de los profesionales que conforman los equipos multidisciplinares de atención a los pacientes.

ENMIENDA NÚM. 95

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 8.3 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 3 del artículo 8 queda redactado de la siguiente manera:

«3. El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1 **o en el artículo 5.2**, en el plazo máximo de diez días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante.»

JUSTIFICACIÓN

Contemplar la situación del paciente que haya formalizado un documento de instrucciones previas o equivalente, respecto del que se requiere, según establece el 5.2, una situación de incapacidad grave e incurable o padecer una discapacidad grave crónica en los términos establecidos en la ley.

ENMIENDA NÚM. 96

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 8.4 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 4 del artículo 8 queda redactado de la siguiente manera:

«4. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico o la médica responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda **médica para** morir, lo pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control competente al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

No obstante, se podrá llevar a cabo dicha prestación de ayuda **médica para** morir sin el citado control previo en los casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por el médico o médica responsable, en cuyo caso se procederá de la forma prevista en el artículo 12.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 97

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 10.3 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 3 del artículo 10 queda redactado de la siguiente manera:

«3. En el plazo máximo de siete días naturales, y una vez evaluado el cumplimiento de lo previsto en esta ley, los miembros designados elevarán a la Comisión una propuesta para la aprobación o, en su caso, denegación de la solicitud de prestación de ayuda **médica para** morir. El contenido de la citada propuesta no vinculará el sentido de la resolución definitiva de la Comisión.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 98

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 10 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 4 del artículo 10 queda redactado de la siguiente manera:

«4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo **máximo de 10 días**, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda **médica para** morir.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 67

ENMIENDA NÚM. 99

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 10.5 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 5 del artículo 10 queda redactado de la siguiente manera:

«5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda **médica** para morir podrán ser recurridos ante la jurisdicción contencioso administrativa.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 100

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 11 de la Proposición de Ley

De modificación.

Modificación del epígrafe del artículo 11, que queda redactado de la siguiente manera:

«**Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda médica para morir.**»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica y coherencia con el resto de la ley.

ENMIENDA NÚM. 101

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 11.1 y 2 de la Proposición de Ley

De modificación.

Los apartados 1 y 2 del artículo 11 quedan redactado de la siguiente manera:

«1. Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda **médica** para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 68

En el caso de que el o la paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda **médica** para morir.

2. En los casos en los que la prestación de ayuda **médica** para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.i) el médico o médica responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 102

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 13 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 1 del artículo 13 queda redactado de la siguiente manera:

«1. La prestación de ayuda **médica** para morir estará incluida en la Cartera de servicios ~~comunes~~ del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.»

JUSTIFICACIÓN

De conformidad con nuestra enmienda presentada al proyecto de ley sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (procedente del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio), mediante la que se plantea la modificación del artículo 8 de Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, pasando la «cartera de servicios comunes» a ser la «cartera de servicios» del SNS.

ENMIENDA NÚM. 103

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 14.1 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 1 del artículo 14 queda redactado de la siguiente manera:

«1. Con el fin de asegurar la igualdad y la calidad asistencial de la prestación de ayuda **médica** para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta ley.

Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 69

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 104

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 14.2 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 2 del artículo 14 queda redactado de la siguiente manera:

«2. La prestación de ayuda **médica** para morir se realizará en centros sanitarios o **socio-sanitarios** públicos, privados o concertados, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.»

JUSTIFICACIÓN

Ajustar la redacción de este apartado segundo del artículo 14 a nuestra enmienda relativa al ámbito de aplicación de la presente ley (artículo 2).

ENMIENDA NÚM. 105

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 15.1 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 1 del artículo 15 queda redactado de la siguiente manera:

«Artículo 15.

1. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda **médica** para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 70

ENMIENDA NÚM. 106

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 16 de la Proposición de Ley

De modificación.

Modificación del epígrafe del artículo 16, que queda redactado de la siguiente manera:

«Artículo 16. Objeción de conciencia de las y los profesionales sanitarios.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora de la redacción y ajuste al planteamiento de nuestra enmienda al artículo 16.

ENMIENDA NÚM. 107

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 16 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado primero del artículo 16 queda redactado de la siguiente manera:

«1. Las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda **médica** para morir tendrán el derecho de ejercer su objeción de conciencia sanitaria. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual **y libre** del profesional sanitario **que por su actividad pudiere estar** directamente implicado en su realización. **Tal decisión negativa, que podrá referirse tanto a los dos supuestos contemplados en la letra g) del artículo 3 de la presente ley como únicamente a uno de ellos, deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.**»

JUSTIFICACIÓN

Mejora de la redacción y ajuste a la previsión de planteamiento general previo de la objeción de conciencia, contemplando la posibilidad de que esta se pueda referir bien exclusivamente a la eutanasia o a la ayuda médica para morir de forma diferenciada, o por el contrario a ambas modalidades indistintamente.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 71

ENMIENDA NÚM. 108

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 16 de la Proposición de Ley

De modificación.

El apartado 2 queda redactado de la siguiente manera:

«2. Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda **médica** para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda **médica** para morir. **El Registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.**»

JUSTIFICACIÓN

Mediante la presente enmienda se pretende ampliar el derecho a ejercitar la objeción de conciencia de manera individualizada ante un caso concreto, aunque no se hubiera manifestado previamente de forma genérica, ya que puede ser posible que un profesional que no haya ejercido su derecho general a la objeción, se encuentre ante un supuesto puntual que a su juicio así lo requiera.

ENMIENDA NÚM. 109

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Nuevo apartado 3 al artículo 16 de la Proposición de Ley

De adición.

Se añade un apartado tercero, que queda redactado de la siguiente manera:

«3. **Las administraciones sanitarias difundirán entre el personal sanitario los supuestos contemplados en esta ley de prestación de la ayuda médica para morir a los efectos de su correcto y general conocimiento y de facilitar en su caso por las y los profesionales el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia.**»

JUSTIFICACIÓN

Se trata, por una parte, de difundir el conocimiento entre los profesionales sanitarios del contenido de esta ley y del derecho en ella regulado a solicitar y recibir ayuda médica para morir y, por otra, de posibilitar con la suficiente antelación la objeción de conciencia por los profesionales, de forma que las administraciones sanitarias puedan garantizar la adecuada gestión de la prestación de la ayuda médica para morir.

— Como consecuencia de nuestras enmiendas, la redacción propuesta del artículo 12 queda de la siguiente manera:

Artículo 12. Objeción de conciencia de las y los profesionales sanitarios.

1. Las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda médica para morir tendrán el derecho de ejercer su objeción de conciencia sanitaria. El rechazo o la negativa a realizar

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 72

la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual y libre del profesional sanitario que por su actividad pudiere estar directamente implicado en su realización. Tal decisión negativa, que podrá referirse tanto a los dos supuestos contemplados en la letra g) del artículo 3 de la presente ley como únicamente a uno de ellos, deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda médica para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda médica para morir. El Registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

3. Las administraciones sanitarias difundirán entre el personal sanitario los supuestos contemplados en esta ley de prestación de la ayuda médica para morir a los efectos de su correcto y general conocimiento y de facilitar en su caso por las y los profesionales el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia.

ENMIENDA NÚM. 110

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

Al artículo 18.A y B de la Proposición de Ley

De modificación.

Las letras a) y b) del artículo 18 quedan redactadas de la siguiente manera:

«Artículo 18. Funciones.

Son funciones de la Comisión de Control y Evaluación las siguientes:

a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda **médica** para morir.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda **médica** para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda **médica** para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.

b) Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda **médica** para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos y requisitos previstos en la ley.

Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero. Si tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Control y Evaluación se considerara afectada, este o esta podrá retirarse voluntariamente o ser recusado o recusada.

Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico o médica responsable la información recogida en la historia clínica del o la paciente que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda **médica** para morir. En el caso de que dos tercios o más de los miembros de la Comisión de Control y Evaluación consideren que no se han cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en esta ley, deberá comunicarlo a la dirección del centro sanitario para que proceda a la apertura de una investigación. El centro sanitario deberá poner en conocimiento de la Comisión las conclusiones de la investigación y adoptar las medidas necesarias para asegurar la correcta aplicación de la ley.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 73

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 111

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la disposición adicional primera de la Proposición de Ley

De modificación.

La disposición adicional primera queda redactada de la siguiente manera:

«Disposición Adicional Primera. Sobre la causa de muerte.

La muerte ~~producida derivada~~ **como consecuencia** de la prestación de ayuda **médica** para morir tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 112

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV)

A la disposición final primera

De modificación.

La disposición final primera, que modifica el apartado 4 del artículo 143 del Código Penal, queda redactada de la siguiente manera:

«4. No será punible la conducta del **profesional sanitario** que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante **y lo hubiera solicitado de manera expresa, libre e inequívoca**, en los términos establecidos en la normativa sanitaria **pertinente**.»

— Como consecuencia de esta enmienda, el texto completo del Artículo 143 del código penal quedaría con la siguiente redacción:

«Artículo 143.

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. No será punible la conducta del profesional sanitario que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 74

incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante y lo hubiera solicitado de manera expresa, libre e inequívoca, en los términos establecidos en la normativa sanitaria.»

JUSTIFICACIÓN

Mediante esta enmienda se pretende mejorar la redacción del texto planteado por la proposición de ley para modificar el apartado cuarto del artículo 143 del Código Penal, con una referencia a los profesionales sanitarios, tal y como se dispone en el propio artículo 1 de la proposición de ley, sin limitarlo por tanto en exclusiva al médico o médica, — y contemplando de forma expresa la concurrencia de la solicitud de la ayuda médica para morir, en los términos señalados en la ley.

Por otra parte, se considera técnicamente innecesaria e inconveniente la definición expresa en este precepto penal de los conceptos de enfermedad grave e incurable, de discapacidad grave crónica y de las limitaciones que esta pueda causar, ya que se trata de una copia literal de las definiciones contenidas en los apartados dos y tres del artículo tercero de la proposición de ley, resultando suficiente —y consideramos que más correcta en orden a evitar disfunciones ante una futura eventual modificación de la redacción de tales definiciones en el texto de la ley— su indubitada inclusión en la expresión «en los términos establecidos en la ley», ya previstos, por otro lado, en el párrafo primero de la nueva redacción del artículo 143,4 del Código Penal propuesta por la proposición de ley.

A la Mesa de la Comisión de Justicia

El Grupo Parlamentario Ciudadanos, al amparo de lo establecido en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas a la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 14 de octubre de 2020,—**Edmundo Bal Francés**, Portavoz del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

ENMIENDA NÚM. 113

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al título de la Proposición de Ley

De modificación.

Texto que se propone:

«Proposición de Ley Orgánica **reguladora del derecho a la disposición de la propia vida.**»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 75

ENMIENDA NÚM. 114

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al Capítulo I que pasa a ser el Título Preliminar

De modificación.

Texto que se propone:

**«TÍTULO PRELIMINAR
Disposiciones generales»**

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 115

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al artículo 1

De modificación.

Texto que se propone:

«Artículo 1. Objeto.

1. La presente Ley tiene por objeto regular el derecho que corresponde a toda persona de disponer de su propia vida, como manifestación del derecho a la vida y a la integridad física y moral que se consagran en el artículo 15 de la Constitución española.

2. El derecho a la disposición de la propia vida, en particular, comporta el ejercicio de:

a) La decisión de no alargar la propia vida o de acelerar su término por la persona que se encuentre en un proceso irreversible e inevitable de fin de la misma.

b) La decisión de poner término a la propia vida por la persona que cumpla las condiciones exigidas en la presente Ley para solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir.

3. El ejercicio de estos derechos, en todos los casos, se realizará conforme a los procedimientos, con pleno cumplimiento de los deberes y respetando las garantías, que, en los términos dispuestos en cada caso, se establecen en la presente norma.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 76

ENMIENDA NÚM. 116

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 3

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 3 y los siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 3. Principios básicos.

Son principios básicos que inspiran la presente Ley:

- a) **El pleno respeto a la libre decisión de la persona sobre la disposición de su propia vida.**
- b) **La garantía de la dignidad de la persona en el proceso del final de su vida.**
- c) **La promoción de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, de acuerdo con sus deseos, preferencias, creencias o valores, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad en el proceso del final de su vida.**
- d) **La garantía de que el rechazo de un tratamiento por voluntad de la persona, o la interrupción del mismo, no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral y el respeto a la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.**
- e) **La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales.**
- f) **La igualdad efectiva y no discriminación de todas las personas en el ejercicio de los derechos reconocidos y en el acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la presente Ley, con independencia de su lugar de residencia en todo el territorio nacional.**
- g) **La garantía de una atención personalizada y continuada a través de la coordinación y cooperación entre los sistemas de salud y de servicios sociales.»**

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 117

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al artículo 3, que pasa a ser el artículo 4

De modificación.

Renumerándose el antiguo artículo 4 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 4. Definiciones.

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

1. “Adecuación del esfuerzo terapéutico”: el retiro, ajuste o no instauración de 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.

2. **“Calidad de vida”**: la satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales; su contenido abarca no solo el bienestar físico, sino también los aspectos psicológicos, socioeconómicos y espirituales.

3. **“Consentimiento informado”**: la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una actuación que afecte a su salud.

4. **“Cuidados paliativos”**: el conjunto coordinado de acciones dirigido a la atención activa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como 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. Forman parte de la buena práctica médica.

5. **“Enfermedad grave, crónica e irreversible”**: situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que, en el momento de la solicitud o en un futuro próximo, inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación o que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

6. **“Enfermedad grave e incurable”**: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

7. **“Enfermero responsable”**: el 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 participen en las actuaciones asistenciales.

8. **“Instrucciones previas”**: el documento por el cual 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 que pueda recibir, sobre la disposición de su propia vida, y, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

9. **“Médico consultor”**: el facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.

10. **“Médico responsable”**: el facultativo que 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 participen en las actuaciones asistenciales.

11. **“Medidas de soporte vital”**: 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. Incluye la ventilación mecánica o asistida, la nutrición forzada y la diálisis.

12. **“Objeción de conciencia sanitaria”**: el derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria que resultan incompatibles con sus propias creencias o convicciones, en los términos regulados en la presente Ley.

13. **“Obstinación terapéutica y diagnóstica”**: la 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 PL' recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación. Constituye una mala práctica clínica y una falta deontológica.

14. "Planificación anticipada de la atención": 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.

15. "Prestación de ayuda para morir": la acción derivada de proporcionar los medios necesarios para poner término a la vida a una persona que, **cumpliendo los requisitos previstos en la presente Ley, haya manifestado** su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en el propio centro sanitario, sociosanitario o en su domicilio en dos modalidades:

i) La administración directa **al paciente** de una sustancia **que cause su muerte** por parte del profesional sanitario competente.

ii) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte.

16. "Proceso del final de la vida": aquel en el que se encuentran las personas en situación terminal o de agonía como consecuencia de enfermedad o accidente.

17. "Representante": la 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 instrucciones previas o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

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

19. "Sedación paliativa": la administración de fármacos indicados, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito por su parte.

20. "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.

21. "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 similar en que se encuentran las personas que han sufrido un accidente incompatible con la vida, con deterioro extremo y graves trastornos.

22. "Síntoma refractario": aquel que no responde al tratamiento adecuado y que precisa, para ser controlado, reducir la consciencia de los pacientes.

