

Prestación de ayuda para morir - Memoria 2021

Comisión de Garantía y Evaluación
Comunidad Autónoma de Aragón

Contenido

Introducción	3
Normativa y constitución de la Comisión de Garantía y Evaluación	4
Funcionamiento de la Comisión de Garantía y Evaluación.....	5
Composición:	5
Funcionamiento y reuniones:.....	6
Cuestiones pendientes:	6
Solicitudes presentadas hasta 31 de enero de 2022: Problemas de implantación de los procedimientos.....	8
Solicitudes presentadas:	8
Previsiones realizadas antes de la entrada en vigor de la ley:.....	10
Otros problemas percibidos tras la entrada en vigor de la LORE:.....	13
Consecuencias de los problemas analizados:	14
Propuestas de mejora	16

INTRODUCCIÓN

El 25 de marzo de 2021 aparecía publicada en el Boletín Oficial del Estado la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, con una de sus disposiciones finales que preveía su entrada en vigor a los tres meses de su publicación. Salvo lo previsto en su artículo 17, que entraba en vigor al día siguiente de su publicación. Dicho artículo dispone la creación de una Comisión de Garantía y Evaluación de la Prestación de ayuda para morir en cada una de las comunidades autónomas del Estado, que debía de estar constituida y en funcionamiento en el momento de entrada en vigor del conjunto de la ley, al ser un elemento esencial en el procedimiento de solicitud de la nueva prestación

Además de las competencias principales de la Comisión en los procedimientos administrativos previstos en la ley, verificación previa, resolución de reclamaciones y verificación posterior de cada caso, en el artículo 18 de la ley se le otorgan también las competencias de resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto, y la de 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 al órgano competente en materia de salud.

Esta memoria es la que refleja la actividad y estado de situación de la eutanasia en Aragón para el año 2021, aunque se realizarán algunas referencias también a actuaciones de la Comisión en los primeros meses del 2022 para mayor claridad. Se redacta con el ánimo de cumplir la obligación de redactar un informe anual de evaluación a la vista de la información disponible. Incluirá, por lo tanto, las recomendaciones que los miembros de la Comisión elevan colegiadamente a las autoridades sanitarias para una mejor gestión futura de la prestación de ayuda para morir.

NORMATIVA Y CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Con la entrada en vigor del artículo 17 de la LORE al día siguiente a su publicación en el Boletín Oficial del Estado, el 25 de marzo de 2022, los gobiernos de las comunidades autónomas quedan habilitados para tomar las medidas normativas y reglamentarias oportunas para la gestión efectiva del derecho a la eutanasia y solicitud de la prestación de ayuda para morir en el momento de la entrada en vigor de la ley el 25 de junio de ese mismo año.

Se constituye con fecha 14 de abril de 2022 en la Dirección General de Transformación digital, Innovación y Derechos de los usuarios un grupo de trabajo técnico para preparar la entrada en vigor de la ley y, de acuerdo con la Secretaría General Técnica del Departamento de Sanidad, la Consejera de Sanidad firma el 27 de abril la orden de iniciar los procedimientos para elaborar un decreto que regule el funcionamiento funcionamiento de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como la creación del Registro de Profesionales sanitarios objetores a la eutanasia de Aragón, y se encomienda a esa dirección general para su redacción.

Dado que los plazos necesarios para la elaboración de un decreto de estas características se prolongarán en el tiempo más allá del 25 de junio, fecha de entrada en vigor de la ley, se acuerda la redacción de una orden de la Consejera de Sanidad que regule provisionalmente la constitución y el funcionamiento de la Comisión de Garantía y Evaluación. De este modo, con los contenidos esenciales extraídos del anteproyecto de decreto en redacción, se publica en el Boletín Oficial de Aragón la ORDEN SAN/671/2021, de 7 de junio, por la que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación del Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir de la Comunidad Autónoma de Aragón, con fecha de 16 de junio de 2021.

