

La Aplicación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en Asturias (Propuestas de la Asociación Derecho a Morir Dignamente de Asturias)

Siguiendo la recientemente aprobada Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (en adelante LORE) la Asociación Derecho a Morir Dignamente-Asturias hemos elaborado una serie 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 misma 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, de tres meses desde la publicación de la ley en el BOE hasta su entrada en vigor; 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. En este sentido **consideramos que sería muy necesario que también en nuestra Comunidad Autónoma la Administración tomara la iniciativa creando un grupo de desarrollo de la LORE**, como se ha hecho ya en algunas comunidades como la catalana, en el que nuestra Asociación estaría interesada en participar.

Dando por sentado que quienes lean 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 “garantía y evaluación” previo de las demandas de eutanasia. Tratándose de un mecanismo novedoso, nos parece que debe regularse con especial cuidado y le hemos dedicado un **primer apartado de propuestas, COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN**, desglosado en los siguientes epígrafes:

- Sobre las y los Miembros de la Comisión
- Respecto a la Orientación de la Verificación
- En cuanto a la Igualdad en el acceso a la prestación

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. Basadas en nuestro conocimiento del medio sanitario en nuestra comunidad y de las opciones organizativas que han utilizado otros países de nuestro entorno hacemos una serie de propuestas en el **segundo bloque: ASPECTOS ORGANIZATIVOS**, desglosado en los siguientes epígrafes:

- Del tiempo de tramitación de la demanda
- Del personal sanitario implicado
- De la documentación
- De la Objeción de conciencia
- De la implementación de la ley

Nos ha parecido oportuno tratar en un **tercer bloque** el caso particular de las **PERSONAS RESIDENTES EN INSTITUCIONES**, que en nuestra Comunidad abarca al 5,62% de la población de 65 o más años según datos de 2018, superior en punto y medio a la media nacional en las Residencias. Desglosado en los siguientes epígrafes:

- Consideración de las Residencias como domicilio
- Garantía de confidencialidad en el proceso de acceso a los derechos regulados en la LORE
- El Documento de Instrucciones Previas
- Formación

Finalmente hemos incluido un **cuarto bloque** dedicado específicamente a la Disposición adicional séptima que se centra en la obligación de las administraciones de dar la máxima **Difusión** de la ley **y** asegurar la **Formación** continua del personal implicado en su desarrollo y aplicación; **desglosado en los siguientes epígrafes:**

- Difusión de la ley a profesionales y ciudadanía
- Promoción del Documento de Instrucciones Previas
- Formación

Reiteramos nuestra disposición 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.

Marzo 2021

Contactos:

Pilar Cartón cartonpilar@gmail.com, 686319683

Fernanda del Castillo fcastia@gmail.com, 625906236

La Aplicación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en Asturias (Propuestas de la Asociación Derecho a Morir Dignamente de Asturias)

1. LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

1.1. SOBRE LAS Y LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN: Es fundamental que la CGE tenga una *capacidad operativa* suficiente por lo que...

Teniendo en cuenta:

la necesidad de asegurar una manifiesta voluntad de atender por parte de quienes formen parte de todo el proceso las demandas para recibir la ayuda a morir siguiendo las disposiciones legales y evitar todo tipo de interferencias en el ejercicio de su labor,

el cariz fundamentalmente técnico de las tareas encomendadas a la comisión

la conveniencia de evitar tanto la perpetuación de quienes forman parte de la Comisión como el vacío organizativo

Proponemos

- que la Administración sea cuidadosa en el nombramiento de miembros y, en ningún caso, nombre a personas que se han manifestado públicamente en contra de una ley que ha sido aprobada y ya promulgada así como de personal sanitario que se halle incluido en el registro de objeción a la ayuda a morir (podría ser conveniente hacer firmar a quienes vayan a ser miembros un documento en que manifiesten su no objeción a la ley);
- que la elección de miembros se base en su reconocido prestigio dentro de las profesiones en las que se desempeñen y se evite el perfil político; finalmente,
- que se establezca un periodo limitado de pertenencia a la Comisión y que la renovación de miembros se produzca de forma escalonada.

Teniendo en cuenta:

el tiempo que la ley establece para analizar, evaluar y emitir un informe definitivo afirmativo,

la dificultad que implica calibrar a priori cuál vaya a ser su carga de trabajo. En este sentido 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 10 nuevas solicitudes mensuales en los primeros años.

