

## La organización de la ayuda a morir en Castilla y León. Propuestas de los grupos de trabajo en Castilla y León de la asociación federal Derecho a Morir Dignamente

De cara a la inminente aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (en adelante LORE) los grupos de trabajo de Castilla y León de la asociación federal Derecho a Morir Dignamente hemos elaborado una colección de propuestas dirigidas a los poderes políticos y organizaciones sociales de nuestro ámbito que puedan estar implicadas en el proceso de regulación normativa de la LORE en nuestra Comunidad Autónoma. Nuestra única intención es ser de utilidad en ese proceso.

La LORE establece un plazo relativamente breve para su desarrollo normativo en las Comunidades Autónomas, por lo que nos parece conveniente que se abra cuanto antes un debate centrado en las peculiaridades que tal desarrollo pueda tener en nuestro ámbito.

Dando por sentado que quienes lean de este documento conocen el contenido de la LORE, hemos tratado de ofrecer argumentaciones y propuestas concisas y escuetas. Quedamos a su disposición para facilitarles la información complementaria o las aclaraciones que precisen a través de las personas de contacto que figuran al final del documento.

A diferencia de lo legislado en otros países de nuestro entorno, la LORE establece un mecanismo de control previo de las demandas de eutanasia, al que hemos dedicado un **primer apartado de propuestas**. Tratándose de un mecanismo novedoso, nos parece que debe regularse con especial cuidado.

Por otro lado, la incorporación de la ayuda a morir a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, va a hacer necesario un importante esfuerzo organizativo, al que dedicamos el **segundo bloque de propuestas**, basadas en nuestro conocimiento del medio sanitario en nuestra comunidad y de las opciones organizativas que han utilizado otros países de nuestro entorno.

Nos ha parecido oportuno tratar en un **tercer bloque** el caso particular de las personas residentes en instituciones, un colectivo particularmente numeroso en nuestra Comunidad Autónoma.

Finalmente hemos incluido un **cuarto bloque de propuestas misceláneas**.

Estamos dispuestos a colaborar en todo lo que se considere que podemos ser de utilidad en este proceso. Sin embargo en algunos apartados hemos preferido destacar aportaciones concretas que en nuestra opinión pueden resultar de particular interés.

Las referencias al articulado de la ley se refieren al texto contenido en Boletín Oficial de las Cortes. Senado disponible [aquí](#). Se incluyen los párrafos concretos a los que nos referimos en notas al pie.

## 1.- Comisión de Garantías y Evaluación:

1.1.-Observando el debate público alrededor de la eutanasia se hace evidente que existen posturas, fundamentalmente contrarias a su regulación, defendidas desde argumentos ideológicos o, al menos, que no hacen explícitos otro tipo de argumentos. Dado el trascendente papel que la LORE atribuye a la Comisión de Garantía y Evaluación (en adelante CGE), ha de prestarse especial atención a evitar el sesgo ideológico en sus miembros: la Comisión no es un organismo que deba debatir la legitimidad de la eutanasia como derecho, y por lo tanto no tienen por qué estar representadas en ella todas las posturas actuantes en ese debate. Es un organismo técnico que tiene que dirimir si un caso concreto reúne o no las características exigidas por la ley, con el máximo rigor y la mínima invasión de la intimidad de la persona demandante, y prescindiendo por completo de las posiciones ideológicas o morales de sus miembros. Somos conscientes de la dificultad de evitar ese sesgo ideológico y también de la intensa preocupación social por esta cuestión. Por eso vemos necesario ofrecer algún tipo de garantía al respecto.

**Proponemos** que las personas designadas para la comisión firmen un documento de aceptación comprometiéndose a realizar su labor en base a lo establecido por la LORE y sin influencia de sus propios principios o ideas. Dado el mayoritario apoyo social existente, para evitar conflictos innecesarios, la Administración debe evitar el nombramiento de personas que se han manifestado públicamente en contra del derecho a la eutanasia.