La Comisión de Garantía y Evaluación se constituye el 21 de junio, cuatro días antes de la entrada en vigor de la ley. El decreto que regulará definitivamente el

funcionamiento y composición de la Comisión, así como el registro de objeción de conciencia, no se ha aprobado a la hora de elaborar esta memoria-informe.

FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Composición:

La Comisión de Garantía y Evaluación de la Prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Aragón se constituyó, como ya se ha indicado en el punto anterior, el 21 de junio de 2021. Su composición inicial era la siguiente, con nombramiento formal por la Consejera de Sanidad fue:

- Presidenta, y vicepresidentes, titular y suplente, de la Comisión, a propuesta del Director General de Transformación digital, Innovación y Derechos de los usuarios.
- Tres vocales titulares y tres vocales suplentes, profesionales de la medicina, a propuesta del Gerente del Servicio Aragonés de Salud.
- Tres vocales titulares y un vocal suplente, profesionales jurídicos, a propuesta del Secretario General Técnico del Departamento de Sanidad.
- Una vocal titular y una vocal suplente, profesionales de la enfermería, a propuesta del Gerente del Servicio Aragonés de Salud.
- Un secretario titular y una secretaria suplente, con voz pero sin voto, a propuesta del Director General de Transformación digital, Innovación y Derechos de los usuarios.

En los meses siguientes, cesaron de sus puestos en la misma por diversos motivos justificados la presidenta y una vocal suplentes, profesional de la medicina. En la medida que el proyecto actual del futuro decreto regulador de la Comisión, tras pasar por las fases de participación e información a distintos organismos y al público, prevé una composición con diferencias con la actual, por el momento ejerce de presidente en funciones el vicepresidente titular, y queda por cubrir las vocalías suplentes hasta un número igual al de las vocalías titulares.

Funcionamiento y reuniones:

Además de la reunión constituyente el 21 de junio de 2021, la Comisión de Garantía y Evaluación se ha reunido en pleno en las siguientes ocasiones y con los siguientes temas:

14 de julio de 2021	Principios de funcionamiento de la comisión.
19 de octubre de 2021	Informe contradictorio de una verificación previa.
20 de diciembre de 2021	Resolver reclamación de denegación y admisión a trámite de una solicitud de informe sobre objeción de conciencia del Departamento de Sanidad.
13 de enero de 2022	Debate del informe sobre objeción de conciencia; versión final aprobada tras procedimiento de consenso a través del correo electrónico, con firma del presidente en funciones el 25 de febrero de 2022.

Además de las cinco reuniones mencionadas, en tres ocasiones se ha constituido una dupla de vocal médico y vocal jurídico para verificación previa de una solicitud de prestación de ayuda para morir elevada por el médico responsable de cada caso. Una de las verificaciones previas resultó en informes contradictorios, que se dirimió como se observará en la reunión del pleno de 19 de octubre de 2021. Las otras dos duplas fueron concordantes y emitieron informe conjunto favorable a la prestación de ayuda para morir con fechas 7 de diciembre de 2021 y 21 de enero de 2022.

Cuestiones pendientes:

Hasta el momento, el funcionamiento de la Comisión de Garantía y Evaluación se puede calificar como normal, ajustado a la normativa que la regula. Los procedimientos de verificación previa, con o sin informe contradictorio, se han llevado a cabo con respeto a los plazos previstos y según los procedimientos adecuados.