23. "Situación de imposibilidad de hecho para decidir": aquella en que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para tomar decisiones relativas a su salud o cuidado o a la disposición sobre su propia vida por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente cuenten con previas medidas de apoyo voluntarias o judiciales.

24. "Testamento vital": equivale al documento de instrucciones previas.

25. "Valores vitales": el 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.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 79

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 118

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo Título I

De adición.

Texto que se propone:

**«TÍTULO I
Derecho a la disposición de la propia vida»**

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 119

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo Capítulo I dentro del nuevo Título I

De adición.

Texto que se propone:

**«CAPÍTULO I
Derechos de la persona relacionados con la disposición de su propia vida»**

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 80

ENMIENDA NÚM. 120

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 5 dentro del Capítulo I del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 5 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 5. Derecho al respeto a la libre decisión sobre la disposición de la propia vida.

1. Todas las personas tienen derecho a que se respete su voluntad libremente manifestada sobre la disposición de su propia vida y, en consecuencia, a que se garantice el efectivo cumplimiento de los derechos que le son reconocidos en la presente Ley, en condiciones de igualdad y sin que pueda producirse discriminación alguna.

2. En particular, todas las personas tienen derecho a decidir poner término a la propia vida siendo ayudados a morir, siempre que cumplan las condiciones establecidas en el Título II y se respeten los procedimientos y garantías previstas en la presente Ley.

3. Asimismo, como manifestación del derecho a la integridad física y moral, todas las personas tendrán derecho a decidir libremente sobre las intervenciones y el tratamiento que se deban seguir en el proceso del final de su vida, incluidos los cuidados necesarios para evitar el dolor y el sufrimiento, aunque implique acelerar el término de dicho proceso.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 121

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 6 dentro del Capítulo I del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 6 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 6. Derecho a la información asistencial.

1. Los pacientes a quienes se les diagnostique una enfermedad grave e incurable o una enfermedad grave, crónica e invalidante tienen derecho a ser informados prontamente sobre la posibilidad de realizar testamento vital o instrucciones previas, así como a establecer un plan anticipado de cuidados, a fin de que tales decisiones sean tomadas de forma reflexiva y con la anticipación suficiente.

Dichas instrucciones o plan anticipado deberán figurar en lugar visible en la historia clínica del paciente, tanto en su versión digital como en papel, de tal manera que cualquier profesional que acceda a ellas no pueda obviar su existencia.

2. Los pacientes que se encuentren en el proceso del 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 le resultarían aplicables en los términos establecidos en la presente Ley. Esta información deberá ser clara y comprensible para facilitar la toma de decisiones por el paciente. Las personas vinculadas al mismo serán informadas únicamente en la medida en que este lo permita. Dicha información que se le facilite al paciente, así como a terceras personas, debe quedar recogida en el historial clínico. Este derecho a la información asistencial incluye también la planificación de la atención, tal y como se define en el artículo 4 de la presente Ley.

Asimismo, el paciente que se encuentre en el proceso del final de su vida tendrá derecho a solicitar y disponer de una segunda opinión sobre los cuidados asistenciales y paliativos que puedan contribuir a mejorar su calidad de vida durante dicho proceso.

3. Cuando, a pesar del explícito ofrecimiento de información asistencial por los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes, estos 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.

4. En el supuesto de imposibilidad del paciente para comprender la información a causa del estado físico o psíquico, esta será brindada de la forma siguiente:

1.º Cuando la persona que se halla bajo atención sanitaria 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 los 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 conviva con el paciente.
- d) El hijo o la hija que sea mayor de edad. Si hubiese varios, serán preferidos los que convivían con la persona afectada y de mayor edad al menor.
- e) Los familiares de grado más próximo.
- f) En última instancia, quien decida la autoridad judicial.

2.º 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.

3.º 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 y valores vitales. 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.

5. 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 objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de modo grave.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 82

En ningún caso se aplicará esta excepción si el paciente se encuentra en situación terminal, salvo para medidas destinadas a aliviar 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

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 122

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 7 dentro del Capítulo I del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 7 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 7. Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.

1. Las personas que se encuentren en el proceso final de la vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso tienen derecho a tomar decisiones respecto a las intervenciones sanitarias que les afecten, tanto directamente como a través de una declaración de voluntades anticipadas u otro tipo de instrucciones, de acuerdo con lo previsto en la normativa vigente.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 10, toda intervención en este ámbito requiere el previo consentimiento libre y voluntario de los pacientes, una vez que hayan recibido y valorado la información prevista en el artículo 6.

3. El consentimiento podrá ser verbal, por regla general, dejándose en todo caso constancia en la historia clínica, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8.2 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

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 123

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 8 dentro del Capítulo I del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 8 y siguientes en consecuencia.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 83

Texto que se propone:

«Artículo 8. Derecho a otorgar instrucciones previas.

1. Toda persona mayor de edad tiene derecho a manifestar anticipadamente su voluntad respecto a la disposición sobre su propia vida, incluido el tratamiento asistencial y los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir, o no, en el proceso final de su vida, así como sobre respecto a su voluntad de poner término a su vida siendo ayudado a morir en caso de que reúna las condiciones previstas en la presente Ley.

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 eficacia en todo el territorio nacional. 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.

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 con capacidad de expresarla, quien la represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales que se recojan 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 del final de la vida conserve su aptitud para tomar decisiones, la voluntad manifestada durante dicho proceso prevalecerá sobre cualquier otra que pudiera haber manifestado previamente por cualquier medio.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 124

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 9 dentro del Capítulo I del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 9 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 9. Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.

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

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 84

consentimiento informado emitido respecto de un tratamiento, intervención o procedimiento concreto, lo que implicará necesariamente la interrupción de los mismos, aunque ello pueda poner en peligro su vida, salvo en lo previsto, por razones de salud pública, en el artículo 9.2.a) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. El rechazo al tratamiento, intervención o procedimiento propuestos por los profesionales sanitarios y la revocación del consentimiento informado deberán constar por escrito. Si la persona no pudiere firmar, firmará en su lugar otra persona, que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma de quien revoca su consentimiento informado. Todo ello deberá hacerse constar por escrito en la historia clínica del paciente.

3. El rechazo al tratamiento, intervención o procedimiento, o la decisión de interrumpirlos, en ningún caso 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 el dolor y los otros síntomas, así como hacer más digno y soportable el proceso del final de su vida.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 125

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 10 dentro del Capítulo I del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 10 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 10. Derecho a los cuidados paliativos de calidad.

1. Todas las personas que se encuentren en el proceso del 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, 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 del 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 en su domicilio, siempre que esta opción no esté médicamente contraindicada.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 85

ENMIENDA NÚM. 126

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 11 dentro del Capítulo I del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 11 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 11. Derecho al acompañamiento.

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

2. Asimismo, las personas que se encuentren en el proceso del final de su vida tendrán derecho a recibir, conforme a sus propias convicciones o creencias, asistencia espiritual o religiosa. Las indicaciones sobre este extremo podrán ser objeto de expresión en las instrucciones previas.

3. En caso de requerir sedación paliativa, las personas que se encuentren en el proceso del final de su vida tienen derecho a despedirse de sus familiares y allegados.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 127

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo Capítulo II dentro del Título I

De adición.

Texto que se propone:

«CAPÍTULO II

Garantías para el ejercicio de los derechos de disposición de la propia vida»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 128

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 12 dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 12 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 12. Garantías en la toma de decisiones y de respeto a la voluntad del paciente.

1. El personal sanitario responsable, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en el proceso final de su vida, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto, basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afectada. En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario de la persona, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la presente Ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

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, y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, si el paciente se encontrase en situación de imposibilidad de hecho para tomar decisiones, el personal sanitario responsable deberá consultar el Registro de las Comunidades Autónomas 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.

3. En caso de contradicción entre lo manifestado por el paciente que no se encuentre en situación de imposibilidad de hecho para decidir y su representante, prevalecerá siempre la voluntad del primero, debiendo actuar los profesionales sanitarios conforme a la misma.

4. El cumplimiento de la voluntad manifestada por el paciente en la forma prevista en la presente Ley, excluirá cualquier exigencia de responsabilidad por las correspondientes actuaciones de los profesionales sanitarios dedicadas a dar cumplimiento a su voluntad.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 129

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 13 dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 13 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 13. Garantías de información asistencial y para la toma de decisiones de las personas menores de edad.

1. Las personas menores de edad y, en todo caso, los representantes legales del menor, 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. 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 ser atendidos, tanto en la recepción como en el seguimiento, de manera individual y, en lo posible, siempre por el mismo equipo de profesionales.

b) A estar acompañados el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, de sus progenitores o de las personas que los sustituyan, quienes participarán como elementos activos de la vida hospitalaria o asistencia domiciliaria, salvo que ello pudiera perjudicar u obstaculizar la aplicación de los tratamientos oportunos.

c) A ser hospitalizados junto a otros menores, evitando en todo lo posible su hospitalización entre personas adultas.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, dará el consentimiento el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores que no se encuentren imposibilitados de hecho o de derecho para la toma de decisiones, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

4. Del mismo modo, asistirán a sus progenitores, tutores o guardadores legales, todos los derechos siguientes:

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 bienestar de la persona menor de edad.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 130

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 14 dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 88

Renumerándose el antiguo artículo 14 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 14. Garantías de información asistencial y para la toma de decisiones de las personas que puedan hallarse en situación de imposibilidad de hecho para decidir.

1. El médico responsable valorará si la persona que se halla bajo atención médica pudiera encontrarse en una situación de imposibilidad de hecho que le impidiera decidir por sí misma. Tal valoración debe hacerse constar, adecuadamente, en la historia clínica. Para determinar dicha situación de imposibilidad de hecho 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.

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.

3. Una vez establecida la situación de imposibilidad de imposibilidad de hecho para decidir, el médico responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quien deba actuar en representación de la persona, conforme a lo previsto en el artículo 6.4.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 131

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 15 dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 15 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 15. Garantías para 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 adecuación deberá hacerse constar en la historia clínica.

2. Dicha adecuación se llevará a cabo oído el criterio profesional del enfermero responsable de los cuidados.

3. En cualquier caso, los profesionales sanitarios responsables de la atención al paciente, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 89

garantizar su adecuado cuidado y bienestar, 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 sufrimiento.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 132

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 16 dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 16 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 16. Garantías de las prestaciones asistenciales.

1. Las Administraciones sanitarias, así como las personas físicas y jurídicas, privadas y públicas, incluidas en el ámbito de aplicación del artículo 2, deberán garantizar, en el ámbito de sus respectivas competencias y funciones, el ejercicio de los derechos establecidos en el Capítulo I del Título I de la presente Ley.

2. Las instituciones responsables de la atención directa deberán arbitrar los medios necesarios para que los derechos de los pacientes no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la ausencia de los profesionales que hubieran de intervenir en cada caso, así como cualquier otra causa sobrevenida.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 133

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 17 dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 17 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 17. Garantías de disponibilidad de modelo de instrucciones previas.

Las Administraciones sanitarias dispondrán de un modelo de documento de instrucciones previas, a fin de facilitar a los otorgantes la correcta expresión de aquellas situaciones sobre

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 90

las que quieran manifestar su voluntad, así como la adopción de criterios generales sobre la información a los pacientes en las materias reguladas por la presente Ley.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 134

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 18, dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 18 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 18. Garantías para el acompañamiento de los pacientes.

1. Los centros e instituciones facilitarán a las personas que se encuentren en el proceso del final de su vida el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social, compatibilizando este 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 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.

3. Los centros y las instituciones facilitarán 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 final de la vida. El acompañamiento por voluntarios, solo, se realizará, si el paciente o sus representantes dan su consentimiento, y podrá darse en los centros sanitarios, sociales y/o en el domicilio del paciente.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 135

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 19, dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 91

Renumerándose el antiguo artículo 19 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 19. Garantías de apoyo a las familias y personas cuidadoras.

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

2. Los centros e instituciones prestarán una atención en el duelo a la familia y a las personas cuidadoras y promoverán medidas para la aceptación de la muerte de un ser querido y la prevención de situaciones calificadas como de duelo patológico.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 136

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 20, dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 20 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 20. Garantías de asesoramiento en cuidados paliativos.

1. Se garantizará a los pacientes en el proceso del final de su vida el asesoramiento detallado sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirán, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

2. Los centros sanitarios y sociales garantizarán la necesaria coordinación en la información y asesoramiento en cuidados paliativos entre los diferentes equipos de profesionales.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 137

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 21, dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 92

Renumerándose el antiguo artículo 21 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 21. Garantía de estancia en habitación individual.

Los centros e instituciones garantizarán a las personas en el proceso final de su vida, que requieran ser atendidos 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

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 138

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo artículo 22, dentro del Capítulo II del nuevo Título I

De adición.

Renumerándose el antiguo artículo 22 y siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Artículo 22. Comités de Ética Asistencial.

1. En los casos de discrepancia entre los profesionales sanitarios y los pacientes o, en su caso, con quienes ejerciten sus derechos, o entre estos y las instituciones sanitarias, en relación con la atención sanitaria prestada en el proceso del final de su vida, que no se hayan podido resolver mediante acuerdo entre las partes, se solicitará asesoramiento al Comité de Ética Asistencial correspondiente, que podrá proponer alternativas o soluciones éticas a aquellas decisiones clínicas controvertidas.

2. La intervención del Comité de Ética Asistencial en el supuesto de discrepancias relacionadas con el procedimiento de solicitud de la prestación de ayuda para morir se ajustarán a lo dispuesto en el Título II de la presente Ley.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 139

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nuevo Título II

De adición.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 93

Se encuadran los artículos del 4 al 19, ambos inclusive, con la nueva numeración que les corresponda.

Texto que se propone:

«TÍTULO II
Prestación de ayuda para morir»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 140

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Del Capítulo II

De modificación.

Que pasa ser el Capítulo I dentro del nuevo Título II.

Texto que se propone:

«CAPÍTULO I.
Condiciones para la solicitud de la prestación de ayuda para morir»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 141

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al artículo 4 original

De modificación.

Quedando éste con la nueva numeración que corresponda.

Texto que se propone:

«Artículo 4. Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.

1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el médico

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 94

responsable. **De la prestación de dicha información y de la decisión adoptada habrá de dejarse constancia expresa** en la historia clínica del paciente.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 142

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al artículo 5 original

De modificación.

Quedando éste con la nueva numeración que corresponda.

Texto que se propone:

«Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) **Ser titular del derecho a recibir asistencia sanitaria en España y estar en la plenitud de sus facultades intelectuales y emocionales o, en su defecto, disponer de testamento vital.**

b) Disponer, **el paciente o la persona designada por él**, de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito **o por otro medio de efectos equivalentes que permita reflejar la voluntad inequívoca de la persona**, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica del paciente.

d) Sufrir una enfermedad grave o incurable, o padecer una enfermedad grave, crónica e **irreversible**, certificada por el médico responsable.

e) **Reiterar su voluntad de morir previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicha petición se incorporará a la historia clínica del paciente.**

2. No será de aplicación lo previsto en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente está incurso en situación de **imposibilidad de hecho para decidir** permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 95

JUSTIFICACIÓN

La enmienda, en primer lugar, reformula la redacción original del artículo para introducir garantías precisas para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. En segundo término, realiza una mejora técnica en consonancia con otras enmiendas presentadas a la presente Ley.