Proponemos para evitar dilaciones y conflictos innecesarios:

- **que se establezca un número inicial de miembros de la CGE que se estime que pueda asumir con holgura una carga de trabajo aproximada sin generar demoras en las demandas; y**
- **que su composición sea abierta y multidisciplinar; de manera que se pueda adaptar su tamaño a las necesidades que surjan, aumentando, si fuera preciso, el número de integrantes.**

1.2. RESPECTO A LA ORIENTACIÓN DE LA VERIFICACIÓN:

Teniendo en cuenta:

que en la LORE se estipulan un mínimo de tres encuentros y firma de documento de consentimiento informado por parte del solicitante para cumplir con los requisitos señalados en cuanto a “la información sobre el diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos” recibida por quien solicita la ayuda a morir por parte del “médico responsable”; y, asimismo, en esta fase se dispone también que debe realizarse un examen médico por parte del “médico consultor” externo al proceso;

que para la documentación de todo este proceso está pautada la realización de varios informes por parte del personal médico implicado que serán recogidos en el historial médico del paciente;

que quien pide la ayuda a morir recibe información puntual y perfectamente pautada en el tiempo de cada uno de los pasos dados por parte del personal médico implicado, y sin embargo cuando la solicitud pasa a la atención de la Comisión (más aún si es denegada) puede permanecer sin recibir ningún tipo de comunicación durante más de veinte días.

Proponemos, partiendo de que quien pide la ayuda a morir es quien protagoniza dicho proceso y por tanto se deben respetar escrupulosa y delicadamente sus derechos como ser humano,

- **que, de forma general, la comprobación de la CGE de que concurren los requisitos y condiciones establecidos en la ley sea una verificación de tipo administrativo, que contemple la entrevista con los profesionales como una excepción, y con la persona solicitante exclusivamente para resolver las reclamaciones;**
- **que en el momento en que el expediente pase a manos de la Comisión, quien solicita la ayuda a morir reciba información puntual y pautada de cómo se está desarrollando el trámite de forma que su espera sea menos angustiosa; asimismo,**

- **que se evite, a ser posible siempre, que la CGE no dicte resolución en el plazo de los veinte días previstos por la ley y deba ser entendido este silencio como denegación de la solicitud con lo que implica de sensación de abandono, desconsideración y falta de respeto a la persona que un momento de tanto estrés ha cumplido con todos los requisitos impuestos**

1.3. EN CUANTO A LA IGUALDAD EN EL ACCESO A LA PRESTACIÓN

Teniendo en cuenta:

que son funciones de la CGE entre otras: “ c) Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos” y “d) Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto”; y

que la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias dispone desde el año 2018 de una Ley sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida en la que se crea el Observatorio de la Muerte Digna del Principado de Asturias cuyo decreto de organización y funcionamiento entró en vigor en agosto de 2020 organismo que tiene “como fines mejorar el conocimiento, evaluar la calidad asistencial y evitar la variabilidad territorial. Para atender esos fines, corresponde al Observatorio de la Muerte Digna la recogida de información y la realización de una evaluación continua, con una serie de propósitos” dos de ellos son: “a) La detección y el análisis de las fuentes de información que permitan conocer cómo se muere en Asturias” y “ d) El establecimiento de indicadores que caractericen una muerte digna y que permitan su medición y estudio, con aplicación en todas las Áreas de Salud”.

Proponemos con el fin de evitar duplicar los esfuerzos de seguimiento y evaluación

Una continua y eficaz coordinación entre estos dos organismos, el Observatorio de la Muerte Digna y de la Comisión de Garantía y Evaluación de la LORE del Principado de Asturias, que debería plasmarse en un acuerdo de colaboración, de forma que se pueda cumplir con el objetivo superior de conseguir un efectivo, igualitario y complementario cumplimiento y aplicación tanto de la ley de la Comunidad como de la estatal.

Por otra parte, también es función de la CGE: “e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley en su ámbito territorial concreto” en este sentido y atendiendo al principio del necesario compromiso con la igualdad

Proponemos al menos en los años iniciales de aplicación de la ley:

- la realización cuatrimestral de un informe evaluativo-descriptivo centrado fundamentalmente en:
- número de demandas, áreas sanitarias en que se realizan, perfil socioeconómico y afectivo de las personas que las solicitan (es necesario identificar si son variables socioeconómicas o sociosanitarias las que pueden estar detrás del mayor o menor acceso a las prestaciones que ofrece la ley- así como si dependen del grado de información y/o formación de las personas implicadas);
- análisis pormenorizado de las demandas de ayuda a morir denegadas siguiendo indicadores precisos de las causas de tal denegación así como del momento en que se produjo la misma, las personas de la Comisión que realizaron la evaluación; y
- la elaboración de protocolos de evaluación del proceso simples, digitalizados y con ítems claros evitando la dispersión.