No obstante, existe margen para la mejora, que pasamos a exponer:

1. Hasta el momento la Comisión ha funcionado sin un reglamento de funcionamiento interno propio, según la normativa general aplicable a los órganos administrativos colegiados de las administraciones públicas. El estado actual del proyecto de decreto regulador definitivo ha introducido cambios que pueden llevar a que un reglamento, en caso de ser aprobado fiel a la orden que regula actualmente la Comisión, perdiera su validez y precisara una nueva redacción con la aprobación de decreto definitivo. Por el momento, se van recogiendo sugerencias de funcionamiento conforme la Comisión adquiere experiencia, que pueden ser incorporadas a un reglamento de funcionamiento interno posterior. No obstante, se está avanzando en un borrador del mismo para tenerlo dispuesto con agilidad en el momento adecuado.
2. Con posterioridad a la constitución de la Comisión, se ha apreciado que el número de vocales de la misma puede ser algo limitado, en función de cómo avance la demanda de solicitudes. Más adelante se comentará cómo está siendo la presentación de solicitudes de eutanasia, y la peripecia de su tramitación; la mayor parte de ellas no están llegando a la fase de verificación previa por distintos motivos. Y sólo uno de los pacientes a los que se ha denegado la prestación de ayuda para morir ha presentado reclamación ante la Comisión.
3. Se apreció en la Comisión, especialmente para la resolución de reclamaciones, la necesidad de tener previsto un ponente del caso que exponga y explique la situación, independientemente de que se haya distribuido previamente la documentación del caso. Está pendiente hacer un análisis de los procedimientos de la Comisión para analizar las fuentes de ineficiencia y modificarlos para una mayor agilidad y menor consumo de recursos, tiempo de dedicación personal a la Comisión principalmente, en la medida de lo posible.
4. El análisis de los casos para las verificaciones previas, las reclamaciones, o la elaboración de documentos para realización de informes o dictámenes

en virtud de la función consultiva de la Comisión, llevan tiempo, como se ha indicado en el punto anterior. En ocasiones es un tiempo importante, que la mayoría de los miembros dedican además del que dedican a sus actividades profesionales habituales.

Con la norma actual, la participación en la Comisión no es retribuida, salvo en lo que corresponde a dietas de desplazamientos. Se ha solicitado que se reconsidere esta condición en la normativa definitiva.

SOLICITUDES PRESENTADAS HASTA 31 DE ENERO DE 2022:

PROBLEMAS DE IMPLANTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

Solicitudes presentadas:

Los datos que se presentan son sobre aquellas solicitudes de las que ha habido algún tipo de constancia documental en la secretaría de la Comisión de Garantía y Evaluación hasta el 31 de diciembre de 2021.

En total son 10 solicitudes, que se distribuyen por sectores del Servicio Aragonés de Salud de la siguiente forma.

- Sector Huesca: 1 solicitud.
- Sector Zaragoza I: 1 solicitud.
- Sector Zaragoza II: 7 solicitudes.
- Solicitud anómala: 1 solicitud.

De las diez solicitudes:

- Tres han recibido verificación previa positiva.
 - Una falleció por la prestación de ayuda para morir, tras una verificación previa positiva.
Patología determinante: insuficiencia respiratoria crónica avanzada.
 - Una persona falleció por su propia enfermedad, el mismo día en que la Comisión hacía un informe de verificación previa positivo.
Patología determinante: proceso oncológico terminal.
-

- Una persona ha planificado recibir la prestación de ayuda para morir en un momento adecuado en primavera, de acuerdo con su medio familiar, tras una verificación previa positiva.
Patología determinante: Enfermedad crónica degenerativa del sistema nervioso central
 - Tres han fallecido antes de llegar a la verificación previa.
 - Una persona falleció por autolisis.
Patología determinante: síndrome de inmovilidad con dolor articular intenso, aunque no llegó su expediente completo a la secretaría de la Comisión y no se puede precisar con exactitud.
 - Dos personas fallecieron como consecuencia de su propia enfermedad.
Patología determinante: proceso oncológico terminal.
 - Dos fueron desestimadas por informe desfavorable del médico responsable.
 - Una persona presentó reclamación, desestimada pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación.
Patología determinante: Aducía un fracaso multiorgánico que no se objetivaba en sus antecedentes clínicos ni en su enfermedad actual.
 - Una persona no ha presentado reclamación.
Patología determinante: Enfermedad cardiovascular que se considera tratable en el momento actual
 - Una fue desestimada por informe desfavorable del médico consultor.
 - El procedimiento se inició por documento de voluntades anticipadas que preveía la prestación de ayuda para morir.
Se constató que el deterioro cognitivo del paciente era leve en ese momento, y que sí deseaba la prestación, pero no en ese momento, sino con enfermedad avanzada y grave deterioro cognitivo.
Patología determinante: enfermedad crónica degenerativa de sistema nervioso central.
-