ENMIENDA NÚM. 143

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al apartado 1 del artículo 6 original

De modificación.

Quedando éste con la nueva numeración que corresponda.

Texto que se propone:

«Artículo 6. **Forma de** la solicitud de prestación de ayuda para morir.

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, **o en su caso, por otro medio de efectos equivalentes que permita reflejar la voluntad inequívoca de la persona**, debiendo estar el documento fechado, firmado **o acreditado** por el o la paciente solicitante.

En caso de **que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar** y firmar el documento, **podrá hacer uso de otro medio de efectos equivalentes**, u otra persona mayor de edad y plenamente **apta** podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento **o expresar su voluntad inequívoca por otro medio** e indicar las razones.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda reformula la redacción original del artículo para introducir garantías precisas para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Asimismo, se modifica el epígrafe para hacer referencia con mayor claridad a su contenido, que son los elementos formales que deben regir la solicitud de la prestación.

ENMIENDA NÚM. 144

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Supresión del artículo 7 original

De modificación.

JUSTIFICACIÓN

La enmienda suprime el artículo 7, cuyo contenido, reformulado en aras de una mayor simplicidad de procedimiento, se incorpora a la nueva redacción dada al artículo 8 original.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 96

ENMIENDA NÚM. 145

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al Capítulo III

De modificación.

Que pasa ser el Capítulo II dentro del nuevo Título II.

Texto que se propone:

«CAPÍTULO II

Procedimiento para el reconocimiento y la realización de la prestación de ayuda para morir»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 146

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al artículo 8 original

De modificación.

Quedando éste con la nueva numeración que corresponda.

Texto que se propone:

«Artículo 8. Procedimiento para el reconocimiento de la prestación de ayuda para morir.

1. Una vez recibida la solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico responsable en el plazo máximo de dos días, una vez verificados que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1, a), c) y d), realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito.

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma **de su petición de ayuda para morir.**

3. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de **cinco** días naturales, a cuyo efecto redactará

un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. **A estos efectos, el médico responsable deberá facilitar al médico consultor toda la información relevante sobre la solicitud de la prestación sobre la que se le requiera su parecer.**

El parecer del médico consultar deberá formularse siempre por escrito y de manera motivada, haciendo constar, en caso de parecer desfavorable, las causas concretas que lo justifican, con indicación expresa de si las mismas son o no subsanables. En caso de que el médico consultor no formulase ningún parecer en el plazo señalado, el mismo se entenderá favorable, sin perjuicio de las responsabilidades que pudiesen derivarse de tal omisión.

Con carácter previo a la formulación de su parecer, el médico consultor podrá solicitar del Comité de Ética Asistencial correspondiente la emisión de informe sobre el cumplimiento de los requisitos subjetivos por parte del paciente solicitante. El informe deberá evacuarse en el plazo improrrogable de siete días, durante los cuales se suspenderá el plazo de que dispusiere el médico consultor para emitir su parecer respecto de la solicitud. A estos efectos, el médico consultor deberá facilitar al Comité de Ética Asistencial toda la información de que dispusiese sobre la solicitud que hubiese sido facilitada por el médico responsable. Asimismo, el Comité de Ética Asistencial estará facultado para recabar del médico consultor y del médico responsable la información adicional que considere precisa.

Una vez finalizado el plazo anterior, en todos los casos, el médico responsable deberá comunicar los resultados de las consultas realizadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas. Dicha comunicación se deberá acompañar del acceso al escrito donde conste la motivación del parecer del médico consultor.

4. En caso de que el parecer del médico consultor fuese desfavorable a la concesión de la de la prestación de ayuda para morir por razones subsanables, el médico responsable lo hará constar al paciente solicitante, a los efectos de que proceda a su subsanación. Una vez realizada esta subsanación, que será apreciada por el médico responsable, éste resolverá el reconocimiento de la prestación de la ayuda para morir solicitada por el paciente.

5. En el supuesto de que el parecer del médico consultor fuese desfavorable por razones no subsanables, incluidas las vinculadas al incumplimiento de los requisitos subjetivos de acceso a la prestación de ayuda para morir, el médico responsable lo consultará con un segundo médico consultor, debiendo emitir su parecer respecto a la solicitud de la prestación en los mismos términos y plazos que el primero. En este caso, el parecer desfavorable únicamente podrá motivarse en razones de fondo relacionadas con el incumplimiento de los requisitos para el reconocimiento de la prestación. En caso de que el médico consultor no formulase ningún parecer en el plazo señalado, el mismo se entenderá favorable, sin perjuicio de las responsabilidades que pudiesen derivarse de tal omisión.

En esta segunda consulta, si no se hubiera emitido con anterioridad, será preceptiva la solicitud de informe al Comité de Ética Asistencial correspondiente con carácter previo a que el segundo médico consultor formule su parecer respecto a la solicitud, que deberá evacuarse en el mismo plazo y con los mismos efectos suspensivos que en el apartado 4.

Una vez finalizado el plazo de emisión de parecer por el segundo médico consultar, el médico responsable deberá comunicar los resultados de estas segundas consultas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas, junto con el acceso al escrito donde conste la motivación de este segundo parecer.

6. Cuando el parecer del segundo médico consultor fuese favorable, el médico responsable procederá a resolver el reconocimiento de la prestación de ayuda para morir, que será puesto en conocimiento del paciente solicitante en la misma comunicación.

Por el contrario, cuando el parecer del segundo médico consultor fuese desfavorable, en la misma comunicación el médico responsable informará al paciente solicitante sobre las acciones de reclamación a que tenga derecho ante el servicio público de salud competente en relación con su solicitud de la prestación, así como de los procedimientos y trámites que deba seguir para la formulación de las mismas y las instancias a las que dirigirse.

7. Efectuada la reclamación a que se refiere el apartado anterior, si de la misma resultase el mantenimiento de la denegación del reconocimiento de la prestación de ayuda para morir, el interesado podrá iniciar las acciones judiciales pertinentes para hacer valer su derecho ante la jurisdicción contencioso-administrativo. El procedimiento judicial que se

inicie en este supuesto tendrá carácter urgente, sumario y preferente, ajustándose su tramitación a las reglas previstas para el procedimiento de protección especial de los derechos fundamentales de la persona en el Capítulo I del Título V de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

8. En los casos previstos en el artículo 5.2, el médico responsable deberá estar, en todo lo que resulte compatible con los términos del procedimiento establecido en este artículo, a lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente que hubiese sido emitido por la persona solicitante de la prestación de ayuda para morir.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda simplifica el procedimiento de la prestación de ayuda para morir, acelerando los plazos sin perjuicio de las debidas garantías. A estos efectos, en primer lugar, se establece la intervención de los profesionales de enfermería mediante la emisión de informe que certifique la concurrencia de requisitos por el paciente.

En segundo término, se modifica el procedimiento, eliminando la figura de las Comisiones de Control de Evaluación, órgano administrativo que, además de redundar en una mayor burocracia, alargan la tramitación sin añadir un valor asistencial que no pueda obtenerse por otros procedimientos, como el que se recoge en esta enmienda, y enturbiando el criterio e intervención de los facultativos (al contraponer una lógica administrativa frente al que puedan manejar los profesionales médicos) y la normal relación con médico paciente (cabe pensar qué decisión tomará el médico sabiendo que en última instancia el derecho del paciente quedará en manos de una comisión administrativa, no está claro si de naturaleza técnica o política, o la necesidad de su intervención con lo que ello conlleva respecto de la utilización de su criterio si la última palabra la tendrá dicha Comisión). Todo ello, por no entrar en la multiplicación de entidades administrativas que plantea la norma, con los subsiguientes problemas que su propia creación entraña (por ejemplo, quién los nombra, de quién dependen orgánica o funcionalmente, los posibles conflictos competenciales, etc.).

En tercer lugar, se modifica ligeramente el procedimiento, buscando reforzar las garantías y salvaguardar la relación médico paciente, clarificando los roles de cada participante en el proceso. De este modo, se establece que el médico responsable, cuya labor será dirigir el proceso y relacionarse con el paciente solicitante, elevará consulta a un médico consultor, que será quien aprecie el cumplimiento de los requisitos subjetivos y de acceso por parte del paciente solicitante. El parecer del médico consultor podrá ser favorable o desfavorable y, en este último caso, referirse a razones subsanables o no. En caso de parecer desfavorable por causas subsanables, la subsanación de las mismas será apreciada directamente por el médico responsable, procedimiento al reconocimiento de la prestación. En caso de parecer desfavorable por causas no subsanables, el médico responsable consultará con un segundo médico consultor, que esta vez sólo podrá fundar su parecer desfavorable por razones de incumplimiento de los requisitos para el reconocimiento de la prestación.

Si el parecer de este segundo médico consultor fuese favorable, el médico responsable resolverá el reconocimiento de la prestación. Cuando fuese nuevamente desfavorable, no cabrá nueva consulta, debiendo ser comunicado por el médico responsable al paciente solicitante, que podrá efectuar las reclamaciones pertinentes en los términos previstos en la normativa aplicable al servicio público de salud correspondiente, sobre las que será informado por el médico responsable y, seguidamente, si éstas resolviesen el mantenimiento de la denegación, podrá recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa, a través de un procedimiento que será urgente, sumario y preferente.

ENMIENDA NÚM. 147

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Supresión del artículo 9 original

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 99

De modificación.

JUSTIFICACIÓN

La enmienda suprime el artículo 9, cuyo contenido, reformulado en aras de una mayor simplicidad de procedimiento, se incorpora a la nueva redacción dada al artículo 8 original.

ENMIENDA NÚM. 148

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Supresión del artículo 10 original

De modificación.

JUSTIFICACIÓN

La enmienda suprime el artículo 9, cuyo contenido, reformulado en aras de una mayor simplicidad de procedimiento, se incorpora a la nueva redacción dada al artículo 8 original.

ENMIENDA NÚM. 149

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al artículo 11 original

De modificación.

Quedando éste con la nueva numeración que corresponda.

Texto que se propone:

«Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda para morir.

1. **Una vez reconocido el derecho a la prestación de ayuda para morir, en los términos previstos en el artículo 8**, la realización de la prestación deberá hacerse **cuando decida el paciente o su representante en caso de situación de imposibilidad de hecho para decidir**, con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

El paciente, o su representante en caso de situación de imposibilidad de hecho para decidir, deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.i) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.

3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.ii) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 100

JUSTIFICACIÓN

La enmienda clarifica, a efectos de la realización de la prestación de ayuda para morir, que, en todos los casos, una vez obtenida la autorización, ésta se producirá cuando decida el paciente o, en caso de situación de imposibilidad de hecho para decidir, su representante. Asimismo, se hace referencia al Consejo Nacional de Ética Asistencial.

ENMIENDA NÚM. 150

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al artículo 12

De modificación.

Quedando éste con la nueva numeración que corresponda.

Texto que se propone:

«Artículo 12. **Registro de prestaciones de ayuda para morir realizadas.**

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir al **registro de prestaciones de ayuda para morir dependiente de su Comunidad Autónoma** los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

a) El primer documento, sellado por el médico o la médica responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:

i) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que **le preste apoyo o actúe en su nombre.**

ii) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.

iii) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor o, **en su caso, médicos consultores**, cuya opinión se ha recabado.

iv) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un o una representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del **paciente en caso de imposibilidad de hecho para decidir.**

b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:

i) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.

ii) Fecha y lugar de la muerte.

iii) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.

iv) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica **e irreversible**).

v) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.

vi) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.

vii) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 101

- viii) Procedimiento seguido por el médico o la médica responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.
ix) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.»

ENMIENDA NÚM. 151

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al Capítulo IV

De modificación.

Que pasa ser el Capítulo III dentro del nuevo Título II

Texto que se propone:

«CAPÍTULO III.

Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 152

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al apartado 1 del artículo 13

De modificación.

Quedando éste con la nueva numeración que corresponda.

Texto que se propone:

«Artículo 13. Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir.

1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública **cuando se preste dentro del ámbito de los servicios públicos de salud.**»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda pretende clarificar el régimen de financiación de la prestación de ayuda para morir según la titularidad del establecimiento en que esta se realice.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 102

ENMIENDA NÚM. 153

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al apartado 2 del artículo 14 original

De modificación.

Quedando éste con la nueva numeración que corresponda.

Texto que se propone:

«Artículo 14. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios **públicos** de salud.

[...]

2. La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios **y sociosanitarios** públicos, privados, o concertados, **y en el domicilio del paciente**, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda garantiza que, salvo peligro para la salud para la persona, cada paciente tenga derecho a morir en el lugar que prefiera, especialmente en su domicilio, o en el centro sociosanitario donde resida.

ENMIENDA NÚM. 154

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al Capítulo V, que pasa ser el Capítulo IV dentro del nuevo Título II.

De modificación.

Texto que se propone:

«CAPÍTULO IV

Información y evaluación de la prestación de ayuda para morir»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 155

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al artículo 17

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 103

De modificación.

Quedando éste con la nueva numeración que corresponda.

Texto que se propone:

«Artículo 17. **Registros autonómicos de prestaciones de ayuda para morir.**

1. Los servicios públicos de salud de las Comunidades Autónomas deberán crear y mantener en sus respectivos ámbitos competenciales un registro público de prestaciones de ayuda para morir, en el que se inscribirán los documentos a los que hacen referencia el artículo 12.

Reglamentariamente se establecerán los criterios y directrices comunes de organización y funcionamiento que deberán regir estos registros públicos.

2. Una vez inscrita la documentación que sea remitida al registro público correspondiente por la realización de una prestación de ayuda para morir, se deberá dar traslado inmediato de la misma al Registro Nacional de Prestaciones de Ayuda para Morir. El traslado se efectuará por medios electrónicos y en la forma que reglamentariamente se determine.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda modifica el contenido original del artículo, referido a las Comisiones de Control y Evaluación que suprimen en virtud de las enmiendas presentadas, por otros relativos a los registros de prestaciones de ayuda para morir que se prevén por esas mismas enmiendas.

ENMIENDA NÚM. 156

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al artículo 18 original

De modificación.

Quedando éste con la nueva numeración que corresponda.

Texto que se propone:

«Artículo 18. **Registro Estatal de Prestaciones de Ayuda para Morir.**

Se crea el Registro Nacional de Prestaciones de Ayuda para Morir al objeto de centralizar la información relativa a las prestaciones de ayuda para morir que sean reconocidas y realizadas en ejercicio del derecho a la disposición sobre la propia vida establecido en esta ley por parte de los servicios públicos de salud de las Comunidades Autónomas. Reglamentariamente se establecerá su régimen de organización y funcionamiento.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda modifica el contenido original del artículo, referido a las Comisiones de Control y Evaluación que suprimen en virtud de las enmiendas presentadas, por otros relativos a los registros de prestaciones de ayuda para morir que se prevén por esas mismas enmiendas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 104

ENMIENDA NÚM. 157

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Al artículo 19

De modificación.

