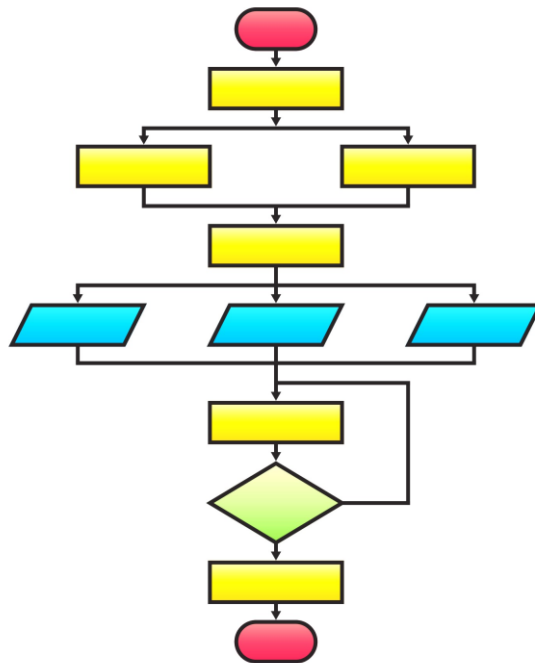


## PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

### DIAGRAMA DE PROCESOS PARA EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA



VERSIÓN	FECHA	ELABORADO	REVISIÓN Y CONTRIBUCIONES
2.0	22-08-2022	Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección. Subdirección de Asistencia Sanitaria	Grupo de Trabajo LORE




DESCARGA EN LA WEB DE LA CONSEJERÍA  
DE SANIDAD

**PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**  
**LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA**  
**DIAGRAMA DE PROCESOS PARA EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA**



## INTRODUCCIÓN

El procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir recogido en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), requiere, desde que el paciente presenta la primera solicitud, el seguimiento minucioso de una serie de procesos en los que intervienen distintos profesionales, cuyas específicas funciones han de ejercerse cumpliendo unos plazos delimitados en la propia Ley.

Así, con el fin de asegurar la equidad y calidad asistencial de esta prestación, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el Manual de Buenas Prácticas, en cumplimiento de lo previsto en la Disposición Adicional Sexta de la LORE. Su objetivo ha sido establecer un conjunto de recomendaciones que orienten a los profesionales sanitarios y a las administraciones sanitarias para garantizar la correcta puesta en práctica de esta Ley.

Con objeto de adaptar los procedimientos de aplicación de la LORE al territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria, se pone a disposición de los profesionales sanitarios pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Cantabria, este diagrama basado en un enfoque por procesos, que especifica todas las tareas a realizar por los distintos profesionales intervinientes en cada una de las fases del procedimiento de la prestación de ayuda para morir, de forma que pueda guiarles durante su actuación profesional.

Se adjunta también una colección de modelos de formulario a utilizar en distintos momentos del procedimiento.

Este material se irá actualizando periódicamente, por lo que se recomienda que se acceda siempre a la versión vigente disponible en la página web de la Consejería de Sanidad.

Para aquellos profesionales pertenecientes a centros concertados, o a la red sanitaria de titularidad privada, que reciban solicitudes de prestación de ayuda para morir al amparo de la LORE, dada la diversidad de modelos organizativos existentes, la Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección de la Consejería de Sanidad les dará el soporte que precisen en función de sus necesidades específicas.

La Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección y la Subdirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud se ponen a disposición de los profesionales sanitarios y gestores de centros y servicios para ampliar esta información.

### **CONTACTO:**

Consejería de Sanidad. Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección: [dgordsanitaria@cantabria.es](mailto:dgordsanitaria@cantabria.es), teléfonos: 942207703, 942207706.

Página web: <https://saludcantabria.es/index.php?page=ley-de-eutanasia-2>

Servicio Cántabro de Salud. Subdirección de Asistencia Sanitaria. [asistenciasanitaria.dg@scsalud.es](mailto:asistenciasanitaria.dg@scsalud.es). Teléfono: 942202784