- Se recibió directamente en la secretaría de la Comisión una solicitud que se consideró anómala. El presunto solicitante fue contactado por teléfono, para aclarar la situación. Negó cualquier actuación por su parte.
Se le advirtió verbalmente de las consecuencias de realizar una falsedad documental con solicitudes no basadas en la situación real, y con un objeto aparente de algún tipo de “diversión” o “broma entre amigos”.

Previsiones realizadas antes de la entrada en vigor de la ley:

El grupo de trabajo técnico de la Dirección General de Transformación digital, Innovación y Derechos de los usuarios, con la colaboración de otros centros directivos del Departamento de Sanidad, realizó algunas previsiones para facilitar los procedimientos asociados a las solicitudes de eutanasia.

Antes de la entrada en vigor de la ley se realizaron algunas suposiciones, que en gran medida se han confirmado tras la entrada en vigor el 25 de junio de 2021.

- 1) No había una estimación fiable de cuantas solicitudes podrían presentarse en el momento de la entrada en vigor ni cuál sería el ritmo de presentación de las mismas conforme los derechos reconocidos en la LORE fuesen asentándose en la sociedad.
Con falta de datos objetivos para realizar esa estimación, las previsiones variaban mucho, por lo que no se realizó ninguna previsión oficial.
Podríamos decir, no obstante, aun en la incertidumbre que presidía los momentos previos a la entrada en vigor, que el número de solicitudes recibidas ha estado en los límites inferiores de las previsiones.
- 2) El procedimiento previsto en la ley se veía como largo y, para algunos, farragoso. Se llegó a aventurar que no se adaptaba muy bien a algunas patologías terminales con importante sufrimiento personal.
De alguna forma, con los limitados datos de los que disponemos hasta ahora, esto ha quedado confirmado. Ninguna de las tres solicitudes presentadas por patología oncológica ha llegado a la prestación efectiva de

ayuda para morir. Sólo en una de ellas el solicitante falleció cuando el procedimiento había llegado a la fase de verificación previa.

- 3) El periodo entre la promulgación de la LORE y la entrada en vigor del texto completo se preveía como muy limitado.
 - Especialmente preocupaba la imposibilidad de implantar medidas de información y formación extensas y suficientes para todos los profesionales sanitarios potencialmente implicados en los procedimientos.
 - También se percibió que el tiempo de tres meses era insuficiente para la regulación reglamentaria mediante decreto del gobierno autonómico de las dos materias previstas para ello en la LORE; la creación y la regulación de la Comisión de Garantía y Evaluación, y la creación y la regulación del registro de objetores de conciencia a la realización de la prestación.
- 4) Existía la sensación de que, a la vista de los posicionamientos previos a la promulgación de la ley de determinadas instituciones representativas de los colectivos de profesionales sanitarios, como colegios profesionales, algunas sociedades científicas y organizaciones sindicales, junto a experiencias previas, como la interrupción voluntaria del embarazo, los niveles de objeción de conciencia entre los profesionales podían ser elevados. Y estos niveles elevados de objeción de conciencia dar lugar a problemas en la gestión de los procedimientos, en los que los médicos responsables tienen mucha importancia en la deliberación con el paciente y en la información de las solicitudes antes de la verificación previa por la Comisión de Garantía y Evaluación.

La realidad ha demostrado que esto ha sido así, especialmente tras la autólisis de una de las personas solicitantes, que fue motivo de atención mediática y de una importante afluencia de objeciones de conciencia como reacción a este caso.