Texto que se propone:

«Artículo 19. **Estadísticas sobre la prestación de ayuda para morir.**

1. **El Gobierno de España, a partir de la información contenida de! Registro Estatal de Prestaciones de Ayuda para Morir, elaborará informes periódicos con información estadística, entre otros extremos, sobre las personas solicitantes y las patologías motivantes de las solicitudes, las prestaciones reconocidas y las denegadas, así como las realizadas con referencia a la modalidad de realización, desagregadas, al menos, por sexos y grupos de edad y por provincias y Comunidades Autónomas.**

2. **Dichos informes serán trasladados por el Gobierno a las Comisiones competentes de las Cortes Generales y a los Consejos de Gobierno de las Comunidades Autónomas.**

3. **Asimismo, dichas estadísticas sobre la prestación de ayuda para morir deberán ser publicadas y actualizadas periódicamente, en formato accesible a través de Internet y, en todo caso, en el Portal de la Transparencia de la Administración General del Estado.»**

JUSTIFICACIÓN

La enmienda modifica el contenido original del artículo, referido a las Comisiones de Control y Evaluación que suprimen en virtud de las enmiendas presentadas, por otros relativos a los registros de prestaciones de ayuda para morir que se prevén por esas mismas enmiendas.

ENMIENDA NÚM. 158

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nueva disposición adicional tercera

De adición.

Texto que se propone:

«**Disposición adicional tercera. Cooperación y coordinación institucional.**

La Administración General del Estado promoverá la adopción de los instrumentos y mecanismos de cooperación y coordinación con las Comunidades Autónomas que garanticen el desarrollo y cumplimiento de lo previsto en la presente Ley.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 105

ENMIENDA NÚM. 159

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nueva disposición adicional cuarta

De adición.

Texto que se propone:

«Disposición adicional cuarta. Evaluación de la ley.

El Ministerio de Sanidad, en colaboración con las Comunidades Autónomas, elaborará un informe con carácter anual que permita evaluar la aplicación y efectos de la presente Ley. A tal efecto, reglamentariamente desarrollará una lista de indicadores que habrán de registrarse obligatoriamente en todos los centros.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 160

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nueva disposición adicional quinta

De adición.

Texto que se propone:

«Disposición adicional quinta. Difusión de la Ley.

La Administración General del Estado y 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.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 161

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nueva disposición adicional sexta

De adición.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 106

Texto que se propone:

«Disposición adicional sexta. Eficacia de los cuidados paliativos.

Las Administraciones sanitarias, para el mejor cumplimiento de lo establecido en la presente ley en relación a la prestación de cuidados paliativos, procurarán una formación específica y continua a sus profesionales en su ámbito, y promoverán las medidas necesarias para disponer del número y dotación adecuados de unidades de cuidados paliativos, incluidas las unidades de cuidados paliativos infantiles, y equipos de soporte, tanto para su prestación en régimen de internamiento hospitalario como en asistencia domiciliaria.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda se introduce en consonancia con el resto de enmiendas presentadas para configurar una regulación integral del derecho a la disposición de la propia vida.

ENMIENDA NÚM. 162

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nueva disposición adicional séptima

De adición.

Texto que se propone:

«Disposición adicional séptima. Personas con discapacidad.

1. En los procedimientos que hayan de seguirse para el ejercicio de los derechos reconocidos en virtud de lo establecido en la presente Ley, así como para solicitar y recibir ayuda para morir, en los términos previstos en esta norma, cuando se trate de personas con discapacidad, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales que resulten precisas para que reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

2. En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica y de los demás derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.

3. Las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas tendrán garantizados los derechos, recursos y medios de apoyo establecidos en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda introduce una serie de garantías para posibilitar el efectivo ejercicio de los derechos que se reconocen en la presente Ley a las personas con discapacidad, estableciendo la obligación de que se pongan a su disposición los medios de apoyo ajustados a sus necesidades para poder ser informados y tomar decisiones de forma libre y autónoma.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 107

ENMIENDA NÚM. 163

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nueva disposición adicional octava

De adición.

Texto que se propone:

«Disposición adicional octava. Constitución del Consejo Nacional de Ética Asistencial.

El Consejo Nacional de Ética Asistencial deberá crearse y encontrarse constituido y con plena capacidad de actuación y funcionamiento en el plazo máximo de tres meses desde la fecha de entrada en vigor de la presente Ley.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda establece un plazo de tres meses para la puesta en marcha del Consejo Nacional de Ética Asistencial, al objeto de acelerar en todo lo posible la eficacia de los derechos que se regulan por la presente Ley.

ENMIENDA NÚM. 164

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

Nueva disposición transitoria segunda

De adición.

Texto que se propone:

«Disposición transitoria segunda. Plazo para la dotación de habitaciones individuales.

Las Administraciones competentes dispondrán del plazo de un año, a partir de la publicación de la presente Ley, para dotarse de habitaciones individuales a los efectos de hacer efectivas las garantías establecidas en el artículo 21.»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda introduce un plazo transitorio para que las Administraciones puedan disponer del tiempo necesario para poder cumplir el precepto de estancia en habitación individual que se establece en garantía de los derechos recogidos en la presente Ley.

ENMIENDA NÚM. 165

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

A la disposición final primera

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 108

De modificación.

Texto que se propone:

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

Se modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

“4. No será punible la conducta del médico que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona **a resultas de la prestación de la ayuda para morir que aquella hubiera solicitado, en los términos establecidos en la legislación reguladora del derecho a la disposición de la propia vida.**”»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 166

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

A la disposición final segunda

De adición.

Pasando la actual disposición final segunda a ser la disposición final tercera, reenumerándose las siguientes en consecuencia.

Texto que se propone:

«Disposición final segunda. 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 que pueda recibir, sobre la disposición de su propia vida, 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 que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 109

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.»»

JUSTIFICACIÓN

La enmienda introduce una 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, a fin de adaptar el contenido de la disposición relativa a las instrucciones previas a lo dispuesto en la presente Ley.

ENMIENDA NÚM. 167

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Ciudadanos

A la disposición final segunda

De modificación.

Que pasa a ser la disposición final tercera, renumerándose las siguientes en consecuencia Texto que se propone:

«Disposición final tercera. Título competencial.

1. La presente Ley se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución española, que atribuye al Estado la competencia **exclusiva en materia de regulación de los condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales** y en materia de bases y coordinación general de la sanidad, **respectivamente**.

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

Mejora técnica.

A la Mesa de la Comisión de Justicia

Los Grupos Parlamentarios abajo firmantes, al amparo de lo establecido en el artículo 110 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentan las siguientes enmiendas al articulado a la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 14 de octubre de 2020.—**Rafael Simancas Simancas**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista y **Txema Guijarro García**, Portavoz del Grupo Parlamentario Confederado de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 110

ENMIENDA NÚM. 168

FIRMANTES:

Grupos Parlamentarios Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

A la Exposición de motivos

De modificación.

Se propone lo siguiente:

Se modifica en la Exposición de Motivos, en los párrafos quinto, noveno y tercero del apartado II y donde dice «una enfermedad grave, crónica e invalidante», debe decir «**un padecimiento grave, crónico e imposibilitante**».

En el párrafo cuarto del apartado II sustituir los términos «Comisión de Control y Evaluación» por «**Comisión de Garantía y Evaluación**».

MOTIVACIÓN

En coherencia con las enmiendas presentadas.

ENMIENDA NÚM. 169

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al Artículo 1

De adición.

Se propone la adición de un nuevo párrafo con el contenido siguiente:

«Artículo 1. Objeto.

[...]

Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atiendan a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta ley.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica y mayor adecuación en la determinación del objeto al contenido de la Ley.

ENMIENDA NÚM. 170

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederación de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al artículo 3

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 3. Definiciones.

[...]

a) [...] actuaciones descritas en la letra g).

b) **“Padecimiento grave, crónico e imposibilitante”:** situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, y **actividades de la vida diaria, de manera que no pueda valerse por sí misma**, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que lleva asociada un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para la misma, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría. **En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.**

c) **“Enfermedad grave e incurable”:** la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

d) **“Médico responsable” o “Médica responsable”:** facultativo o facultativa que tiene a su cargo coordinar **toda** la información y la asistencia sanitaria del o la paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

e) [...].

f) [...].

g) [...].

i) [...]

ii) La prescripción o suministro **al paciente** por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte.

h) **“Situación de incapacidad de hecho”:** situación en la que el o la paciente **carece** de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su vida por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial **de modificación de la capacidad de obrar ».**

MOTIVACIÓN

Mayor precisión del texto.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 112

ENMIENDA NÚM. 171

FIRMANTES:

**Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común**

Al artículo 4

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 4. Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.

1. [...].

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por **el equipo sanitario** responsable. **En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida por el paciente.**

3. **En los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidos las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.**

En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica.

Además, se incorpora un nuevo apartado 3 ya que el derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir debe incorporar la garantía de que la persona solicitante:

- 1) dispone de la información necesaria para la toma de decisiones, en un formato que le resulte comprensible;
- 2) no toma una decisión precipitada sino fruto de la reflexión;
- 3) no recibe presiones externas y toma una decisión genuina;

La mención expresa del colectivo de personas con discapacidad en el segundo párrafo, se fundamenta en la especial atención de que deben ser objeto en una norma que, previsiblemente, puede implicarles de manera particular.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 113

ENMIENDA NÚM. 172

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al artículo 5

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) **Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.**

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, **o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa**, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico o la médica responsable **considera que la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado es inminente**, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia **en la historia clínica**.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable **o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante** en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico o médica responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del o la paciente.

2. No será de aplicación lo previsto **en las letras b), c) y e)** del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que el o la paciente **no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes**, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, **testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos** en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico o la médica responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica y mayor precisión del texto.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 114

ENMIENDA NÚM. 173

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al artículo 6, apartados 1 y 4

De modificación

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el o la paciente solicitante, **o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita.**

En caso de **que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien,** otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de indicar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento ni de expresar su voluntad por otros medios e indicar las razones.

2. [...].

3. [...].

4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico o médica por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola del documento de instrucciones previas, **testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos**, suscrito previamente por el o la paciente.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 174

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al artículo 7

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico o médica responsable.

2. Contra dicha denegación, la persona que hubiera presentado la solicitud, podrán presentar en el plazo máximo de cinco días hábiles, una reclamación ante la Comisión **de Garantía** y

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 115

Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.

3. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de **Garantía** y Evaluación competente, deberá remitir en el **plazo de cinco días contados a partir de que se le haya notificado la denegación**, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.»

MOTIVACIÓN

Mayor claridad del texto.

ENMIENDA NÚM. 175

FIRMANTES:

**Grupo Parlamentario Socialista
y Confederación de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común**

Al artículo 8, apartados 1, 2 y 4

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud previa de prestación de ayuda para morir.

1. Una vez recibida la **primera solicitud** de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico o la médica responsable, en el plazo máximo de dos días, una vez verificados que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1, a), y d), realizará con el o la paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico o médica responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito, **en el plazo máximo de cinco días**.

Tras la recepción de la segunda solicitud, el médico o la médica responsable, en el plazo de dos días, retomará con él o la paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada tras la presentación de la primera solicitud, de acuerdo con el párrafo anterior, en el plazo máximo de cinco días.

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. El médico o médica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los y las profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitará el o la paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del o la paciente la firma del documento del consentimiento informado.

3. [...].

4. [...] **Comisión de Garantía y Evaluación** competente [...].

No obstante, se podrá llevar a cabo dicha prestación de ayuda a morir sin la citada verificación previa en el caso excepcional de pérdida de capacidad inminente, apreciada por el médico o médica responsable, en cuyo caso se procederá de la forma prevista en el artículo 12.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 116

MOTIVACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 176

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al artículo 9, Rúbrica

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 9. Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una **situación de incapacidad de hecho**».

MOTIVACIÓN

Mejora técnica, y en coherencia con artículos anteriores.

ENMIENDA NÚM. 177

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al artículo 10

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 10. **Verificación previa por parte de la de la Comisión de Garantía y Evaluación.**

1. Una vez recibida la comunicación médica a que se refiere el artículo 8.4 párrafo primero, el presidente o presidenta de la **Comisión de Garantía y Evaluación, designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen, si a su juicio,** concurren los requisitos y condiciones establecidas para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda a morir.

2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, **los dos miembros citados en el apartado anterior,** tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo, así como con la persona solicitante.

3. En el plazo máximo de siete días naturales, **emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12 de esta Ley. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18 de esta Ley. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1, se**

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 117

elevará la verificación al Pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.

4. La resolución definitiva deberá ponerse, en el plazo máximo de dos días, en conocimiento del presidente o presidenta, quien a su vez la pondrá en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.

5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridos ante la jurisdicción contencioso administrativa.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 178

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al artículo 11, apartado 1

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda a morir.

1. Una vez recabada la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, **con aplicación en su caso, de los protocolos correspondientes.**»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 179

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al artículo 12, rúbrica y letras a), iv y b) iv

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 12. Comunicación a la Comisión de **Garantía** y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda a morir.

[...]

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 118

a) El primer documento, sellado por el médico o la médica responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:

i) [...]

ii) [...]

iii) [...]

iv) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un o una representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del o la paciente **en situación de incapacidad** de hecho.

b) [...].

i) [...]

ii) [...]

iii) [...]

iv) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante enfermedad grave e incurable o **padecimiento grave, crónico e imposibilitante**.

(Resto igual).»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica, y en coherencia con enmiendas anteriores.

ENMIENDA NÚM. 180

FIRMANTES:

**Grupo Parlamentario Socialista
y Confederación de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común**

Al artículo 14

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 14. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de esta ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta ley. Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2.

2. La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados, o concertados, **y en el domicilio particular**, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 119

ENMIENDA NÚM. 181

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al artículo 17

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Artículo 17. Creación y composición.

1. Existirá una Comisión de **Garantía** y Evaluación en cada una de las comunidades autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla. **La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirá personal médico y juristas.**

2. **En el caso de las comunidades autónomas, dichas comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por los respectivos gobiernos autonómicos, quienes determinarán su régimen jurídico. En el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla, será el Ministerio de Sanidad quien cree las comisiones para cada una de las ciudades y determine sus regímenes jurídicos.**

3. Cada Comisión de **Garantía** y Evaluación [...]

4. Cada Comisión de **Garantía** y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, la citada autorización corresponderá al **Ministerio de Sanidad.**

5. **El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Control y Evaluación de las Comunidades Autónomas se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio, para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud.»**

MOTIVACIÓN

Mayor concreción del texto.

ENMIENDA NÚM. 182

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

Al artículo 18, letras a), b), e) y f)

De modificación.

«Artículo 18. Funciones.

Son funciones de la **Comisión de Garantía** y Evaluación las siguientes:

a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.

También resolverán el plazo de veinte días naturales las reclamaciones a las que se refiere el apartado 3 del artículo 10, sin que puedan participar en la resolución de las mismas los dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud.

Asimismo, resolverá en igual plazo sobre las solicitudes pendientes de verificación y elevadas al pleno por existir disparidad de criterios entre los miembros designados que impida la formulación de un informe favorable o desfavorable.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la **Comisión de Garantía y Evaluación** competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.

b) Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley.

Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero. Si tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de **Garantía** y Evaluación se considerara afectada, este o esta podrá retirarse voluntariamente o ser recusado o recusada.

Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico o médica responsable la información recogida en la historia clínica del o la paciente que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda para morir.

e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto. **Dicho informe deberá remitirse a la Consejería competente en materia de Salud.**

f) [...], **el Ministerio de Sanidad.**»

MOTIVACIÓN

En coherencia con enmiendas anteriores

ENMIENDA NÚM. 183

FIRMANTES:

**Grupo Parlamentario Socialista
y Confederación de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común**

Disposición adicional tercera (nueva)

De adición.