1.2.-La CGE ha de tener capacidad operativa suficiente. Es difícil prever cuál vaya a ser su carga de trabajo. Nuestra organización ha realizado una estimación basada en los perfiles evolutivos de los datos facilitados por países con legislación consolidada, y para el caso de nuestra Comunidad estimamos un mínimo de 4 nuevas solicitudes semanales en los primeros años.

Por otra parte, la orientación de la verificación previa será determinante en la aplicación de la ley. De forma general, la comprobación de la CGE de que concurren los requisitos y condiciones establecidos en la ley debe ser una verificación de tipo administrativo, confirmando que los informes de dos médicos independientes están incorporados a la historia clínica, que las solicitudes han sido firmadas en tiempo y forma, que se ha recibido la información por escrito y se ha realizado el debido proceso deliberativo sobre las alternativas de tratamiento. La posibilidad de que la CGE se entreviste con los profesionales sanitarios y con la persona solicitante, debe ser algo excepcional, limitado a los casos en los que la documentación clínica no esté completa o requiera alguna aclaración por parte de los profesionales y para las reclamaciones por denegación de la prestación o dilación indebida.

**Proponemos** que se fije un número inicial de miembros que pueda asumir con holgura esa carga de trabajo sin generar demoras en las demandas, y que su composición sea abierta de manera que se pueda adaptar su tamaño a las necesidades que surjan, aumentando si fuera preciso el número de integrantes.

**Proponemos** que la CGE tenga una orientación de verificación administrativa, que contemple la entrevista con los profesionales como una excepción, y con la persona solicitante exclusivamente para resolver las reclamaciones.

1.3.-Una de las críticas que se formulan al sistema de garantías que establece la LORE es que la variabilidad en la valoración de las solicitudes entre diferentes CGE o entre miembros de

una misma, podría generar desigualdad en el acceso a la prestación dependiendo de cada evaluador e in-cluso desigualdades entre distintas comunidades autónomas. La LORE establece ciclos de evaluación anuales para las CGEs (artículos 17.5<sup>1</sup> y 18 e<sup>2</sup>). Al menos en los primeros años de aplicación, esos pla-zos nos parecen demasiado largos para describir y en su caso corregir la variabilidad a que aludimos.

**Proponemos** que se establezcan sistemáticas comunes tanto en el procedimiento de notificación de las solicitudes a la comisión correspondiente como en la evaluación que la CGE haga de cada caso, con el fin de homogeneizar al máximo el tratamiento de las solicitudes.

**Proponemos** que se establezca una monitorización exhaustiva y transparente de la actividad de las CGE dirigido a identificar variabilidad excesiva en su trabajo. Esa moni-torización debería basarse en indicadores desagregados tanto por integrante, con el enmas-caramiento que sea necesario, como por Comunidad Autónoma, y debería centralizarse en el Ministerio de Sanidad, con una periodicidad menor de un año (proponemos trimestral o como mucho semestral) y un protocolo de actuación cuando se detecte variabilidad excesiva.

1.4.-Aparte de la evaluación de su propio desempeño, las CGE tienen un gran potencial de evaluación en otras cuestiones. Nos parece de especial interés el análisis de las solicitudes denegadas por el médico o médica que las recibe. Su análisis puede aportar información sobre desigualdades en el acceso a la prestación derivadas del trabajo de los servicios sanitarios, y puede aportar claves para reconsiderar la modificación de requisitos exigidos en revisiones futuras de la Ley.

**Proponemos** que el informe anual de evaluación de la aplicación de la LORE incluya un análisis pormenorizado de las demandas de ayuda a morir denegadas, desagregado por profesional que las recibe y por comunidades autónomas, realizado por el Ministerio de Sanidad y con metodología común para todas las Comisiones.