Se ha observado también en reuniones de la Comisión de Garantía y Evaluación que la LORE reconoce el derecho a la objeción de conciencia,

pero no se ha procedido a una regulación del derecho, que sería competencia del Estado. Sólo ha comenzado la elaboración de la regulación del registro de objeciones, que sí que es responsabilidad de las administraciones autonómicas.

Sobre estas previsiones, y con el limitado tiempo disponible, se procedió a prever algunas acciones o herramientas para facilitar la implantación de procedimientos:

- 1) Se realizaron reuniones informativas sobre los procedimientos a profesionales no implicados directamente en los procedimientos, pero sí en la información y orientación al paciente:
 - Trabajadores sociales de los servicios de salud.
 - Servicios de atención al usuario de los servicios sanitarios.
- 2) Se solicitó de la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud de personas, referentes de cada sector sanitario, que colaboraran en el diálogo y orientación a los profesionales, que controlaran las solicitudes presentadas y que canalizaran la solución a los problemas de procedimientos presentados.

Inicialmente, los perfiles de los referentes de cada sector sanitario fueron muy diverso, siendo cuadros directivos en algunos de ellos y profesionales asistenciales en otros, aunque tras un periodo de tiempo, en todos ellos son cuadros directivos.

El número de referentes por sector varía entre uno en los sectores con menor población y complejidad en la estructura de los servicios sanitarios, hasta cuatro, tanto de atención primaria como de atención especializada, para los sectores de mayor población y complejidad organizativa.

Los principales problemas que han sufrido estos referentes en sus responsabilidades vienen derivados del elevado número de objeciones de conciencia y la falta de una regulación precisa de este derecho, o de unas instrucciones claras a los profesionales del ámbito en el que se aplica el derecho. Esto provocó la solicitud de informes al Comité de Bioética de Aragón y a la Comisión de Garantía y Evaluación, como órganos

consultivos y asesores de las administraciones públicas de la Comunidad Autónoma de Aragón en los ámbitos de sus competencias.

- 3) Se elaboraron varios procedimientos técnicos sobre la implantación y ejecución de los procedimientos de la prestación de ayuda para morir, entre los cuales se incluyó también un manual de buenas prácticas elaborado por el Ministerio de Sanidad con la colaboración de los representantes de las comunidades autónomas, y aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Los documentos se pusieron a disposición de todos los profesionales del Servicio Aragonés de Salud a través de la intranet de este organismo autónomo.

No obstante, en las reuniones de la Comisión de Garantía y Evaluación se ha comentado que esta intranet no es consultada por muchos profesionales, en parte por la falta de tiempo, en parte por la falta de costumbre o necesidad por contener herramientas necesarias para el ejercicio cotidiano.

Otros problemas percibidos tras la entrada en vigor de la LORE:

Además de las consideraciones realizadas en el apartado anterior, sobre previsiones anteriores a la entrada en vigor de la LORE, se han dado otras situaciones que cabe destacar:

- 1) Los profesionales de enfermería, teniendo una participación importante en el momento de la prestación efectiva de la ayuda para morir, perciben que han sido ignorados en la mayor parte de los procedimientos que llevan a la misma. Aparte del mínimo de un vocal profesional de la enfermería en las comisiones de garantía y evaluación, la LORE realiza pocas alusiones a su papel y su opinión en el conjunto del procedimiento.
- 2) No ha existido una unidad de criterio en la implantación de los procedimientos en los distintos sectores y niveles asistenciales del Servicio Aragonés de Salud. Los referentes de sector han hecho repetidas alusiones a la falta de instrucciones claras desde los servicios centrales del SALUD o

desde los servicios de planificación del Departamento de Sanidad, que hasta el momento no se han dado.