Se propone la adición de una nueva disposición con el contenido siguiente:

«**Disposición adicional tercera. Informe Anual.**

Las comunidades autónomas remitirán al Ministerio de Sanidad el Informe a que se refiere la letra e) del artículo 18. Para las ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad recabará dicho informe a través del INGESA. Los datos conjuntos de comunidades y ciudades autónomas serán hechos públicos y presentados por el Ministerio de Sanidad.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 121

MOTIVACIÓN

Dar a conocer la aplicación de la norma en todo el territorio español.

ENMIENDA NÚM. 184

FIRMANTES:

**Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común**

Disposición Adicional cuarta (nueva)

De adición.

Se propone la adición de una nueva disposición adicional con el contenido siguiente:

«Disposición Adicional cuarta. Personas con discapacidad.

Las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas, tendrán garantizados los derechos, recursos y medios de apoyo establecidos en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sorda, con discapacidad auditiva y sordociegas.»

MOTIVACIÓN

Mayor precisión del texto a fin de garantizar los medios y los apoyos necesarios.

ENMIENDA NÚM. 185

FIRMANTES:

**Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común**

Disposición adicional quinta (nueva)

De adición.

Se propone la adición de una nueva disposición adicional con el contenido siguiente:

«Disposición adicional quinta. Recurso jurisdiccional.

Los recursos a que se refieren los artículos 10, apartado 5 y 18, letra a) de esta Ley, se tramitaran por el procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales de la persona, en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.»

MOTIVACIÓN

Fijar con precisión el procedimiento a seguir en los supuestos de negativa o silencio de la prestación de la ayuda a morir.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 122

ENMIENDA NÚM. 186

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederación de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

A la disposición final primera

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

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

Uno. Se modifica el artículo 143, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 143.

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera **un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable**, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.»

Dos. Se añade un nuevo artículo 143 bis que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 143 bis.

No obstante lo dispuesto en los artículos anteriores, no será punible la conducta del médico o del personal del equipo asistencial que, con actos necesarios y directos, causare o cooperare a la muerte de una persona cuando esta sufra un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable en los términos establecidos en la normativa sanitaria.»

Tres. Se añade una nueva Disposición Transitoria que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición transitoria duodécima.

1. **Estará exento de pena quien esté siendo investigado, o haya sido procesado o sentenciado, por hechos ocurridos antes de la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia por el delito previsto en el artículo 143.4 del Código Penal, siempre que la persona fallecida reuniera los requisitos previstos en el artículo 5.1 d) de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia y que conste de manera inequívoca su voluntad expresa de poner fin a su vida.**
2. **El Juez o Tribunal sentenciador, en los supuestos previstos en el apartado anterior, revisará de oficio las sentencias firmes condenatorias dictadas antes de la vigencia de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, en las que el penado se encuentre cumpliendo efectivamente una pena.»**

MOTIVACIÓN

En primer lugar, se modifica el vigente apartado 4 del artículo 143 con la finalidad de armonizar su redacción a la terminología que establece la Proposición de Ley de Eutanasia.

En segundo término, se introduce un nuevo artículo 143 bis, despenalizando la conducta cuando se realiza en los términos establecidos en la normativa sanitaria. Se introduce en dicho artículo un inciso inicial «No obstante lo dispuesto en los artículos anteriores», con la finalidad de dar coherencia interna al articulado de la norma.

Finalmente, se prevé una Disposición transitoria duodécima con la finalidad de facilitar el principio de aplicación de la norma penal más favorable al reo.

ENMIENDA NÚM. 187

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

A la disposición final segunda

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Disposición final segunda. Título competencial.

«Esta ley se dicta al amparo del artículo 149.1, **apartados 1.^a y 16.^a** de la Constitución Española, **que atribuyen al Estado la competencia para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, y sobre las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente, salvo la disposición final primera que se ampara en la competencia que el artículo 149.1.6.^a de la Constitución Española atribuye al Estado sobre legislación penal.**»

MOTIVACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 188

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Socialista
y Confederal de Unidas Podemos-En Comú
Podem-Galicia en Común

A la disposición final tercera

De modificación.

Se propone la siguiente redacción:

«Disposición final tercera. Carácter ordinario de determinadas disposiciones.

La presente ley tiene carácter de ley orgánica a excepción de los artículos 12, 14, 15, 16.2, 17, 18, disposiciones adicionales primera, segunda, **tercera, cuarta y quinta y** disposición transitoria única, que revisten el carácter de ley ordinaria.»

MOTIVACIÓN

En coherencia con las enmiendas nuevas introducidas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 124

A la Mesa de la Comisión de Justicia

El Grupo Parlamentario Plural, a instancias de Sergi Miquel i Valentí y de Laura Borràs i Castanyer, Diputados de Junts Per Catalunya, y al amparo de lo previsto en el artículo 110 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presentan las siguientes enmiendas a la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 14 de octubre de 2020.—**Sergi Miquel i Valentí**, Diputado.—**Laura Borràs Castanyer**, Portavoz Adjunta del Grupo Parlamentario Plural.

ENMIENDA NÚM. 189

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo: 3.g

De modificación.

Texto que se propone:

«Artículo 3. Definiciones.

A los efectos de lo previsto en esta ley, se entiende por:

[...]

g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir **en el propio centro sanitario, socio sanitario o en su domicilio** en dos modalidades:

i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ~~ya s i en el propio centro sanitario o en su domicilio~~, para causar su propia muerte.

[...]»

JUSTIFICACIÓN

Salvo peligro para la salud pública, cada persona tiene derecho a morir en el lugar que prefiera, especialmente en su casa, si es su domicilio habitual o en el centro socio-sanitario donde reside.

ENMIENDA NÚM. 190

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo: 5.1.a

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 125

Texto que se propone:

«Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) Tener la nacionalidad española o la residencia legal **o bien ser titular del derecho a recibir asistencia sanitaria** en España, **tener la mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud y estar en la plenitud de sus facultades intelectuales y emocionales o, en su defecto, disponer de testamento vital.»**

[...].»

JUSTIFICACIÓN

Al tratarse de un derecho recogido en el SNS, es preciso incorporar el concepto de «titulares del derecho a recibir asistencia sanitaria en España», de manera que no se prive del derecho a los migrantes en situación irregular, o a trabajadores extranjeros que trabajen en territorios transfronterizos.

ENMIENDA NÚM. 191

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo: 7.2, 7.3

De modificación.

Texto que se propone:

«Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.

[...].

2. Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de ~~cinco~~ **quince** días hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.

3. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, deberá remitir en el plazo de ~~quince~~ **cinco** días después de recibida la solicitud, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.

[...].»

JUSTIFICACIÓN

El objetivo de la ley es, en primer lugar, garantizar la voluntad de la persona que decide morir y, en segundo, la seguridad jurídica de las personas profesionales que la ayuden. Por ello, se propone ampliar el plazo de reclamación de la persona solicitante y, además, para evitar que el proceso se dilate en el tiempo, acortar el del profesional.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 126

ENMIENDA NÚM. 192

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo: 8.3

De modificación.

Texto que se propone:

«Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud previa de prestación de ayuda para morir.

[...]

3. El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de diez días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante **en el plazo máximo de veinticuatro horas. En caso de que el médico consultor deniegue la prestación de ayuda para morir, el médico responsable lo pondrá en conocimiento de la Comisión en el plazo máximo de cinco días naturales.**

[...]»

JUSTIFICACIÓN

Acotar los plazos lo máximo posible e incluir el procedimiento a seguir en caso de que el informe del médico consultor sea desfavorable.

ENMIENDA NÚM. 193

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo: 10.2, 10.4, 10.6

De modificación.

Texto que se propone:

«Artículo 10. Control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control.

[...]

2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta, ~~así como con la persona solicitante.~~

[...]

4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo **de 7 días naturales, más breve posible**, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.

[...]

10.6. Transcurrido el plazo de 15 días naturales desde que el médico responsable ponga en conocimiento de la Comisión la solicitud de ayuda médica a morir, el silencio administrativo de la Comisión se interpretará como la aprobación de la prestación.»

JUSTIFICACIÓN

10.2. Suprimir las entrevistas entre la CEC y el paciente, para evitar distorsionar la relación entre médico y paciente y, por otro lado, para evitar dilatar el proceso de manera innecesaria.

10.4. El plazo de la resolución definitiva no debe ser interpretable («el más breve posible»), sino fijado por ley en un máximo de 7 días. La ambigüedad de los plazos puede dilatar el proceso innecesariamente.

10.6. Ante un posible colapso de la comisión por peticiones de eutanasia, el silencio administrativo no puede perjudicar el derecho de las personas a recibir ayuda para morir.

ENMIENDA NÚM. 194

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo: 11.1

De modificación.

Texto que se propone:

«Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda a morir.

[...].

1. Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse **cuando decida el paciente o su representante en caso de incapacidad**, con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

El o la paciente, o su representante en caso de incapacidad, ~~En el caso de que el paciente se encuentre consciente, este~~ deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

[...].»

JUSTIFICACIÓN

Se trata de resaltar que, una vez obtenida la autorización, la ayuda a morir se producirá cuando decida el paciente o su representante, figura que también debe recoger el segundo párrafo.

ENMIENDA NÚM. 195

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo: 14.2

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 128

Texto que se propone:

«Artículo 14. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.

[...].

2. La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios y **socio-sanitarios** públicos, privados, o concertados, **y en el domicilio del paciente**, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.»

JUSTIFICACIÓN

Salvo peligro para la salud pública, cada persona tiene derecho a morir en el lugar que prefiera, especialmente en su casa, si es su domicilio habitual o en el centro socio-sanitario donde reside.

ENMIENDA NÚM. 196

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo: 14.2

De adición.

Texto que se propone:

Se añade una frase al final del artículo 14.2

«Artículo 14. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.

[...].

2. La prestación [...] se realiza. **No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflictos de intereses, ni aquellos que pudieren resultar beneficiarios de legados o herencias derivados de la práctica de la eutanasia.»**

JUSTIFICACIÓN

Se trata de garantizar la ausencia de cualquier conflicto de intereses, y de provecho económico, afectivo o moral y cualquier otro tipo de influencia indebida, en los intervinientes en el proceso.

ENMIENDA NÚM. 197

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Plural

Al artículo: 17.2

De modificación.

Texto que se propone:

«Artículo 17. Creación y composición.

[...]

2. Dichas comisiones, que de composición estrictamente técnica, tendrán la naturaleza de órgano administrativo. **Serán nombradas por los respectivos Parlamentos o Asambleas Autonómicas/as, o por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social** en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla en los que se determinará su régimen jurídico.

[...]»

JUSTIFICACIÓN

Para evitar composiciones afines al Gobierno de cada momento, las Comisiones deberán ser nombradas por los respectivos Parlamentos o Asambleas Autonómicas/as, dando entrada al juego de las mayorías parlamentarias.

A la Mesa de la Comisión de Justicia

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo establecido en los artículos 110 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presenta las siguientes enmiendas a la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 14 de octubre de 2020.—**Concepción Gamarra Ruiz-Clavijo**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

ENMIENDA NÚM. 198

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Título de la iniciativa.

De sustitución.

Se propone la sustitución del título de la proposición de ley en los siguientes términos:

«Proposición de Ley Orgánica para garantizar el derecho de acompañamiento al final de la vida y los cuidados paliativos.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

En consonancia con lo anterior, proponemos la sustitución del título de la ley, porque en los términos en que se presenta, va en contra del artículo 15 de la Constitución Española, vulnerando el derecho a la vida y va en contra también del «Convenio de Oviedo» firmado en 1997, mediante el que se reconoce como valor superior la dignidad humana y se protegen los derechos humanos, y contra el artículo 143.4 del Código Penal de 1995, por el que quedan penalizadas las prácticas de eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

ENMIENDA NÚM. 199

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A La Exposición de motivos

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

En consonancia con lo anterior, se propone la supresión de la exposición de motivos propuesta porque nos encontramos en un contexto jurídico en el que en la Constitución Española se protegen como valores superiores la libertad del individuo (artículo 1), la dignidad (artículo 10.1), el derecho a la vida y a la integridad física y moral (artículo 15), la libertad ideológica (artículo 16) y la intimidad (artículo 18).

Mediante la Ley General de Sanidad promulgada en 1986 se da protección a la dignidad, a la autonomía y al respeto a la voluntad e intimidad del individuo, lo cual queda ratificado en la Ley 44/2002 de Autonomía del Paciente, donde, articulándolo mediante el Consentimiento Informado como principal elemento que preserva su cumplimiento, introduce además el reconocimiento al derecho de que el paciente pueda decidir o negarse a someterse a según que tratamientos en función de su escala de valores, tras haber recibido una información completa sobre procedimientos, riesgos y beneficios esperables y tras haber comprendido todo ello.

Contamos también con el «Convenio de Oviedo» firmado en 1997, mediante el que se reconoce como valor superior la dignidad humana y se protegen los derechos humanos y con el artículo 143.4 del Código Penal de 1995, por el que quedan penalizadas las prácticas de eutanasia y el suicidio medicamente asistido.

En el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial que cuenta con rango de Disposición Administrativa y sirve de guía para las buenas prácticas por parte de los médicos, y mediante el cual se suscribe que una correcta «lex artis» se ejercerá curando cuando sea posible, pero cuando ello no lo sea, se pretenderá el alivio y el cuidado del individuo con el máximo respeto a la dignidad y a la libertad del paciente y a sus decisiones respecto a los posibles tratamientos y procedimientos.

Condena el encarnizamiento terapéutico, así como la eutanasia y el suicidio medicamente asistido. Se define como correcta «lex artis» la sedación paliativa, siempre y cuando el paciente se encuentre en una situación terminal y no se consiga el control sintomático con los fármacos y medidas disponibles.

A la hora de que el paciente disponga de toda la información del proceso, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, una de las opciones de tratamiento es el manejo del proceso por equipos que provean al paciente de unos cuidados paliativos de calidad con los que se pueda controlar el dolor y la sintomatología adversa de cualquier naturaleza, proporcionando una buena calidad de vida al paciente y a sus familiares, en cumplimiento de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, en cuanto a validez del Consentimiento Informado.

ENMIENDA NÚM. 200

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 1. Objeto

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 131

De sustitución.

Se propone la sustitución del artículo 1, quedando redactado en los siguientes términos:

«La presente Ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona ante el proceso final de su vida y de los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes que en 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 este proceso.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

El Ordenamiento Jurídico debe procurar que todas las personas disfruten de una vida digna, también debe asegurar que todas tengan derecho a morir con la misma dignidad.

ENMIENDA NÚM. 201

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 2. Ámbito de aplicación

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del artículo 2, que quedaría redactado en los siguientes términos:

«La presente Ley será de aplicación en el ámbito sanitario y social, tanto público como privado, en todo el territorio nacional, a los pacientes que se encuentren en el proceso de morir o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, bien sea en su domicilio, en un hospital o en un centro socio-sanitario.

Igualmente será de aplicación a todas las personas responsables de la toma de decisiones relacionadas con el proceso final de la vida, garantizando el acompañamiento y los cuidados paliativos, así como al personal sanitario y social implicados en la asistencia durante dicho proceso.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

Deben asumirse no solo 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 relacionados con el final de la vida.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 132

ENMIENDA NÚM. 202

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 3. Definiciones

De sustitución.