## COMO USAR ESTE DIAGRAMA DE PROCESOS

1

Sitúate en el inicio del diagrama

2

Realiza cada proceso, siguiendo la numeración

3

Respetar los plazos para cada proceso

4

Consulta siempre las notas a cada proceso

5

En caso necesario, consulta las referencias a páginas

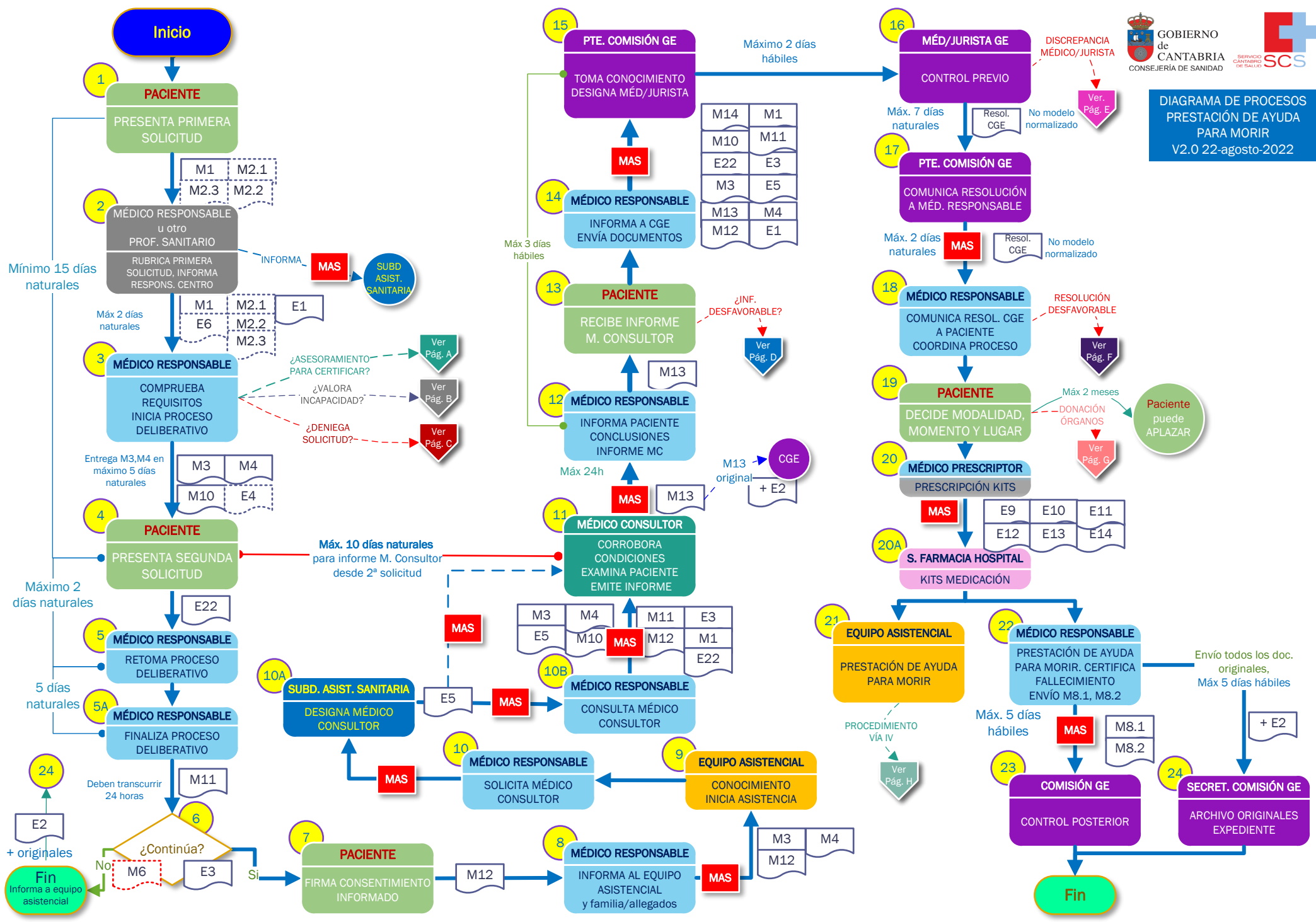
6

Utiliza siempre los modelos de documento previstos

7

Solicita ayuda si es necesario en tu Gerencia correspondiente

DIAGRAMA DE PROCESOS PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR V2.0 22-agosto-2022