## 2.- Aspectos organizativos:

2.1.-El procedimiento de tramitación de una demanda de ayuda a morir debe prolongarse el tiempo necesario para garantizar la estabilidad de la petición. Pero no es un tiempo de espera sino de trabajo para los agentes implicados, y deberían reducirse al mínimo los tiempos muertos de movimiento de documentación.

**Proponemos** que la comunicación entre la CGE y las personas demandantes que lo precisen o el personal médico implicado, se realice, al menos como opción, por cauces enteramente telemáticos, simples, estables y seguros, que garanticen los plazos de respuesta.

**Ofrecemos** contacto y colaboración con colegas en los Países Bajos que han parti-cipado en los desarrollos de esos canales de comunicación y pueden aportar su experiencia.

<sup>1</sup> Artículo 17.5: El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía 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.

<sup>2</sup> Artículo 18 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 al órgano competente en materia de salud.

**Proponemos** que se elaboren instrumentos como formularios guiados, modelos pre-estructurados de informes, documentos informativos o de consentimiento informado, que simplifiquen la elaboración de la documentación que los y las profesionales deben facilitar en los diversos procesos de la prestación a las personas solicitantes.

2.2.-La LORE determina que la solicitud de eutanasia debe dirigirse al médico responsable (artículo 3d)<sup>3</sup>, concepto definido ya por la Ley de Autonomía del Paciente, en la perspectiva de la asistencia hospitalaria, para que el paciente tuviera claro quién es su interlocutor principal en cada momento. La figura del médico responsable plantea, a nuestro juicio, problemas en el contexto de la LORE. Citamos algunos: a veces es difícil determinar quién es el médico responsable, porque puede cambiar en función de la evolución del proceso, o porque puede haber varios. Es un concepto que no se utiliza en atención primaria, aunque con frecuencia el médico o la médica de familia encajaría perfectamente en su definición, como en los casos en que la persona solicitante desea recibir la prestación en su domicilio, caso frecuente en países con legislación consolidada. En general, en el sistema sanitario público, es la institución la que asigna el médico responsable en cada proceso asistencial.

La solicitud de ayuda a morir es a todos los efectos un proceso asistencial en sí mismo, que exigirá especialmente capacidad de comunicación y una perspectiva global de la persona solicitante. Por eso creemos que es importante garantizar que sea la persona solicitante quien elija a qué profesional quiere encomendarle la responsabilidad de atender su solicitud.

**Proponemos** que tanto en la redacción del manual de buenas prácticas como en el desarrollo normativo de la LORE en nuestra comunidad, se flexibilice el acceso a la prestación de ayuda a morir de manera que la persona solicitante pueda elegir a quién traslada su demanda en un abanico de profesionales tan amplio como la lectura de la LORE permita, garantizando así su libertad de elección. Debería hacerse explícito que el médico o la médica de familia puede ser el médico responsable de un paciente, incluso en ciertos casos durante un ingreso hospitalario, y que los equipos de atención primaria contarán con el apoyo técnico necesario para hacerse cargo de la prestación de ayuda a morir, en las mismas condiciones asistenciales que en un hospital.

2.3.- La LORE establece en los artículos 5<sup>4</sup> y 8<sup>5</sup> la obligatoriedad de que quien solicita la eutanasia reciba del médico responsable información verbal y escrita sobre sus alternativas terapéuticas, incluyendo el acceso a cuidados paliativos, concepto que hace referencia a los cuidados que no buscan la curación sino el alivio del sufrimiento, independientemente de quién los preste. En la práctica la mayor parte de los cuidados paliativos son prestados en nuestro medio por los Equipos de Atención Primaria y los Servicios Hospitalarios, con el apoyo, en los

<sup>3</sup> Artículo 3 d) «Médico responsable»: facultativo que tiene a su cargo coordinar **toda** 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, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

<sup>4</sup> Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir. (...)

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, incluido en su caso el acceso a los cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera de servicios comunes y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

<sup>5</sup> Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.