Se propone la sustitución del texto completo del artículo 3 en los siguiente aportados y términos:

«A efectos de la presente ley se entiende por:

a) Consentimiento informado: La conformidad libre, voluntaria y consciente de u 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.

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

c) Cuidados paliativos: El conjunto coordinado de acciones dirigido a la atención activa a los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como de lo: problemas psicológicos, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos son interdisciplinares 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 objete preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final. Forma parte de la buena práctica médica.

d) Instrucciones previas: El documento por el cual 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.

e) Medidas de soporte vital: 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. Se incluye entre ellas la ventilación mecánica o asistida, la nutrición forzada y la diálisis.

f) Médico responsable: El profesional que 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.

g) Enfermero responsable: El 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.

h) Proceso final de la vida: Aquel en el que se encuentran las personas en situación terminal o de agonía como consecuencia de una enfermedad o un 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 similar en la que se encuentran las personas que han sufrido un accidente incompatible con la vida, con deterioro extremo y graves trastornos.

i) 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 instrucciones previas o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

j) Sedación paliativa: la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios. La sedación debe seguir siempre el principio de proporcionalidad, siendo el objetivo alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento.

k) Sedación en fase de agonía: 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.

l) Testamento vital: Equivale al documento de instrucciones previas.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 203

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al Capítulo II. Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio

De sustitución.

Se propone la sustitución del título del Capítulo II, quedando redactado en los siguientes términos:

«CAPÍTULO II

Derecho de las personas ante el proceso final de la vida y los cuidados paliativos»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

Esta ley tiene que tener por objeto regular, de manera expresa, los derechos de las personas que se encuentran ante el proceso final de la vida, en consonancia con la Ley 14/1986, de 25 de abril, 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,

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 134

ENMIENDA NÚM. 204

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 4. Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir

De sustitución.

Se propone la sustitución del artículo 4 que quedará redactado en los siguientes términos:

«Artículo 4. Derecho a la protección de la dignidad de la persona en el proceso final de la vida.

Toda persona que se encuentre en el proceso final de la vida tiene derecho a la protección de su dignidad y a que se garantice el efectivo cumplimiento del derecho a la vida contemplado en el artículo 15 de la Constitución Española.

También tendrá derecho a recibir la información clínica de manera accesible, comprensible y adecuada en los términos previstos en la legislación vigente, con el fin de ayudarle a tomar la decisión de manera autónoma.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 205

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del artículo 5, que quedará redactado en los siguientes términos

«Artículo 5. Derecho al acompañamiento.

La persona en el proceso final de la vida a la que se le preste asistencia en una institución sanitaria o social en régimen de internamiento tendrá derecho a disponer, si lo desea, de acompañamiento familiar o persona que indique.

También tendrá derecho a recibir acompañamiento al final de la vida de acuerdo con sus convicciones y creencias.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 135

ENMIENDA NÚM. 206

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del Artículo 6 quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 6. Derecho a la toma de decisiones.

1. Las personas que se encuentren en el proceso de morir tienen derecho a realizar una planificación de decisiones anticipadas para los posibles escenarios en los que puede discurrir el curso de su enfermedad. El médico responsable proporcionará al paciente toda la información necesaria para la correcta toma de decisiones, que serán respetadas.

De acuerdo con lo anterior, podrán rechazar las intervenciones y los tratamientos propuestos por los profesionales sanitarios, aún en los casos en que esta decisión pudiera tener el efecto de acortar su vida o ponerla en peligro inminente, con las limitaciones previstas en el 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.

2. La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlos, no supondrá menoscabo alguno en la atención sanitaria o de otro tipo que se le dispense, especialmente en lo referido a aquella destinada a paliar el sufrimiento y aliviar el dolor u otros síntomas de la enfermedad en el proceso de morir.

3. La decisión sobre la atención sanitaria que se haya de recibir por parte del paciente se expresará como regla general mediante el consentimiento informado del paciente, libremente revocable, que se ejercitará de conformidad con lo establecido en esta Ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y deberes en materia de información y documentación clínica. En las ocasiones en las que sea posible, se hará de forma verbal por parte del paciente. 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 expresos, constar por escrito e incorporarse a la historia clínica.

Cuando sea precisa la firma del paciente para dejar constancia de su voluntad y no pudiera firmar por incapacidad física, lo hará en su lugar, siempre que sea posible, 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.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 136

ENMIENDA NÚM. 207

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir

De sustitución.

Se propone la sustitución del artículo 7 quedando redactado en los siguientes términos:

«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 recogidas 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.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 137

ENMIENDA NÚM. 208

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

De adición.

Se propone la adición del artículo 7 bis, quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 7 bis. Derecho a los cuidados paliativos de calidad. Tratamiento del dolor y sedación paliativa.

1. Todas las personas con enfermedad terminal tienen derecho a recibir, con el máximo respeto a su dignidad personal y voluntad libremente expresada, cuidados integrales paliativos de calidad, 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. La administración de sedación paliativa deberá ajustarse a un procedimiento que contemple las circunstancias específicas de cada paciente y los métodos a utilizar según la situación clínica en cada caso.

2. Asimismo, las personas que se encuentren en el proceso de morir, si así lo desean, tienen derecho a que estos cuidados paliativos integrales se les proporcionen en su domicilio o en cualquier otro que designen, siempre que esta opción no esté contraindicada o el lugar elegido no reúna condiciones para prestar estos cuidados. En estos casos se ofrecerá a los pacientes recursos acordes con sus necesidades.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 209

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al capítulo III. Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir

De sustitución.

Se propone la sustitución del título del capítulo III, quedando redactado en los siguientes términos:

«CAPÍTULO III

Deberes de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en la fase final de la vida»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 138

Con esta enmienda se pretende definir el marco de actuación de los profesionales sanitarios en los centros sanitarios y sociales, al objeto de dar satisfacción a los derechos de los pacientes al final de la vida.

ENMIENDA NÚM. 210

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud previa de prestación de ayuda para morir

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del artículo 8, quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 8. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas y de respeto a la voluntad del paciente.

1. Los médicos y otros profesionales sanitarios, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en fase terminal de la vida, deberán asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afecta. En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario de la persona, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la Ley.

2. Conforme a lo previsto en el apartado anterior, el personal sanitario adecuará y limitará, en su caso, el esfuerzo terapéutico de modo proporcional a la situación del paciente, evitando la adopción o mantenimiento de intervenciones y medidas carentes de utilidad clínica, y siempre sin menoscabo de aquellas actuaciones sanitarias que garanticen su debido cuidado y bienestar. De todas las actuaciones mencionadas en los párrafos anteriores deberá quedar constancia en la historia clínica.

3. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar los valores, creencias y preferencias de los mismos en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la Ley, debiendo abstenerse de imponer criterios personales.

4. El cumplimiento de la voluntad manifestada por el paciente en la forma prevista en la presente Ley y de conformidad con el ordenamiento jurídico excluirá cualquier exigencia de responsabilidad por las correspondientes actuaciones de los profesionales sanitarios dedicadas a dar cumplimiento a su voluntad exceptuando posibles malas prácticas por parte de los profesionales sanitarios.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 139

ENMIENDA NÚM. 211

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Popular en el Congreso

Al artículo 9. Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una incapacidad de hecho

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del Artículo 9, quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 9. 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 debe constar adecuadamente en la historia clínica.

2. Para la apreciación de la incapacidad de hecho se deberá contar con la opinión de otros profesionales implicados directamente en la atención de los pacientes. Asimismo, se deberá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión.

3. Una vez establecida la situación de incapacidad de hecho, el médico responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quien deba actuar por la persona en situación de incapacidad, conforme a lo previsto en el artículo 7.2.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 212

FIRMANTE:

Grupo Parlamentario Popular en el Congreso

Al artículo 10. Control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del Artículo 10, quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 10. Control previo por parte de los comités de ética asistenciales.

1. Todos los centros sanitarios o instituciones dispondrán o, en su caso, estarán vinculados a un Comité de Ética Asistencial, con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos. Los informes o dictámenes emitidos por el Comité de Ética Asistencial en ningún caso sustituirán las decisiones que tengan que adoptar los profesionales sanitarios.

2. En los casos de discrepancia entre los profesionales sanitarios y los pacientes o, en su caso, con quienes ejerciten sus derechos, o entre éstos y las instituciones sanitarias, en relación con la atención sanitaria prestada en el proceso de morir que no se hayan podido resolver mediante acuerdo entre las partes, se podrá solicitar a petición de cualquiera de estas asesoramiento al

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 140

Comité de Ética Asistencial correspondiente, que podrá proponer alternativas o soluciones éticas a aquellas decisiones clínicas controvertidas.

3. Las personas integrantes de los Comités de Ética Asistencial estarán obligadas a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas hayan podido conocer en su condición de miembros del Comité.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

En las organizaciones sanitarias, tanto públicas como privadas, existen órganos consultivos como es el caso del Comité de Ética Asistencial.

ENMIENDA NÚM. 213

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 11. Realización de la prestación de ayuda a morir

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del artículo 11, quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 11. Sobre las obligaciones de los profesionales de garantizar el derecho a formular instrucciones previas y a respetar estas.

1. Todos los profesionales sanitarios están obligados a:

a) Proporcionar a sus pacientes información acerca de su derecho a formular la declaración de instrucciones previas.

b) Registrar en la historia clínica la existencia o no de instrucciones previas.

c) Respetar los valores e instrucciones contenidos en la declaración de instrucciones previas, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente.

d) A los efectos previstos en el párrafo anterior, si el paciente está en el proceso de morir y en situación de incapacidad, el equipo asistencial deberá consultar el registro de instrucciones previas, dejando constancia de dicha consulta en la historia clínica.

2. Los pacientes atendidos en instituciones sanitarias, o socio-sanitarias, recibirán a su ingreso información por escrito de sus derechos, garantías y de las obligaciones profesiones en relación con el derecho a formular instrucciones previas.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 141

ENMIENDA NÚM. 214

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 12. Comunicación a la Comisión de Control y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda a morir

De supresión.

Se propone la supresión del artículo 12.

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 215

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al capítulo IV. Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir

De sustitución.

Se propone la sustitución del título del Capítulo IV, quedando redactado en los siguientes términos:

«CAPÍTULO IV

Garantía que proporcionarán las Administraciones Sanitarias»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

Las Administraciones sanitarias han de garantizar todos los servicios y recursos para lograr la mejor atención en el momento del final de la vida.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 142

ENMIENDA NÚM. 216

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 13. Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del artículo 13, quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 13. Garantías para el efectivo respeto de los derechos de los pacientes.

1. Las instituciones responsables de la atención directa deberán arbitrar los medios para que los derechos de los pacientes no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la ausencia de profesionales, así como cualquier causa sobrevenida.

2. Las Administraciones Sanitarias competentes dispondrán de 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.

3. Los centros e instituciones sanitarias públicas y privadas facilitarán a las personas en fase terminal de su vida el acompañamiento, siempre que no resulte incompatible con el conjunto de medidas necesarias para ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

4. El acceso de aquellas personas que les puedan proporcionar auxilio religioso conforme a sus convicciones y creencias, procurando no interferir en las actuaciones del equipo sanitario.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 217

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 14. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del artículo 14, quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 14. Asesoramiento en cuidados paliativos.

1. Se garantizará a los pacientes en el proceso final de su vida asesoramiento sobre los objetivos de los cuidados paliativos, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

2. Los centros sanitarios y socio-sanitarios garantizarán la necesaria coordinación en la información y asesoramiento en cuidados paliativos entre los diferentes equipos profesionales.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 143

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 218

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 15. Protección de la intimidad y confidencialidad.

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del artículo 15, quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 15. Estancia en habitación individual para personas en situación terminal.

1. Los centros e instituciones sanitarias garantizarán a los pacientes en situación terminal, que deban ser atendidos en régimen de hospitalización, una habitación individual durante su estancia, con el nivel de confort e intimidad que requiere su estado de salud, siempre que no lo impidan las necesidades asistenciales.

2. Asimismo, estos pacientes podrán estar acompañados permanentemente por una persona familiar o allegada de acuerdo con las preferencias del paciente.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 219

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 16. Ejercicio del derecho a la objeción de conciencia sanitaria por los profesionales sanitarios implicados en la prestación de ayuda para morir

De sustitución.

Se propone la sustitución completa del Artículo 16, quedando redactado en los siguientes términos:

«Artículo 16. Formación en cuidados al final de la vida.

Se asegurará la oferta de una formación específica al personal implicado en la atención al final de la vida, para la aplicación y cumplimiento de esta ley.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 220

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al capítulo V. Comisiones de Control y Evaluación

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 221

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 17. Creación y composición

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

En las organizaciones sanitarias, tanto públicas como privadas, existen órganos consultivos como es el caso del Comité de Ética Asistencial.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 145

ENMIENDA NÚM. 222

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 18. Funciones

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

En las organizaciones sanitarias, tanto públicas como privadas, existen órganos consultivos como es el caso del Comité de Ética Asistencial.

ENMIENDA NÚM. 223

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Al artículo 19. Deber de secreto

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

En las organizaciones sanitarias, tanto públicas como privadas, existen órganos consultivos como es el caso del Comité de Ética Asistencial.

ENMIENDA NÚM. 224

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la disposición adicional primera. Sobre la causa de muerte

De supresión.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 146

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

Las causas de muerte ya aparecen definidas en los códigos CIE-10 MC en relación con los GRDs.

ENMIENDA NÚM. 225

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la disposición adicional segunda. Régimen sancionador

De sustitución.

Se propone la sustitución de la Disposición Adicional Segunda en los siguientes términos:

«Las eventuales responsabilidades civiles, penales y profesionales o estatutarias quedarán sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

Con esta enmienda se recuerda la posible concurrencia de responsabilidad jurídica de los centros sanitarios en aquellos casos que pudiera ser invocada.

ENMIENDA NÚM. 226

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la disposición adicional tercera. Personas mayores y recursos sanitarios saturados

De adición.

«La condición de persona mayor, no será condición general limitante a la hora de establecer los protocolos de asignación de ingresos o de utilización de los recursos sanitarios críticos saturados.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 147

registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

Después de toda una vida de esfuerzo y sacrificio, no se puede someter a las personas mayores a un plus de angustia y desasosiego en momentos de crisis sanitaria por falta de diligencia en la previsión de recursos sanitarios y de equipos de prevención.

ENMIENDA NÚM. 227

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la disposición transitoria única. Régimen jurídico de las Comisiones de Control y Evaluación

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

En esta enmienda se suprime el régimen jurídico porque no existe tal comisión.

ENMIENDA NÚM. 228

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la disposición derogatoria única. Derogación normativa

De sustitución.

Se propone la sustitución de la Disposición adicional segunda en los siguientes términos:

«Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan o se opongan a lo establecido en esta ley.»

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 148

ENMIENDA NÚM. 229

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

ENMIENDA NÚM. 230

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la disposición final tercera. Carácter ordinario de determinadas disposiciones

De supresión.

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 231

FIRMANTE:

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

A la disposición final cuarta. Entrada en vigor

De sustitución.