## MODELOS VIGENTES LEY REGULACIÓN EUTANASIA (Cantabria)



CONSULTA Y DESCARGA LOS MODELOS VIGENTES EN LA WEB  
DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD



E1 MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE INICIO FUNCIONES M RESPONSABLE  
E2 OFICIO DE REMISIÓN DE DOCUMENTOS ORIGINALES A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN  
E3 MODELO CONTINUAR PRESTACIÓN AYUDA PARA MORIR.docx"  
E4 INFORMACIÓN TRABAJADOR/A SOCIAL PREVIA AL PROCESO DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  
E5 MODELO DESIGNACIÓN-CAPACITACIÓN MÉDICO CONSULTOR  
E6 MODELO DESIGNACIÓN MÉDICO RESPONSABLE  
E7 SOLICITUD VALORACIÓN DE INCAPACIDAD POR EXPERTO  
E8 SOLICITUD DE ASESORAMIENTO PARA CERTIFICAR CONTEXTO EUTANÁSICO  
E9 PROTOCOLO PRESCRIPCIÓN-DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS VÍA IV  
E10 PROTOCOLO PRESCRIPCIÓN PRESTACIÓN AUTOADMINISTRACIÓN VÍA ORAL V3.0 (22-agosto-2022)  
E11 MODELO REGISTRO ELABORACION KITS IV FARMACIA V2.0 (22-08-2022)  
E12 MODELO REGISTRO DISPENSACIÓN y DEVOLUCIÓN KIT IV FARMACIA v2.0 (22-agosto-2022)  
E13 MODELO REGISTRO ELABORACION KIT ORAL FARMACIA v2.0 (22-agosto-2022)  
E14 MODELO REGISTRO DISPENSACIÓN y DEVOLUCIÓN KIT ORAL FARMACIA v2.0 (22-agosto 2022)  
E15 MODELO DOCUMENTO PRIMERO ADAPTADO COMUNICACIÓN A LA CGE  
E16 MODELO DOCUMENTO SEGUNDO ADAPTADO COMUNICACIÓN A LA CGE  
E19 MODELO DE REVOCACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA A REALIZAR LA PAMP v1.0 (22-agosto-2022)  
E20 MODELO DOCAM-001-V1.1 DECLARACIÓN OBJECCIÓN DE CONCIENCIA  
E22 MODELO SEGUNDA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  
M1 MODELO PRIMERA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  
M2.1 MODELO PRIMERA SOLICITUD PAMP PRESENTADO POR MÉDICO DEL PACIENTE  
M2.2 MODELO PRIMERA SOLICITUD PAMP PRESENTADO POR OTRA PERSONA  
M2.3 DOCUMENTO DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN FORMATO AUDIOVISUAL  
M3 MODELO DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE  
M4 MODELO INFORME SOBRE PROCESO MÉDICO, ALTERNATIVAS, C. PALIATIVOS Y DEPENDENCIA  
M5.1 MODELO REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  
M5.2 MODELO APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

M6 MODELO DESISTIR DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  
M7 MODELO DENEGACIÓN POR MÉDICO RESPONSABLE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  
M8.1 MODELO DOCUMENTO PRIMERO COMUNICACIÓN A LA CGE  
M8.2 MODELO DOCUMENTO SEGUNDO COMUNICACIÓN A LA CGE  
M9 MODELO RECLAMACIÓN A CGE CONTRA DENEGACIÓN M RESPONSABLE  
M9.1 MODELO RECLAMACIÓN A CGE CONTRA INFORME DESFAVORABLE M CONSULTOR  
M9.2 MODELO RECLAMACIÓN A CGE CONTRA INFORME DESFAVORABLE MÉDICO-JURISTA CGE  
M10 MODELO CERTIFICADO PROCESO DELIBERATIVO 1º M RESPONSABLE  
M11 MODELO CERTIFICADO PROCESO DELIBERATIVO 2º M RESPONSABLE  
M12 MODELO FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO  
M13 MODELO CONCLUSIONES MEDICO CONSULTOR  
M14 MODELO COMUNICACIÓN MEDICA A LA CGE