2. ASPECTOS ORGANIZATIVOS

2.1. DEL TIEMPO DE TRAMITACIÓN DE LA DEMANDA

Teniendo en cuenta:

que el procedimiento de tramitación de una demanda de ayuda a morir debe prolongarse el tiempo necesario para garantizar la estabilidad de la petición, pero así mismo debería reducirse al mínimo imprescindible los tiempos de movimiento de documentación.

Proponemos

- simplificar los documentos que las y los profesionales deben facilitar en los procesos de prestación, definiendo la documentación necesaria y facilitar su acceso y cumplimentación telemática;
- facilitar y promover una comunicación fluida entre “médico responsable”, “médico consultor” y Comisión de Garantías;
- que se elaboren protocolos e instrumentos como formularios guiados, que faciliten la elaboración de la documentación que los y las profesionales deben cumplimentar y hacer llegar a las personas solicitantes.

2.2. DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

Teniendo en cuenta:

que la LORE determina que la solicitud de eutanasia debe dirigirse al “médico responsable”, esta figura puede resultar difícil de determinar en numerosas ocasiones. Cuando la persona desea recibir la prestación en su domicilio, el médico del equipo de Atención Primaria, o en su caso el del Equipo de apoyo de Cuidados paliativos, encajaría en la definición, pero resulta más difícil cuando la persona solicitante es atendida por varios profesionales de distintas especialidades.

Proponemos

- **que sea la persona solicitante quien elija al profesional al que quiere encomendarle la responsabilidad de atender su solicitud. Creemos que es importante garantizar que quien hace la solicitud pueda elegir dado que es esencial una buena comunicación y confianza, así como una capacidad de compromiso por parte del equipo que va a hacerse cargo de la prestación.**

Teniendo en cuenta:

que la LORE atribuye la responsabilidad de la designación de “médico consultor” al “médico responsable”, debiendo el “médico consultor” tener formación en las patologías del paciente y no pertenecer al mismo equipo del “médico responsable”. Esta 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 en AP el “médico consultor” pueda pertenecer al mismo Centro de Salud ya que “equipo” puede considerarse al formado por una o un profesional médico y de enfermería que atienden un cupo de pacientes. En Atención hospitalaria proponemos que pueda bastar con que sea independiente jerárquicamente del “médico responsable” que solicitó la consulta;**
- **que tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria sean las Gerencias correspondientes quienes asuman la responsabilidad de la elección del “médico consultor” cuando el “médico responsable” encuentre dificultades para ello.**

Teniendo en cuenta:

que si bien el papel principal en la valoración de las demandas y su tramitación corresponden 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 explicita el rol de las enfermeras y se definan las actividades de estas profesionales en todo el proceso, tanto a la hora de actuar como testigo ante la firma de las solicitudes por la o el paciente, como en el proceso deliberativo, como en la prestación de la ayuda para morir en sus dos variantes, así como en el acompañamiento hasta el fallecimiento.**

2.3. DE LA DOCUMENTACIÓN

Teniendo en cuenta:

que 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.

Proponemos:

- **que los documentos relativos a la solicitud de prestación de ayuda sean de fácil acceso para las y los profesionales implicados en el proceso pero al mismo tiempo se asegure la confidencialidad mediante clave de acceso privada.**

2.4. DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Teniendo en cuenta:

que la objeción de conciencia está reconocida como un derecho del personal sanitario. La LORE establece en el artículo 16.2 que las administraciones deben crear un registro de objetores de conciencia a realizar la ayuda a morir.