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

JUSTIFICACIÓN

Desde la defensa del derecho a la vida y desde el rechazo a tramitar una Proposición de Ley que prioriza un inexistente derecho a morir y da muestras de insensibilidad social y sanitaria ante una crisis de salud pública que, de momento, ha generado más de 50.000 muertos, el Grupo Parlamentario Popular registra estas enmiendas con el objeto de favorecer la preservación de la salud y la vida de los pacientes españoles, así como la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 149

A la Mesa de la Comisión de Justicia

El Grupo Parlamentario Republicano a instancia la Diputada Carolina Telechea i Lozano, al amparo de lo establecido en el artículo 110 del Reglamento del Congreso de los Diputados, presenta las siguientes enmiendas al articulado de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 14 de octubre de 2020.—**Carolina Telechea i Lozano**, Diputada.—**Gabriel Rufián Romero**, Portavoz del Grupo Parlamentario Republicano.

ENMIENDA NÚM. 232

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 2

De adición.

Se propone añadir la siguiente frase al redactado del artículo 2, que queda redactado en los siguientes términos:

«Esta ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tengan domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español. **El domicilio incluye la residencia geriátrica o sociosanitaria si la persona está ingresada de manera continuada.**»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 233

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 3

De Supresión.

Se propone la supresión del apartado a) del artículo 3, que queda redactado en los siguientes términos:

~~«a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del o la paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el párrafo f.»~~

JUSTIFICACIÓN

La definición de consentimiento informado ya la establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo tercero. Por lo tanto, es redundante su inclusión en esta Ley, más aun cuando su contenido es exactamente el mismo.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 150

ENMIENDA NÚM. 234

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 3

De modificación.

Se propone la modificación del apartado b) del artículo 3, que queda redactado en los siguientes términos:

«b) «Enfermedad ~~grave~~, crónica e invalidante»: situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que, **en el momento de la solicitud o en un futuro próximo**, inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 235

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 3

De modificación.

Se propone la modificación del apartado c) del artículo 3, que queda redactado en los siguientes términos:

«c) «Enfermedad grave e incurable»: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, ~~originales independientemente de la voluntad del o la paciente~~, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 236

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 3

De modificación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 151

Se propone la modificación del apartado g) del artículo 3, que queda redactado en los siguientes términos:

«g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en **el propio centro sanitario, socio-sanitario o en su domicilio**, en dos modalidades:

i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar ~~ya sea en el propio centro o en su domicilio~~, para causar su propia muerte.»

JUSTIFICACIÓN

Esta enmienda persigue permitir que la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario pueda producirse no solo en el centro sanitario o socio-sanitario sino también en su domicilio. Se considera de suma importancia que el entorno en el que se practique la prestación de ayuda para morir se ajuste al máximo, en la medida de lo posible, a las preferencias del paciente.

ENMIENDA NÚM. 237

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 3

De modificación.

Se propone la modificación del apartado h) del artículo 3, que queda redactado en los siguientes términos:

«h) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que el o la paciente carecen de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su ~~vida~~ **persona** por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 238

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 5.1

De modificación.

Se propone la modificación del apartado a) del artículo 5.1, que queda redactado en los siguientes términos:

«a) ~~Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad condición de titular del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria, en los términos~~

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 152

previstos en la legislación vigente, tener al menos 16 años y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud o, en su defecto, disponer de documento de instrucciones previas.»

JUSTIFICACIÓN

Esta enmienda tiene por objeto garantizar el derecho a la prestación, en sentido general, en los términos del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

ENMIENDA NÚM. 239

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 5.1

De adición.

Se propone la adición de dos párrafos al apartado a) del artículo 5.1, en los siguientes términos:

«En el caso de menores de edad no emancipados que tengan al menos 16 años, las personas titulares de la potestad parental deberán ser escuchadas.

En el caso de menores de edad no emancipados que tengan entre 12 y 16 años, se otorgará el consentimiento por representación en concurrencia con el consentimiento informado del menor.»

JUSTIFICACIÓN

Esta enmienda persigue garantizar el derecho a la prestación a los menores, en los términos establecidos 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.

ENMIENDA NÚM. 240

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 5.1

De modificación.

Se propone la modificación del apartado b) del artículo 5.1, que queda redactado en los siguientes términos:

«b) Disponer, el paciente o la persona designada por él, por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica. Debe tenerse en consideración el derecho a la renuncia a recibir información. Así, el artículo 9.1 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, establece que lija renuncia

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 153

del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención».

ENMIENDA NÚM. 241

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 5.1

De modificación.

Se propone la modificación del apartado d) del artículo 5.1, que queda redactado en los siguientes términos:

«d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en esta Ley.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica, en consonancia con nuestra enmienda 3.

ENMIENDA NÚM. 242

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 5.2

De modificación.

Se propone la modificación del apartado del artículo 5.2, que queda redactado en los siguientes términos:

«2. No será de aplicación los requisitos previstos en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que el o la paciente está incurso en situación de incapacidad de hecho permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico o la médica responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica. Hay que plantear que es lo que se pretende con la utilización de la expresión «documento equivalente». El documento de instrucciones previas, según la legislación 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) regula los requisitos específicos y delega su forma a lo establecido en las legislaciones autonómicas al respecto. Por eso, lo idóneo y lo que exige la seguridad jurídica es hablar de

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 154

«documentos de instrucciones previas», que es como se denomina en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre), pero no introducir un concepto jurídico indeterminado como es «documento equivalente».

ENMIENDA NÚM. 243

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 6.4

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 6.4, que queda redactado en los siguientes términos:

«4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico o médica responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, **con un vínculo familiar o afectivo con el paciente**, acompañándolo del documento de instrucciones previas ~~o documento equivalente~~ suscrito previamente por el o la paciente. **En el supuesto de que dicho documento conste previamente en la historia clínica compartida, o herramienta análoga, el médico o la médica responsable podrá dar la solicitud por presentada.**»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica, en consonancia con nuestra enmienda 10.

ENMIENDA NÚM. 244

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 7.2

De modificación.

Se propone modificar el punto 2 del artículo 7, que queda redactado en los siguientes términos:

«2. Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de ~~cinco~~ **quince** días hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.»

JUSTIFICACIÓN

Esta enmienda tiene por objeto afianzar de las garantías de acceso, ampliando el plazo para la interposición de la reclamación ante la Comisión.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 155

ENMIENDA NÚM. 245

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 8.4

De supresión.

Se propone la modificación del artículo 8.4, que queda redactado en los siguientes términos:

«4. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico o la médica responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda a morir, lo pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control ~~competente al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.»~~

JUSTIFICACIÓN

Evitar trabas burocráticas que dificulten el proceso de acceso. Ninguna otra ley de eutanasia impone dichos controles previos. En consonancia con nuestras enmiendas relativas al control previo por parte de la Comisión.

ENMIENDA NÚM. 246

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 10

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 10.1, que queda redactado en los siguientes términos:

«1. ~~Una vez recibida la comunicación médica a que se refiere el artículo 8.4, párrafo primero, el presidente o la presidenta de la Comisión de Evaluación y Control designará en los dos días siguientes a dos miembros de la misma, para que, con carácter previo al pronunciamiento definitivo posterior del órgano colegiado, compruebe si, a su juicio, concurren requisitos y condiciones establecidas para el corriente ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.~~

El control previo de la Comisión de control y evaluación solo podrá tener lugar en los supuestos de menores de edad no emancipados y pacientes con diagnóstico médico referente a enfermedades de salud mental.»

JUSTIFICACIÓN

Para evitar trabas burocráticas que dificulten el proceso de acceso a la prestación es importante circunscribir la necesidad de las resoluciones de las comisiones de evaluación y control únicamente a los casos de menores de edad no emancipados y pacientes con diagnóstico médico referente a enfermedades de salud mental y no así al resto de solicitantes. En ninguna otra ley de eutanasia existente se impone dichos controles previos generales.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 156

ENMIENDA NÚM. 247

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 10.2

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 10.2, que queda redactado en los siguientes términos:

~~«2.—Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actuó bajo la dirección de este o esta, así con la persona solicitante.~~

El control previo a que se refiere el apartado anterior deberá resolverse en un plazo máximo de 7 días naturales.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 248

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 10

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 10.3, que queda redactado en los siguientes términos:

~~«3.—En el plazo máximo de siete días naturales, una vez evaluado el cumplimiento de lo previsto en esta ley los miembros designados elevarán a la Comisión una propuesta para la aprobación o, en su caso, denegación de solicitud de prestación de ayuda a morir. El contenido de la citada propuesta no vinculará el sentido de la resolución definitiva de la Comisión.~~

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, desarrollarán la normativa correspondiente a dicho control previo.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 249

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 10.4

De supresión.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 157

Se propone la supresión del artículo 10.4, en los siguientes términos:

~~«4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo más breve posible, en el conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.»~~

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica, en consonancia con las enmiendas relativas al mismo artículo.

ENMIENDA NÚM. 250

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 10

De adición.

Se propone la adición de un nuevo punto XX al artículo 10, en los siguientes términos:

«XX. Transcurrido el plazo de 15 días naturales desde que el médico responsable ponga en conocimiento de la Comisión la solicitud de prestación de ayuda para morir, en ausencia de resolución por parte de ésta, deberá entenderse que la solicitud ha sido aceptada.»

JUSTIFICACIÓN

El redactado actual de la proposición de Ley no regula el significado del silencio administrativo en este estadio del procedimiento. Proponemos que transcurrido el plazo de 15 días naturales sin recibir respuesta, el paciente deba entender que su solicitud ha sido aceptada.

ENMIENDA NÚM. 251

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 11.1

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 11.1, que queda redactado en los siguientes términos:

~~«1. Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente,~~ la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios. En el caso de que el o la paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica, en consonancia con nuestras enmiendas relativas a las funciones de la Comisión.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 158

ENMIENDA NÚM. 252

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 12

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 12, que queda redactado en los siguientes términos:

«Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico o la médica responsable deberá remitir a la Comisión de Control y Evaluación de su comunidad autónoma o ciudad autónoma ~~los siguientes dos~~ **la documentación** ~~documentos separados e~~, **identificada** ~~os~~ con un número de registro, en la que se recojan los datos identificativos del solicitante de la prestación y del personal sanitario, los datos recogidos en la historia clínica compartida, el cumplimiento de los preceptos contemplados en esta ley, y los demás datos que la normativa autonómica considere oportunos.

~~a) El primer documento, sellado por el médico o la médica responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:~~

~~i) Nombre completo de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera:~~

~~ii) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico o médica responsable:~~

~~iii) Nombre completo, dirección número de identificación profesional del médico o médica consultor cuya opinión se ha recabado:~~

~~iv) Si la persona disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un o una representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombro completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del o la incapacitada de hecho:~~

~~b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos: i) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.~~

~~ii) Fecha y lugar de la muerte.~~

~~iii) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.~~

~~iv) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante):~~

~~v) Naturaleza del sufrimiento continuó o insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.~~

~~vi) Información sobre voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición así como sobre la ausencia de presión externa:~~

~~vii) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente una copia del mismo:~~

~~viii) Procedimiento seguido por el médico o la médica responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.~~

~~ix) Capacitación de las y los médicos consultores y fechas de las, consultas.»~~

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica. Se propone un redactado más amplio para permitir un adecuado desarrollo normativo por parte de las Comunidades Autónomas, de conformidad con el reparto competencial.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 159

ENMIENDA NÚM. 253

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 14.2

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 14.2, que queda redactado en los siguientes términos:

«2. La ayuda para morir se realizará en centros sanitarios y **socio-sanitarios** públicos, ~~privados~~, o concertados, **y en el domicilio del paciente**, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.»

JUSTIFICACIÓN

Se considera de suma importancia que el entorno en el que se practique la prestación de ayuda para morir se ajuste al máximo, en la medida de lo posible, a las preferencias del paciente. Por ello es importante incluir su domicilio como posible lugar de realización de la prestación.

Esta enmienda también persigue establecer la obligación legal de prestación directa de la prestación de la ayuda para morir por la sanidad pública, con exclusión de cualquier otra modalidad de gestión u oferta de servicios privados. Con ello se pretende evitar lo que podríamos denominar «la privatización de la muerte».

ENMIENDA NÚM. 254

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 16.2

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 16.2, que queda redactado en los siguientes términos:

«2. Las administraciones sanitarias crearán un Registro **propio** de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica. Se añade el inciso «propio» para permitir un adecuado desarrollo normativo por parte de las Comunidades Autónomas, de conformidad con el reparto competencial.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 160

ENMIENDA NÚM. 255

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 17.2

De modificación.

Se propone la modificación del artículo 17.2, que queda redactado en los siguientes términos:

«2. Dichas comisiones, ~~que tendrán la naturaleza de órgano administrativo,~~ serán creadas y nombradas por acuerdo de los respectivos **gobiernos Parlamentos o Asambleas** autonómicos/as, y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, en los que se determinará su régimen jurídico.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 256

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 17.4

De supresión.

Se propone la supresión del punto 4 del artículo 17, en los siguientes términos:

«4. ~~Cada Comisión de Control y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por órgano competente de la administración autonómica. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, la citada autorización corresponderá al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.»~~

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 257

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 18

De modificación.

Se propone la modificación del apartado a) del artículo 18, que queda redactado en los siguientes términos:

«a) Resolver en el plazo máximo de **veinte cinco** días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 161

prestación de ayuda para morir, **así como dirimir los conflictos de intereses que puedan suscitarse en el marco del procedimiento.**

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de ~~siete~~ **tres** días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender ~~denegada~~ su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.»

JUSTIFICACIÓN

Esta enmienda tiene por objeto reducir los plazos para agilizar el procedimiento e incluir una referencia al «conflicto de intereses», elemento cuya ausencia de regulación por la presente proposición de Ley podría ser problemático.

ENMIENDA NÚM. 258

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 18

De modificación.

Se propone la modificación del apartado a) del artículo 18, que queda redactado en los siguientes términos:

«a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender ~~denegada~~ **aceptada** su solicitud de prestación de ayuda para morir, ~~quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.»~~

JUSTIFICACIÓN

Esta enmienda tiene por objeto establecer la aceptación de la solicitud como consecuencia jurídica del silencio administrativo, hecho que redundará en el beneficio del paciente al actuar como elemento de prevención ante la inactividad de la Comisión.

ENMIENDA NÚM. 259

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 18

De supresión.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 162

Se propone la supresión de los apartados b) a e) del artículo 18, en los siguientes términos:

~~b) Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos y requisitos previstos en la ley. Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero. Si tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Control y Evaluación se considera afectada, este o esta podrá retirarse voluntariamente o ser recusado o recusada. Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico o médica responsable la información recogida en la historia clínica del o la paciente que tenga relación con realización de la prestación de ayuda para morir. En el caso de que dos tercios o más de los miembros de la Comisión de Control y Evaluación consideren que no se han cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en esta ley, deberá comunicárselo a la dirección del centro sanitario para que se proceda a la apertura de una investigación. El centro sanitario deberá poner en adoptar las medidas necesarias para asegurar la correcta aplicación de la ley.~~

~~e) Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en la ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos.~~

~~d) Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto.~~

~~e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto.»~~

JUSTIFICACIÓN

Se propone la supresión de un listado pormenorizado de las funciones de la Comisión para permitir un adecuado desarrollo normativo por parte de las Comunidades Autónomas, de conformidad con el reparto competencial.

ENMIENDA NÚM. 260

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

Al artículo 18

De modificación.