**PACIENTE**  
PRESENTA PRIMERA  
SOLICITUD

M1 MODELO PRIMERA SOLICITUD PARA RECIBIR LA  
PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

M2.1 MODELO PRIMERA SOLICITUD PAMP PRESENTADO  
POR MÉDICO DEL PACIENTE

M2.2 MODELO PRIMERA SOLICITUD PAMP PRESENTADO POR  
OTRA PERSONA

M2.3 DOCUMENTO DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN  
DE AYUDA PARA MORIR EN FORMATO AUDIOVISUAL

- El paciente debe presentar la primera solicitud ante un profesional sanitario, y puede proponer al médico responsable. Utiliza el **MODELO M1**, disponible en la página web de la Consejería de Sanidad. El modelo permite al paciente realizar una propuesta priorizada del médico responsable, pudiendo señalar hasta cinco profesionales.
- Si el paciente lo solicitase, en el centro o servicio sanitario se le facilitará un ejemplar del **MODELO M1**
- La primera solicitud deberá estar fechada y firmada por el paciente en presencia del médico responsable o de otro profesional sanitario.
- Los profesionales sanitarios ante los que el paciente podrá presentar la primera solicitud son: médico/a y enfermero/a.
- En el caso de que por su situación personal o condición de salud del paciente no le fuera posible fechar y firmar el documento, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia, e indicar las razones, rellenando y firmando el reverso del **MODELO M1**.
- También podrá presentar la solicitud de prestación de ayuda para morir en formato audiovisual, si su condición de salud no le permite fechar y firmar dicha solicitud según **MODELO M2.3**
- En los casos en que el paciente sufra una presunta situación de incapacidad de hecho, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, que acompañará la solicitud del documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido suscrito previamente por el paciente. En el caso de haber nombrado representante en ese documento, será el interlocutor válido para al médico responsable. En este caso, el médico responsable deberá dejar constancia por escrito en la historia clínica. **MODELO M2.1**
- En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico/a que le trata podrá presentar la solicitud de prestación de ayuda para morir. En tal caso, dicho médico/a estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas o documento legalmente equivalente, a través del sistema de acceso al [Registro de Voluntades Previas de la Comunidad Autónoma de Cantabria](#). El médico responsable deberá dejar constancia de este hecho en la historia clínica del paciente. **MODELO M2.2**