- 3) No existe todavía un plan de formación integral y amplio para todos los profesionales sanitarios del Sistema de Salud de Aragón implicados en el procedimiento de ayuda para morir. Se han realizado o se van a realizar actividades puntuales, y alguno de los sectores sanitarios ha comenzado a realizar sesiones de concienciación e informativas en sus centros sanitarios, especialmente en atención primaria de salud.
- 4) Ocho meses después de la entrada en vigor de la LORE, once meses después de la promulgación de esta ley, diez meses después de la orden de inicio para su elaboración, el decreto final de regulación de la Comisión de Garantía y Evaluación y del registro de objetores de conciencia no está aprobado y en vigor. Lo cual genera una cierta sensación de provisionalidad en algunas situaciones.

Consecuencias de los problemas analizados:

La principal y fundamental es la dificultad que encuentran los pacientes para que se dé curso a su solicitud de prestación de ayuda para morir. Es difícil establecer generalizaciones por la reducida casuística disponible hasta el momento, que como se podrá observar en el apartado correspondiente, es muy diversa. Pero fundamentalmente se puede resumir en los siguientes puntos:

- 1) Problemas para entregar y registrar la solicitud ante un profesional sanitario. Ha habido varios casos en los que el profesional sanitario ha reusado recoger la solicitud, dificultando el ejercicio del derecho al paciente, bajo el argumento de que es objetor de conciencia, o que en ese momento se declaraba objetor de conciencia.
- 2) Salvado el momento de la entrega y registro de la solicitud, problemas para encontrar un médico que asuma la función de médico responsable, especialmente en centros con una gran proporción de profesionales objetores.

Esto ha llevado que en varios expedientes han asumido la función de médicos responsables los coordinadores de centros, jefes de servicios o directivos, que muchas veces, aun con su buena voluntad y el deseo de que los procedimientos no se interrumpen, no son los profesionales adecuados para la tarea.

Hay que observar, ante lo dicho en estos dos primeros puntos, que no ha sucedido en todos los casos, que también ha habido solicitudes que han avanzado dentro de cierta normalidad por la responsabilidad de los profesionales, incluso siendo objetores de conciencia. Como se ha dicho, son todavía pocos casos y es difícil generalizar a futuro.

- 3) La falta de formación de los profesionales en los procedimientos administrativos, y la inadecuación de la organización de la asistencia sanitaria actual a los procedimientos previstos en la LORE llevan a que la documentación generada durante la fase de deliberación e información de la prestación, anterior a la verificación previa, sea inadecuada en alguna ocasión y, con carácter más general, no ajustada a lo previsto en el texto de la LORE.

Desde la secretaría de la Comisión de Garantía y Evaluación se intenta guiar y orientar la elaboración de la documentación, siempre que es posible, pero en ocasiones es necesario pedir subsanaciones o solventar omisiones en la información.

- 4) Hay una falta de integración de los procedimientos administrativo y el continuo asistencial del paciente. El caso más manifiesto está en los pacientes oncológicos que, cuando solicitan la prestación, se encuentran en estadios de la enfermedad en que el fallecimiento está próximo, lo cual genera un estrés añadido tanto al paciente, que desea evitar el sufrimiento ya aparente, como a los profesionales.

Independientemente de las posiciones de unos, que ven los cuidados paliativos como una alternativa a la eutanasia, y otros, que ven los cuidados como una prestación a ofrecer a los pacientes cuando la necesiten, independientemente de su posición sobre la eutanasia, puede haber casos

de solicitudes que puedan deberse a una inadecuación o insuficiencia de este tipo de cuidados.

PROPUESTAS DE MEJORA

Muchos de los problemas y las áreas de mejora que se incluyen en este documento surgen de los debates internos en la Comisión de Garantía y Evaluación, bien en el estudio de las verificaciones previas o reclamaciones de las solicitudes, o como consecuencia del debate del informe sobre objeción de conciencia, quizá el problema más visible en la actualidad por sus consecuencias dentro de la tramitación de procedimientos para la prestación de ayuda para morir.

Pero también se incluyen o se trasladan observaciones realizadas en las reuniones de coordinación de los referentes de sector.