Se propone la modificación del apartado del artículo 18, que queda redactado en los siguientes términos:

«f) Aquellas otras que puedan atribuirles los **Gobiernos Parlamentos o Asambleas** autonómicos/as, así como, en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 163

ENMIENDA NÚM. 261

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

A la disposición transitoria única

De modificación.

Se propone la modificación de la Disposición transitoria única, que queda redactado en los siguientes términos:

«En tanto no dispongan de su propia **normativa** ~~reglamento de orden interno~~, el funcionamiento de las Comisiones de Control y Evaluación se ajustará a las reglas establecidas en la sección 3.a, del capítulo II, del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

ENMIENDA NÚM. 262

FIRMANTES:

Grupo Parlamentario Republicano

A la disposición final primera

De modificación.

Se propone la modificación de la Disposición Final Primera, que queda redactado en los siguientes términos:

Se modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

«4. No será punible la conducta del ~~médico o médica~~ personal sanitario que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria.»

JUSTIFICACIÓN

Necesidad de amparar la actuación del personal sanitario diferente al médico que pueda igualmente cooperar o causar la muerte de una persona en los casos cubiertos por la presente Ley.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 164

ÍNDICE DE ENMIENDAS AL ARTICULADO

A la generalidad del Proyecto de Ley

- Enmienda núm. 83, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).

A la rúbrica

- Enmienda núm. 82, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 113, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 198, del G.P. Popular en el Congreso.

Exposición de motivos

- Enmienda núm. 199, del G.P. Popular en el Congreso, (supresión).
- Enmienda núm. 3, del G.P. EH Bildu, apartado I.
- Enmienda núm. 58, del G.P. Plural, apartado I.
- Enmienda núm. 59, del G.P. Plural, apartado I.
- Enmienda núm. 168, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, apartado II.

Capítulo I

- Enmienda núm. 114, del G.P. Ciudadanos, a la rúbrica.

Artículo 1

- Enmienda núm. 84, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 115, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 169, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 200, del G.P. Popular en el Congreso.

Artículo 2

- Enmienda núm. 4, del G.P. EH Bildu.
- Enmienda núm. 60, del G.P. Plural.
- Enmienda núm. 85, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 201, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 232, del G.P. Republicano.

Artículo 3

- Enmienda núm. 117, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 170, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 202, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 5, del G.P. EH Bildu, apartado a) (supresión).
- Enmienda núm. 31, del G.P. Plural, apartado a) (supresión).
- Enmienda núm. 233, del G.P. Republicano, apartado a) (supresión).
- Enmienda núm. 6, del G.P. EH Bildu, apartado b).
- Enmienda núm. 32, del G.P. Plural, apartado b).
- Enmienda núm. 234, del G.P. Republicano, apartado b).
- Enmienda núm. 7, del G.P. EH Bildu, apartado c).
- Enmienda núm. 33, del G.P. Plural, apartado c).
- Enmienda núm. 235, del G.P. Republicano, apartado c).
- Enmienda núm. 34, del G.P. Plural, apartado f).
- Enmienda núm. 8, del G.P. EH Bildu, apartado g).
- Enmienda núm. 35, del G.P. Plural, apartado g).
- Enmienda núm. 36, del G.P. Plural, apartado g).

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 165

- Enmienda núm. 61, del G.P. Plural, apartado g).
- Enmienda núm. 87, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado g).
- Enmienda núm. 189, del G.P. Plural, apartado g).
- Enmienda núm. 236, del G.P. Republicano, apartado g).
- Enmienda núm. 9, del G.P. EH Bildu, apartado h).
- Enmienda núm. 86, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado h).
- Enmienda núm. 237, del G.P. Republicano, apartado h).

Capítulo II

- Enmienda núm. 140, del G.P. Ciudadanos, a la rúbrica.
- Enmienda núm. 203, del G.P. Popular en el Congreso, a la rúbrica.

Artículo 4

- Enmienda núm. 204, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 10, del G.P. EH Bildu, a la rúbrica.
- Enmienda núm. 62, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 88, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 2.
- Enmienda núm. 141, del G.P. Ciudadanos, apartado 2.
- Enmienda núm. 171, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, apartado 2 y apartado nuevo.

Artículo 5

- Enmienda núm. 142, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 172, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 205, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 11, del G.P. EH Bildu, apartado 1, letra a).
- Enmienda núm. 37, del G.P. Plural, apartado 1, letra a).
- Enmienda núm. 89, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 1, letra a).
- Enmienda núm. 190, del G.P. Plural, apartado 1, letra a).
- Enmienda núm. 238, del G.P. Republicano, apartado 1, letra a).
- Enmienda núm. 239, del G.P. Republicano, apartado 1, letra a).
- Enmienda núm. 12, del G.P. EH Bildu, apartado 1, letra b).
- Enmienda núm. 38, del G.P. Plural, apartado 1, letra b).
- Enmienda núm. 64, del G.P. Plural, apartado 1, letra b).
- Enmienda núm. 90, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 1, letra b).
- Enmienda núm. 240, del G.P. Republicano, apartado 1, letra b).
- Enmienda núm. 39, del G.P. Plural, apartado 1, letra c).
- Enmienda núm. 13, del G.P. EH Bildu, apartado 1, letra d).
- Enmienda núm. 40, del G.P. Plural, apartado a, letra d).
- Enmienda núm. 241, del G.P. Republicano, apartado 1, letra d).
- Enmienda núm. 14 del G.P. EH Bildu apartado 1, letra e).
- Enmienda núm. 41, del G.P. Plural, apartado 1, letra e).
- Enmienda núm. 91, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 1, letra e).
- Enmienda núm. 63, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 92, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 2.
- Enmienda núm. 242, del G.P. Republicano, apartado 2.

Artículo 6

- Enmienda núm. 206, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 143, del G.P. Ciudadanos, apartado 1.
- Enmienda núm. 173, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, apartados 1 y 4.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 166

- Enmienda núm. 42, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 65, del G.P. Plural, apartado 4.
- Enmienda núm. 243, del G.P. Republicano, apartado 4.
- Enmienda núm. 43, del G.P. Plural, apartado nuevo.

Artículo 7

- Enmienda núm. 144, del G.P. Ciudadanos, (supresión).
- Enmienda núm. 174, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 207, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 44, del G.P. Plural, apartado 1.
- Enmienda núm. 15, del G.P. EH Bildu, apartado 2.
- Enmienda núm. 45, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 66, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 93, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 2.
- Enmienda núm. 244, del G.P. Republicano, apartado 2.
- Enmienda núm. 191, del G.P. Plural, apartados 2 y 3.
- Enmienda núm. 16, del G.P. EH Bildu, apartado 3.
- Enmienda núm. 46, del G.P. Plural, apartado 3.

Capítulo III

- Enmienda núm. 145, del G.P. Ciudadanos, a la rúbrica.
- Enmienda núm. 209, del G.P. Popular en el Congreso, a la rúbrica.

Artículo 8

- Enmienda núm. 146, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 210, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 17, del G.P. EH Bildu, a la rúbrica.
- Enmienda núm. 67, del G.P. Plural, a la rúbrica.
- Enmienda núm. 175, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, apartados 1, 2 y 4.
- Enmienda núm. 18, del G.P. EH Bildu, apartado 2.
- Enmienda núm. 94, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 2.
- Enmienda núm. 19, del G.P. EH Bildu, apartado 3 (supresión).
- Enmienda núm. 47, del G.P. Plural, apartado 3 (supresión).
- Enmienda núm. 68, del G.P. Plural, apartado 3.
- Enmienda núm. 95, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 3.
- Enmienda núm. 192, del G.P. Plural, apartado 3.
- Enmienda núm. 48, del G.P. Plural, apartado 4.
- Enmienda núm. 69, del G.P. Plural, apartado 4.
- Enmienda núm. 96, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 4.
- Enmienda núm. 245, del G.P. Republicano, apartado 4.

Artículo 9

- Enmienda núm. 20, del G.P. EH Bildu.
- Enmienda núm. 147, del G.P. Ciudadanos, (supresión)
- Enmienda núm. 211, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 176, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, a la rúbrica.

Artículo 10

- Enmienda núm. 21, del G.P. EH Bildu, (supresión).
- Enmienda núm. 148, del G.P. Ciudadanos, (supresión).

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 167

- Enmienda núm. 177, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 212, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 246, del G.P. Republicano, apartado 1.
- Enmienda núm. 22, del G.P. EH Bildu, apartado 2.
- Enmienda núm. 49, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 70, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 247, del G.P. Republicano, apartado 2.
- Enmienda núm. 193, del G.P. Plural, apartados 2, 4 y apartado nuevo.
- Enmienda núm. 97, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 3.
- Enmienda núm. 248, del G.P. Republicano, apartado 3.
- Enmienda núm. 23, del G.P. EH Bildu, apartado 4.
- Enmienda núm. 50, del G.P. Plural, apartado 4.
- Enmienda núm. 71, del G.P. Plural, apartado 4.
- Enmienda núm. 98, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 4.
- Enmienda núm. 249, del G.P. Republicano, apartado 4 (supresión).
- Enmienda núm. 72, del G.P. Plural, apartado 5.
- Enmienda núm. 99, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 5.
- Enmienda núm. 24, del G.P. EH Bildu, apartado nuevo.
- Enmienda núm. 51, del G.P. Plural, apartado nuevo.
- Enmienda núm. 250, del G.P. Republicano, apartado nuevo.

Artículo 11

- Enmienda núm. 149, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 213, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 100, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), a la rúbrica.
- Enmienda núm. 52, del G.P. Plural, apartado 1.
- Enmienda núm. 73, del G.P. Plural, apartado 1.
- Enmienda núm. 101, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartados 1 y 2.
- Enmienda núm. 178, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, apartado 1.
- Enmienda núm. 194, del G.P. Plural, apartado 1.
- Enmienda núm. 251, del G.P. Republicano, apartado 1.

Artículo 12

- Enmienda núm. 150, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 179, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 214, del G.P. Popular en el Congreso, (supresión).
- Enmienda núm. 252, del G.P. Republicano.

Capítulo IV

- Enmienda núm. 151, del G.P. Ciudadanos, a la rúbrica.
- Enmienda núm. 215, del G.P. Popular en el Congreso, a la rúbrica.

Artículo 13

- Enmienda núm. 216, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 25, del G.P. EH Bildu, apartado 1.
- Enmienda núm. 53, del G.P. Plural, apartado 1.
- Enmienda núm. 102, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 1.
- Enmienda núm. 152, del G.P. Ciudadanos, apartado 1.
- Enmienda núm. 74, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 75, del G.P. Plural, apartado nuevo.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 168

Artículo 14

- Enmienda núm. 180, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 217, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 103, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 1.
- Enmienda núm. 26, del G.P. EH Bildu, apartado 2.
- Enmienda núm. 54, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 76, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 104, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 2.
- Enmienda núm. 153, del G.P. Ciudadanos, a la rúbrica y apartado 2.
- Enmienda núm. 195, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 196, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 253, del G.P. Republicano, apartado 2.

Artículo 15

- Enmienda núm. 218, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 105, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 1.

Artículo 16

- Enmienda núm. 55, del G.P. Plural, (supresión).
- Enmienda núm. 219, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 106, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), a la rúbrica.
- Enmienda núm. 27, del G.P. EH Bildu, apartado 1.
- Enmienda núm. 107, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 1.
- Enmienda núm. 78, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 108, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado 2.
- Enmienda núm. 254, del G.P. Republicano, apartado 2.
- Enmienda núm. 109, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), apartado nuevo.

Capítulo V

- Enmienda núm. 154, del G.P. Ciudadanos, a la rúbrica.
- Enmienda núm. 220, del G.P. Popular en el Congreso, a la rúbrica.

Artículo 17

- Enmienda núm. 181, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 221, del G.P. Popular en el Congreso, (supresión).
- Enmienda núm. 197, del G.P. Plural, apartado 2.
- Enmienda núm. 255, del G.P. Republicano, apartado 2.
- Enmienda núm. 256, del G.P. Republicano, apartado 4 (supresión).

Artículo 18

- Enmienda núm. 222, del G.P. Popular en el Congreso, (supresión).
- Enmienda núm. 28, del G.P. EH Bildu, letra a).
- Enmienda núm. 56, del G.P. Plural, letra a).
- Enmienda núm. 257, del G.P. Republicano, letra a).
- Enmienda núm. 258, del G.P. Republicano, letra a).
- Enmienda núm. 110, del G.P. Vasco (EAJ-PNV), letras a) y b).
- Enmienda núm. 80, del G.P. Plural, letra e).
- Enmienda núm. 182, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, letras a), b), e) y f).
- Enmienda núm. 259, del G.P. Republicano, letras b), c), d) y e) (supresión).
- Enmienda núm. 260, del G.P. Republicano, letra f).

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 169

Artículo 19

- Enmienda núm. 223, del G.P. Popular en el Congreso, (supresión).

Artículos nuevos

- Enmienda núm. 77, del G.P. Plural.
- Enmienda núm. 79, del G.P. Plural.
- Enmienda núm. 116, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 120, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 121, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 122, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 123, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 124, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 125, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 126, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 128, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 129, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 130, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 131, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 132, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 133, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 134, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 135, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 136, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 137, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 138, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 155, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 156, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 157, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 208, del G.P. Popular en el Congreso.

Títulos nuevos

- Enmienda núm. 118, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 139, del G.P. Ciudadanos.

Capítulos nuevos

- Enmienda núm. 119, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 127, del G.P. Ciudadanos.

Disposición adicional primera

- Enmienda núm. 81, del G.P. Plural.
- Enmienda núm. 111, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 224, del G.P. Popular en el Congreso, (supresión).

Disposición adicional segunda

- Enmienda núm. 225, del G.P. Popular en el Congreso.

Disposiciones adicionales nuevas

- Enmienda núm. 158, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 159, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 160, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 161, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 162, del G.P. Ciudadanos.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-4

4 de noviembre de 2020

Pág. 170

- Enmienda núm. 163, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 183, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 184, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 185, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 226, del G.P. Popular en el Congreso.

Disposición transitoria única

- Enmienda núm. 227, del G.P. Popular en el Congreso.
- Enmienda núm. 261, del G.P. Republicano.

Disposiciones transitorias nuevas

- Enmienda núm. 164, del G.P. Ciudadanos.

Disposición derogatoria única

- Enmienda núm. 228, del G.P. Popular en el Congreso.

Disposición final primera

- Enmienda núm. 29, del G.P. EH Bildu.
- Enmienda núm. 57, del G.P. Plural.
- Enmienda núm. 112, del G.P. Vasco (EAJ-PNV).
- Enmienda núm. 165, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 186, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 229, del G.P. Popular en el Congreso, (supresión).
- Enmienda núm. 262, del G.P. Republicano.

Disposición final segunda

- Enmienda núm. 167, del G.P. Ciudadanos.
- Enmienda núm. 187, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

Disposición final tercera

- Enmienda núm. 188, del G.P. Socialista y del G.P. Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.
- Enmienda núm. 230, del G.P. Popular en el Congreso, (supresión).

Disposición final cuarta

- Enmienda núm. 231, del G.P. Popular en el Congreso.

Disposiciones finales nuevas.

- Enmienda núm. 30, del G.P. EH Bildu.
- Enmienda núm. 166, del G.P. Ciudadanos.

cve: BOCG-14-B-46-4