Proponemos

- **que la objeción de conciencia no exima del deber de participar en los procesos de formación que las administraciones establezcan como obligatorios;**
- **que en el proceso de información a la población y formación de las y 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.**

2.5. DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

Teniendo en cuenta:

que 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

- **incluir esta prestación en la cartera de Servicios del SESPA, garantizando la equidad territorial, la confidencialidad y el acompañamiento en todo el proceso;**
- **crear una red de apoyo a las y los profesionales para las primeras demandas y/o aquellas más complejas.**

3. RESIDENTES EN INSTITUCIONES

3.1. CONSIDERACIÓN DE LAS RESIDENCIAS COMO DOMICILIO

Teniendo en cuenta:

que la LORE en el capítulo IV, art. 14.1 (disposición sexta) se refiere al lugar donde podrá tener lugar el desarrollo del servicio, citando los hospitales tanto públicos como privados y concertados y el domicilio de la persona que solicita el servicio; pero, **la Ley no hace mención en ningún momento a las residencias de mayores**, lugares que en la sociedad actual se están convirtiendo en el domicilio más habitual entre las personas a partir de cierta edad o condiciones de vida; y

que 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 y por tanto se debe garantizar el ejercicio de sus derechos, entre ellos el recientemente reconocido de la eutanasia.

Proponemos

- **que se considere como domicilio de la o del solicitante la institución donde resida y por tanto que, para evitar posibles contratiempos, se señale a las Residencias como lugares donde se podrá llevar a cabo el servicio y se regule su disponibilidad a ofertar el acceso a las prestaciones que regula la LORE. En este sentido se velará para que, en su caso, las Residencias tengan las condiciones físicas, de personal propio o acordado adecuadas para el desarrollo del servicio**

Teniendo en cuenta:

que el artículo 16 de la LORE hace referencia a la Objeción de Conciencia de las y los profesionales sanitarios, señalándose que podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia siendo una decisión individual de la o del profesional directamente implicado en su realización y que deberá manifestarlo anticipadamente y por escrito. En este sentido, al ser una opción estrictamente personal, en ningún caso debe admitirse que se declare objetora una institución como tal. Para garantizar el derecho de quienes residen

Proponemos

- **que se indique en el momento de ingreso de una nueva o un nuevo residente si algún miembro del personal sanitario se ha declarado objetora u objetor.**
- **que se arbitren fórmulas y disposiciones que garanticen la libertad de la persona solicitante a escoger a la o al profesional de su confianza para trasladarle su demanda de prestación de la eutanasia (como hemos señalado en el apartado 2.2 de este documento).**

3.2. GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD EN EL PROCESO DE ACCESO A LOS DERECHOS REGULADOS EN LA LORE

Teniendo en cuenta:

que el artículo 15 hace referencia a la protección de la intimidad y confidencialidad, incidiendo en que los centros en que se realice la prestación deben adoptar las medidas necesarias para asegurar la intimidad y confidencialidad de las personas solicitantes.

Proponemos

- **que se garantice que las solicitudes de eutanasia de personas residentes en instituciones mantengan la máxima discreción posible para asegurar la confidencialidad;**
- **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.**

Y para ello

- **debería procurarse, por parte de los órganos directivos de las Instituciones su máxima colaboración y respeto a las decisiones tomadas por la persona residente solicitante de la prestación.**

3.3. EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Atendiendo a la Disposición adicional séptima de la Ley referente a la Formación que afirma que las Administraciones Sanitarias arbitrarán los medios para difundir esta Ley y promover el Documento de Instrucciones Previas (DIP),

Proponemos

- **que se incluya la obligación de las Residencias a que a la hora del ingreso de una nueva o un nuevo residente se informe y exhorte para la cumplimentación del DIP en el caso de que no esté realizado y se haga constar en su documentación de acceso la existencia de dicho documento.**

3.4. FORMACIÓN

Teniendo en cuenta:

que la necesidad de formación por parte del personal sociosanitario en general así como de divulgación e información en las consideraciones médicas, sociales y personales que implican los procesos de final de vida vienen recogidas tanto en la Ley 5/2018, del Principado de Asturias sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida, así como en la Disposición adicional séptima de la presente Ley; es por ello que

Proponemos

- **que tanto el personal de las Residencias como las personas de referencia de las y los residentes se incluyan siempre en los cursos y programas de formación y/o información que se señalan en el apartado 4 de este documento teniendo en cuenta su especificidad.**

4. DIFUSIÓN Y FORMACIÓN

En la **Disposición adicional séptima. Formación** se contempla que:

*“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**”.*

4.1. DIFUSIÓN DE LA LEY A PROFESIONALES Y CIUDADANÍA:

Para una buena aplicación de la ley es necesario darla a conocer a la ciudadanía y a los profesionales implicados.