Por todo ello, se trasladan, se adaptan o se resumen en esta memoria-informe algunas de las recomendaciones que se incluyen en el informe sobre objeción de conciencia, puesto que son válidas tanto para ese problema en particular, como para la situación general de la prestación de ayuda para morir en Aragón.

1. El texto de la LORE limita la objeción a los profesionales sanitarios que participan directamente en proporcionar los medios necesarios para cualquier de las dos modalidades previstas en la LORE, no para otras fases del proceso. Es necesario trasladar a los profesionales sanitarios este hecho de forma clara, mediante las instrucciones precisas, claras y definidas, por parte de los centros directivos del Departamento de Sanidad.
 2. Los profesionales pueden ejercer su derecho de objeción de conciencia ante la prestación de ayuda para morir. Pero no pueden abandonar al paciente por ello, ni negarle el acompañamiento, el consejo y las medidas de confort y seguridad que precisen en todo momento. Esta información debe llegar también a todos los profesionales, estableciendo claramente sus obligaciones derivadas no sólo de la LORE sino de otras normas del ordenamiento jurídico relacionado con la prestación de servicios sanitarios, así como de los códigos deontológicos profesionales.
-

3. Es necesaria una formación específica sobre la LORE, a ser posible en cascada en toda la organización y que llegue a todos los profesionales médicos. Esta propuesta sería de aplicación a todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, vinculados al procedimiento de la prestación de ayuda para morir, de forma directa o indirecta.
4. Para que esta formación sea adecuada debe estar incluida y en consonancia con la formación en atención y cuidados al final de la vida, con habilidades de comunicación, planificación de los cuidados, acompañamiento a la hora de afrontar la muerte, aspectos éticos y legales, principios de cuidados paliativos y funcionamiento de equipos multidisciplinares.
5. Es necesario dotar a los profesionales que deben atender las solicitudes de eutanasia con el tiempo y los medios necesarios para el desarrollo adecuado de la fase de información y deliberación con el paciente. El ritmo de atención a los pacientes en la actualidad, el tiempo dedicado a cada uno de ellos, no son fácilmente compatibles con los plazos y exigencias establecidos en la LORE.
6. Elaboración de protocolos de actuación propios en centros hospitalarios y sectores sanitarios, adaptados a sus características específicas dada la variabilidad en su tamaño, estructura y organización, elaborados por los profesionales y para los profesionales, multidisciplinares, bajo el impulso de la dirección de los centros, e informados y asesorados por los comités de ética asistencial y por comisiones técnicas y científicas pertinentes.
7. El profesional debe disponer de herramientas en su entorno de trabajo, especialmente asociados a los sistemas de información y tecnologías de la información, integrados, que le faciliten y le guíen en el procedimiento, paso a paso, sin la necesidad de ir navegando entre aplicaciones o entre distintos repositorios de documentación e información.
Se deben adaptar las herramientas de gestión de la información, de gestión documental y de historia clínica electrónica para el registro de toda la información derivada de una solicitud de eutanasia, y que al mismo tiempo

sea eficaz como seguimiento y trazabilidad del procedimiento administrativo asociado a ella, y accesible a todos los profesionales implicados, incluidos los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación.

8. En lo que se refiere a los profesionales de enfermería, son percibidos como uno de los olvidados en el texto de la ley. Mencionados en la relación de vocales de las comisiones de garantía y evaluación, parecen no tener más papel que uno auxiliar en la aplicación de técnicas o medios en la prestación de ayuda para morir.

Las enfermeras deben participar durante todo el proceso y sus actuaciones deben quedar claramente definidas en los manuales de buenas prácticas, así como en los protocolos de actuación de centro o sector, subsanando las carencias de la LORE, sin contravenirla.

9. Es preciso seguir potenciando el papel de aquellos profesionales con capacidad para orientar a los pacientes, a ayudarles en el inicio de los procedimientos y en la interlocución con otros profesionales, como pueden ser los servicios de atención al usuario o los trabajadores sociales de los servicios sanitarios.