1.- ... 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.

casos de especial complejidad, de las unidades de cuidados paliativos. Su regulación en Castilla y León se concreta en un proceso asistencial integrado publicado en 2017, y en un servicio incluido en la revisión de 2019 de la Cartera de Servicios de Atención Primaria. En ambos se considera la solicitud de ayuda a morir como un elemento de alta complejidad que exige la intervención de los recursos específicos de cuidados paliativos (Equipos de Soporte Domiciliario y apoyo psicológico), requisitos que no exigen en la LORE.

**Proponemos** que en el desarrollo de la LORE se haga explícito que la valoración de las unidades de cuidados paliativos, incluida la valoración psicológica, no es exigible en la tramitación de una solicitud de ayuda a morir, a no ser que la persona solicitante y el médico o la médica que recibe la solicitud lo establezcan en común acuerdo durante el proceso de diálogo.

**Proponemos** que en revisiones futuras de los documentos que regulan el acceso a cuidados paliativos en Castilla y León, se modifique lo necesario para que inequívocamente prevalezca el criterio de la LORE como texto legal de rango superior.

2.4.- La LORE atribuye la responsabilidad de la designación de médico consultor al médico responsable<sup>6</sup>. Esa puede ser una tarea difícil en algunos contextos hospitalarios, en equipos de atención primaria pequeños o en el medio rural, sobre todo en zonas despobladas.

**Proponemos** que tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria las Gerencias correspondientes asuman la responsabilidad de la elección del médico consultor cuando el médico responsable encuentre dificultades para ello, y le proporcionen las facilidades en términos de desplazamientos y compensaciones que sean necesarias.

**Proponemos** también que al desarrollar la exigencia de la LORE de que el médico responsable y el médico consultor no pertenezcan al mismo equipo (artículo 3e), se concrete la definición de ese “equipo”, en Atención Primaria al formado por un profesional médico y uno de enfermería que atienden un cupo de pacientes. En el medio hospitalario debe especificarse si por equipo se entiende el servicio, la sección, la unidad o qué otro agrupamiento.

2.5.- Si bien el papel principal en la valoración de las demandas y su tramitación corresponde al personal médico, el personal de enfermería por su accesibilidad y las particularidades de su relación con sus pacientes se encuentra en una posición privilegiada en la recepción y canalización de demandas y en el acompañamiento durante el proceso.

**Proponemos** que se incluya al personal de enfermería en el proceso de formación y organización de la prestación de ayuda a morir.

2.6.- La LORE establece en numerosos artículos que la documentación relacionada con la solicitud de prestación de ayuda a morir debe formar parte de la historia clínica del paciente. En nuestra Comunidad, el soporte de la historia clínica se basa en aplicaciones para el manejo del curso clínico, distintas en atención primaria y los hospitales, y aplicaciones satélite que se abren desde la aplicación principal para manejar contenidos concretos (prescripción, pruebas diagnósticas y otros). En el medio hospitalario el proceso de digitalización no es total y se utilizan

<sup>6</sup> Artículo 8 apartado 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...”

distintas aplicaciones o distintas versiones de la misma para registrar el curso clínico. La intercomunicación de las distintas aplicaciones en el momento actual no es completa.

En general cualquier sanitario de Sacyl, sea o no el que está atendiendo al paciente en ese momento, puede acceder a su historia clínica completa, aunque no tenga la autorización explícita del paciente.

**Proponemos** que los documentos relativos a la solicitud de prestación de ayuda a morir se archiven independientemente de los datos de curso clínico, vinculados a través de enlaces que permitan acceder fácilmente a su contenido, y protegidos para limitar el acceso exclusivamente a los profesionales directamente implicados en el proceso de la solicitud, incluida la CGE. Con ello se respetaría el articulado de la Ley, se adecuaría la confidencialidad al nivel que la Ley exige y se facilitarían tanto los procesos de evaluación como el acceso de las personas intervinientes no familiarizadas con las aplicaciones de historia clínica.