Proponemos

- **que la Consejería de Salud difunda entre el personal sanitario y la población en general, el texto de la LORE y la normativa autonómica promulgada, mediante la elaboración y distribución de material divulgativo así como campañas informativas, conferencias, etc. adquiriendo un papel fundamental e imprescindible para su difusión;**
- **que se promueva que Ayuntamientos, entidades sociales, Centros cívicos y municipales y Centros de salud participen en la difusión y familiarización de la LORE entre la ciudadanía;**
- **que la Consejería de Educación conjuntamente con la Consejería de Salud y la Consejería de Ciencia, Innovación y Universidad elaboren materiales y planes didácticos sobre la Eutanasia, con transversalidad, tanto en las asignaturas relacionadas como en las actividades complementarias. Para ello es imprescindible la participación y formación del profesorado.**

4.2. PROMOCIÓN DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

La ley abre la posibilidad de solicitud de eutanasia por instrucciones previas, en las que se especifique en qué condiciones concretas la persona no desea que se prolongue su vida y pueda ser atendida su demanda. Así, en el caso de pacientes que no se encuentren en el pleno uso de sus facultades, el personal sanitario debe consultar el Registro de Instrucciones Previas.

Proponemos

- **que la administración sanitaria reitere al personal sanitario la obligación de consultar el Registro de Instrucciones Previas cuando estén con una o un paciente que no es capaz de decidir, como por otra parte ya se recoge en otras leyes, para hacer efectiva la decisión autónoma de la persona.**

Teniendo en cuenta:

que el Documento de Instrucciones Previas tiene una escasa repercusión en nuestra Comunidad, no llegando al 0'8% de la población asturiana el número de personas que lo han registrado, y de cara a facilitar su conocimiento por la ciudadanía, su cumplimentación e inscripción,

Proponemos

- **implementar un proceso que permita el asesoramiento, otorgamiento y envío al Registro del Documento de Instrucciones Previas en los Centros de Salud, Centros de día, Residencias de ancianos y Centros Municipales**

como forma de facilitar a la ciudadanía la realización de su (DIP); de manera que las y los funcionarios públicos o trabajadores sanitarios tengan capacidad para que la persona pueda otorgar sin necesidad de testigos y sin tener que efectuarlo personalmente ante la funcionaria o el funcionario encargado del Registro.

- que se promueva como rutina en los centros sanitarios y sociosanitarios preguntar si la persona tiene cumplimentado su DIP y en caso negativo informar sobre ello.

En reunión mantenida con responsables de la Consejería de Salud realizamos una serie de propuestas que creemos que contribuirían positivamente a facilitar a la ciudadanía la elaboración de su Documento de Instrucciones Previas así como promover la práctica de su consulta por los profesionales.

4.3. FORMACIÓN

Teniendo en cuenta:

que el reconocimiento de este nuevo derecho implica su incorporación tanto a programas educativos, como de formación continuada y planes de estudios de las y los profesionales sanitarios,

Proponemos

- que el contenido de la Ley de Eutanasia (LORE) forme parte de los contenidos troncales u obligatorios en el plan docente de las profesiones sanitarias, junto con las otras leyes que dan respuesta a los derechos de la y el paciente,
- que las Consejerías implicadas lideren, junto con las sociedades científicas y los órganos que regulan la formación pre y postgrado de las profesiones sanitarias y la formación continuada del personal sanitario y sociosanitario, la implementación de lo necesario para ese proceso formativo,

Teniendo en cuenta:

que para una adecuada prestación de la ayuda a morir se debe facilitar formación a las y los profesionales sanitarios y sociosanitarios que incluya aspectos legales, técnicos, de comunicación, de apoyo emocional, así como de estrategias deliberativas.

Proponemos

- que, sin perjuicio de lo que se especifica en la disposición adicional séptima, se lleve a cabo mientras dure el desarrollo normativo formación de calidad a personal sanitario de las distintas categorías que participan

en la asistencia a personas con procesos contemplados en la LORE, en todos los aspectos anteriormente mencionados relacionados con la ayuda a morir. Así como al personal de las Residencias de ancianos.

- que en cada hospital y gerencia de atención primaria se cuente con una Red de apoyo donde al menos dispongan de un equipo capacitado de asumir las primeras demandas, y ser capaz de liderar los cambios necesarios para el completo desarrollo de la LORE.

Finalmente, nuestra Asociación considera que **la formación del personal sanitario debería realizarse como Formación Estratégica y en cascada** y, en esta línea se ha presentado una propuesta formativa a la Dirección General de Cuidados tanto sobre la ley de eutanasia como del Documento de Instrucciones Previas y sobre la [Ley 5/2018, de 22 de junio](#), del Principado de Asturias sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.