2.7.- La propia LORE concede una importancia crucial a la formación del personal implicado en su puesta en práctica y asesoramiento ágil de otros colegas de profesión en caso de demandas especialmente difíciles.

**Proponemos** que, sin perjuicio de lo que se especifica en la disposición adicional séptima<sup>7</sup>, se inicie durante el periodo de desarrollo normativo la formación en los aspectos generales de la ayuda a morir de un núcleo de personal sanitario, intentando que en cada servicio hospitalario de los más concernidos por la ayuda a morir y en cada equipo y gerencia de atención primaria de la Comunidad haya al menos una persona capacitada para asumir (o asistir a quien asuma) las primeras demandas, participar en la formación posterior de sus colegas y liderar la implementación de los cambios necesarios para el completo desarrollo de la LORE.

**Ofrecemos** nuestra colaboración y la posibilidad de trabajo conjunto con aquellas comisiones o grupos que se ocupen de la estrategia formativa. Podemos aportar también experiencia y material didáctico de colegas de otras Comunidades Autónomas y otros países

**Proponemos** que la Consejería de Sanidad difunda entre el personal sanitario el texto de la LORE una vez aprobada, la normativa autonómica cuando se promulgue y los materiales que considere adecuados para su comprensión. Si bien la responsabilidad del conocimiento de las leyes es de las personas implicadas, al tratarse de una legislación de especial trascendencia creemos que la Consejería debe tener un especial protagonismo en su difusión.

---

<sup>7</sup> Disposición adicional séptima. Formación.

Las administraciones sanitarias competentes 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.

Asimismo, difundirán entre el personal sanitario los supuestos contemplados en la misma a los efectos de su correcto y general conocimiento y de facilitar en su caso el ejercicio por los profesionales del derecho a la objeción de conciencia.

La Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias, adscrita a la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, abordará, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta Ley, la coordinación de la oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, que deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional.

2.8.- La objeción de conciencia está reconocida como un derecho del personal sanitario. La LORE establece en el artículo 16.2<sup>8</sup> que las administraciones deben crear un registro de objetores de conciencia a realizar la ayuda a morir. La Comisión de Bioética de Castilla y León ha señalado las dificultades para la implementación de un registro de esas características<sup>9</sup> y propone como alternativa la comunicación voluntaria anticipada de la objeción, en nuestro caso a prestar ayuda a morir, formulada y documentada por escrito al responsable de su unidad (jefe de servicio, director médico o de enfermería de atención primaria) por aquellos profesionales que manifiesten una objeción clara y absoluta, manteniendo la posibilidad de que, en conciencia, cualquier profesional pueda hacer objeción a ayudar a una persona concreta a morir, pero sí pueda prestar esa ayuda a otras, en base a las circunstancias clínicas y vitales que concurren.

Señalamos también que la objeción de conciencia no debe eximir del deber de participar en los procesos de formación que las administraciones establezcan como obligatorios.

**Proponemos** que la objeción de conciencia en el ámbito de aplicación de la LORE se pueda ejercer a través de la comunicación voluntaria anticipada a los responsables de los dis-positivos asistenciales, manteniendo abierta la posibilidad de objetar ante un caso en concreto, acreditándolo documental-mente de acuerdo con lo que la normativa establezca

**Proponemos** que en el proceso de información a la población y formación de los profesionales se haga explícito que la objeción de conciencia es una opción estrictamente personal y que en ningún caso debe admitirse que se declare objetora una institución como tal.

2.9.-La implementación de una nueva prestación sanitaria conlleva dificultades, más en momentos como este, y debe beneficiarse de los mejores instrumentos disponibles de planificación, gestión y garantía de calidad.

**Proponemos** que la eutanasia se incluya en la cartera de servicios de SACYL como una prestación más dentro de un nuevo servicio de atención al final de la vida. Es especialmente importante garantizar la absoluta confidencialidad en los procesos de evaluación y habrá que hacer un esfuerzo para diseñar el sistema de registro.

### 3.- Residentes en instituciones

3.1.-El hecho de que una persona resida en una institución asistencial puede implicar a veces que tenga limitada su autonomía para actividades de la vida diaria pero de ninguna manera su derecho a la intimidad ni a la autonomía como sujeto de asistencia.

---

<sup>8</sup> Artículo 16.2. Las administraciones sanitarias crearán un registro 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. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

<sup>9</sup> Comisión de bioética de Castilla y León: Apuntes sobre la objeción de conciencia en el Ámbito de la administración sanitaria de castilla y león. 2010. Disponible [aquí](#) consultado el 16/1/2021

**Proponemos** que se garantice que las solicitudes de eutanasia de personas residentes en instituciones mantengan la máxima discreción posible. Los órganos directivos de tales instituciones no deberían tener conocimiento de la solicitud a no ser que la persona solicitante manifieste explícitamente su preferencia en ese sentido, ni, por supuesto, influir en absoluto en el proceso de la solicitud.

3.2.- Algunas residencias de personas mayores tienen servicios médicos y de enfermería propios. La normativa de nuestra Comunidad no les atribuye explícitamente funciones asistenciales, pero esos servicios médicos están asumiendo de hecho en muchos centros la asistencia médica de las personas residentes, en coordinación con los servicios de atención primaria.

**Proponemos** que el desarrollo de la LORE se especifique si los servicios médicos de una residencia de ancianos deben canalizar sistemáticamente las solicitudes que reciban a otros dispositivos asistenciales, o si pueden hacerse cargo de la prestación de ayuda a morir de una persona residente como médico responsable o médico consultor. En tal caso debería garantizarse la libertad de la persona solicitante para elegir como médico responsable de su solicitud al personal médico del centro en que reside o a alguno de sus médicos o médicas de referencia en los diversos dispositivos asistenciales que le atiendan, incluida la atención primaria.

**Proponemos** que se garantice explícitamente que los órganos directivos del centro asistencial no ejerzan ningún tipo de posicionamiento, presión u objeción sobre la persona que realiza la demanda ni sobre el resto de las personas implicadas en el proceso.

3.3.- Por las mismas razones que hemos expuesto previamente

**Proponemos** que se ofrezca formación específica al personal de enfermería y auxiliar de las instituciones residenciales para la canalización y acompañamiento de las demandas.

## 4.- Otras cuestiones

4.1.- La ley abre la posibilidad de solicitud de eutanasia por instrucciones previas, es decir, que cualquier persona pueda especificar en su documento de instrucciones previas en qué condiciones concretas debería entenderse que no desea prologar su vida, para que, en el caso de que se encontrara en situación de incapacidad de hecho, sea atendida esa demanda. La trascendencia de la obligación que tiene el personal médico de consultar el Registro de instrucciones previas cuando atiende a pacientes incapacitados aumenta significativamente con esta circunstancia.

Por otro lado, la entrada en vigor de la ley puede suponer un aumento de las solicitudes de personas que quieren dictar instrucciones previas sobre la eutanasia, en un sentido o en otro, y también de las que quieren modificar las Instrucciones previamente otorgadas. El procedimiento para otorgar instrucciones previas habilitado en su momento por la Consejería de Sanidad siempre nos ha parecido excelente, tanto en su diseño como en la calidad del personal



habilitado para el registro, pero nos tememos que correría riesgo de colapsar si la demanda aumentara significativamente.

**Proponemos** que la administración sanitaria insista en recordar al personal médico la obligación de consultar el Registro de instrucciones previas cuando atienda a un paciente incapacitado, y que se habilite una alerta gráfica en las aplicaciones de historia clínica que señale qué pacientes tiene depositadas instrucciones previas en el citado registro.

**Proponemos** que se incluya el asesoramiento para la elaboración del documento de instrucciones previas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de SACYL.

**Proponemos** implementar un proceso que permita tanto el asesoramiento como la formalización del Documento de Instrucciones Previas en los Centros de Salud como alternativa, manteniendo las vías existentes en la actualidad.

**Ofrecemos** contacto y asesoramiento de colegas de la Comunidad Autónoma de Navarra que han habilitado con éxito un procedimiento de esas características.

4.2.-El reconocimiento de un nuevo derecho plantea tareas mucho más amplias que la implementación de las prestaciones que de ello se deriven. Es necesario dar a conocer los términos del nuevo derecho y sus implicaciones a la población en general y particularmente incorporarlo a los programas de educación obligatoria en las áreas correspondientes. Por otra parte es del máximo interés que quienes se están formando en profesiones sanitarias aborden en sus planes de estudios el tema de la eutanasia en la nueva perspectiva que abre la LORE

**Proponemos** que los ayuntamientos y otros agentes de las políticas de proximidad asuman responsabilidades en la difusión de lo regulado en la LORE entre la ciudadanía, en la colaboración con entidades sociales que compartan ese mismo compromiso y en la facilitación del acceso al nuevo derecho a través de sus propios dispositivos asistenciales.

**Proponemos** que Consejería de Sanidad elabore y difunda materiales informativos dirigidos a la población general explicando el alcance de la ley así como los términos en los que la LORE regula el derecho a la eutanasia.

**Proponemos** que en tanto se produzca la incorporación de los contenidos relacionados con la eutanasia a los programas educativos oficiales, la Consejería de Educación elabore en colaboración con la Consejería de Sanidad materiales didácticos para el tratamiento transversal del tema de la Eutanasia mediante actividades incluidas en asignaturas relacionadas o en actividades complementarias, y los difunda entre el profesorado.

**Ofrecemos** la abundante experiencia y materiales didácticos elaborados por colegas de nuestra organización en otras comunidades autónomas, convenientemente adaptados a la nuestra.

**Proponemos** que las Consejerías implicadas lideren, junto a las sociedades científicas y los órganos que regulan la formación pre y postgrado de las profesiones sanitarias y la formación continuada del personal sanitario, la implementación de lo necesario para ese amplio proceso formativo.

4.3.-La regulación del derecho a la eutanasia nos parece una oportunidad para dar respuesta a la necesidad de elaborar una estrategia para conocer en detalle las condiciones en

que morimos la ciudadanía, una necesidad que en nuestra organización venimos reivindicando desde hace años y que consideramos desatendida.

**Proponemos** insistentemente desde hace años la elaboración de un estudio nacional exhaustivo y riguroso que describa y monitorice las condiciones en que muere la ciudadanía española con la intención de mejorarlas. En ese sentido sería de gran interés la creación de un observatorio sociológico sobre la muerte en Castilla y León.

Enero 2021

Grupos de trabajo en Castilla y León de la Asociación Federal

Derecho a Morir Dignamente

### Personas de contacto

Salamanca:	Fernando Sanz Correo corporativo <a href="mailto:dmdsalamanca@derechoamorrir.org">dmdsalamanca@derechoamorrir.org</a> Correo personal: folymel@telefonica.net Teléfono personal: 680353672
León:	Teresa Ribas Correo corporativo <a href="mailto:dmdleon@derechoamorrir.org">dmdleon@derechoamorrir.org</a> Correo personal <a href="mailto:tribas@telefonica.net">tribas@telefonica.net</a> Teléfono personal 635242689
Valladolid:	Cristina Miner Correo corporativo <a href="mailto:dmdvalladolid@derechoamorrir.org">dmdvalladolid@derechoamorrir.org</a> Correo personal <a href="mailto:cminerpino@gmail.com">cminerpino@gmail.com</a> Teléfono personal 699055186
Zamora:	Teresa Riesco Correo personal <a href="mailto:pterucarpus@gmail.com">pterucarpus@gmail.com</a> Teléfono personal 649 455 877