MÉDICO RESPONSABLE  
u otro  
PROF. SANITARIO

RUBRICA PRIMERA  
SOLICITUD, INFORMA  
RESPONS. CENTRO

M1

MODELO PRIMERA SOLICITUD PARA  
RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA  
PARA MORIR

M2.1

MODELO PRIMERA SOLICITUD PAPM  
PRESENTADO POR MÉDICO DEL  
PACIENTE

M2.2

MODELO PRIMERA SOLICITUD PAPM  
PRESENTADO POR OTRA PERSONA

M2.3

DOCUMENTO DE RECEPCIÓN DE  
SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA  
PARA MORIR EN FORMATO AUDIOVISUAL

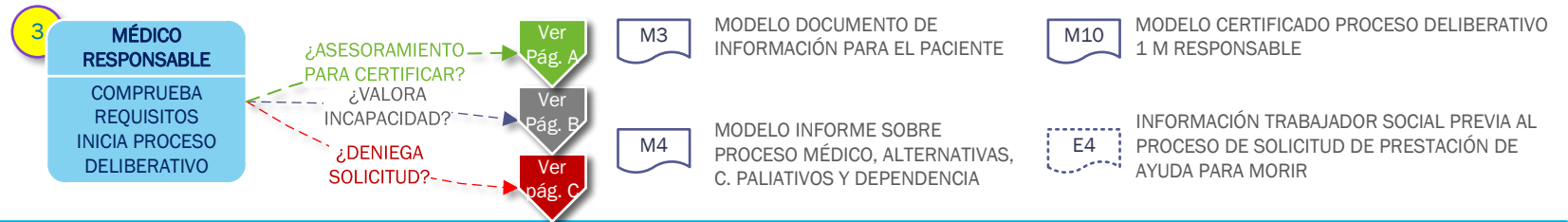
E1

MODELO DECLARACIÓN  
RESPONSABLE INICIO  
FUNCIONES M RESPONSABLE

E6

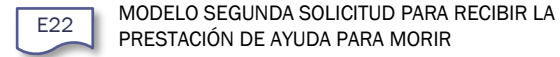
MODELO DESIGNACIÓN  
MÉDICO RESPONSABLE

- El médico responsable, o el profesional sanitario (médico/a o enfermero/a) que reciba la primera solicitud, debe:
  - ✓ Comprobar que el modelo de solicitud utilizado es el correcto (**M1**, o bien **M2.1**, **M2.2** o **M2.3**), facilitando al paciente una copia en su defecto.
  - ✓ Resolver al paciente dudas generales sobre la cumplimentación de la solicitud.
  - ✓ Comprobar la identidad del paciente.
  - ✓ Comprobar que la solicitud la realiza libremente, entendiendo como tal aquella que se efectúa sin presiones externas realizadas por terceros acompañantes, o por que el propio paciente así lo manifieste.
  - ✓ Asegurarse, antes de la rúbrica, que la solicitud está completa en todos sus apartados: nombres y apellidos, documentos identificativos, fechas y firmas de todos los intervinientes.
- Hechas estas comprobaciones, el médico responsable o el profesional sanitario (medico/a o enfermero/a) rubricará la solicitud.
- Una vez rubricada la solicitud, escaneará el documento original y lo incorporará a la HC del paciente.
- Comunicaciones: es preciso realizar estas comunicaciones el día de presentación de la solicitud:
  - ✓ El profesional que rubrique la primera solicitud lo podrá en conocimiento del inmediato superior. También se comunicara a la dirección médica competente.
  - ✓ Simultáneamente, el inmediato superior, o el profesional que ha rubricado la solicitud, enviará un mensaje a través de mensajería **MAS** (unidad ubicada en Grupo SCS) a la Subdirección de Asistencia Sanitaria, seleccionando al paciente, y adjuntando copia escaneada de la solicitud rubricada.
- **Todos los actos sanitarios señalados en los puntos anteriores son NO OBJETABLES.**
- Si el profesional que ha rubricado la solicitud es el médico responsable, y no declara objeción, cumplimentará el **MODELO E1**, incorporándolo a la hc, y se iniciará el procedimiento.
- Si el profesional sanitario que ha rubricado la solicitud no es el médico responsable:
  - ✓ Este profesional hará llegar la solicitud al médico responsable si está identificado.
  - ✓ Una vez obre en poder del médico responsable la primera solicitud, firmará en el momento de su recepción el **MODELO E1** y custodiará los originales **M1** y **E1**, incorporando copia escaneada a la HC del **MODELO E1**, y comprobando que ya ha sido incorporado el **M1** (en su defecto lo incorporará en ese momento), iniciándose el procedimiento.
- Si el médico responsable: no está identificado, o ha declarado objeción de conciencia, o la declara en ese momento por escrito (objeción sobrevenida):
  - ✓ Se hará llegar la solicitud, el día de su presentación, al inmediato superior para que designe médico responsable, comunicando este hecho a la Gerencia del SCS que corresponda, que dará, en su caso, las instrucciones precisas.
  - ✓ La designación debe producirse en el mismo centro sanitario en el que ha sido presentada la solicitud, y si esto no fuera posible, en aquel que se considere más idóneo, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, la localización geográfica, los profesionales más adecuados en función del caso clínico, y la relación establecida entre los profesionales y el paciente.
  - ✓ Si no existe ningún médico en el centro sanitario a quien designar, por objeciones o causas de fuerza mayor (ausencia o enfermedad), será la Gerencia del SCS que corresponda la encargada de realizar la designación del médico responsable, o la Subdirección de Asistencia Sanitaria en el supuesto de que deba asignarse el caso a otra Gerencia. Se empleará para la designación en estos supuestos el **MODELO E6**.
  - ✓ En estos casos, el original de la primera solicitud se hará llegar al médico responsable designado.
- La LORE no establece un plazo para la designación del médico responsable, si bien el legítimo ejercicio del derecho a la objeción de conciencia no puede limitar, retrasar o condicionar la solicitud del paciente. Todas las actuaciones para la designación del médico responsable deben reflejarse por escrito, y se iniciarán de forma urgente.



- Al médico responsable le será ofrecida una sesión informativa sobre la LORE en el momento de ser designado, impartida por quien indique la Subdirección de Asistencia Sanitaria.
- Recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir, el médico responsable verificará que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1.a) de la LORE (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).
- El médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales desde la presentación de la primera solicitud, realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, y sobre las prestaciones que le pudieran corresponder de atención y ayuda a la dependencia.
- Para comprobar la nacionalidad, residencia legal, edad y prestaciones derivadas de la situación de dependencia, el médico responsable podrá recabar la colaboración de los servicios sociales del centro sanitario, o de la Gerencia del SCS que corresponda. Se utilizará el **MODELO E4** para la emisión del informe social.
- El médico responsable habrá de certificar que el paciente presenta:**
  - Un padecimiento grave, crónico e imposibilitante**: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.
  - O una 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.
  - Si el médico responsable necesita asesoramiento para realizar esta certificación:** Ver Pág. A
- Para realizar la valoración de la incapacidad:** Ver Pág. B
- Si el médico responsable deniega la solicitud del paciente, por no cumplirse los requisitos:** Ver Pág. C
- Toda la información dada durante la entrevista deberá facilitarse igualmente por escrito, en el plazo máximo de cinco días naturales desde que se inicia el proceso deliberativo, mediante los modelos **M3** y **M4**.
- Una vez finalizado el proceso deliberativo, el médico responsable realizará un certificado de su actuación utilizando el **MODELO M10**.
- RECORDAR:**
  - CONSERVAR TODOS LOS DOCUMENTOS ORIGINALES, REVISAR QUE ESTÉN COMPLETOS (nombres, fechas, firmas)
  - DIGITALIZAR Y SUBIR A LA HISTORIA CLÍNICA TODOS LOS DOCUMENTOS.





- El paciente debe dejar una separación de **al menos quince días naturales** entre la primera y la segunda solicitud.
- Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante 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.
- **MODELO E22**

5

MÉDICO  
RESPONSABLE  
RETOMA PROCESO  
DELIBERATIVO

5A

MÉDICO  
RESPONSABLE  
FINALIZA PROCESO  
DELIBERATIVO

M11

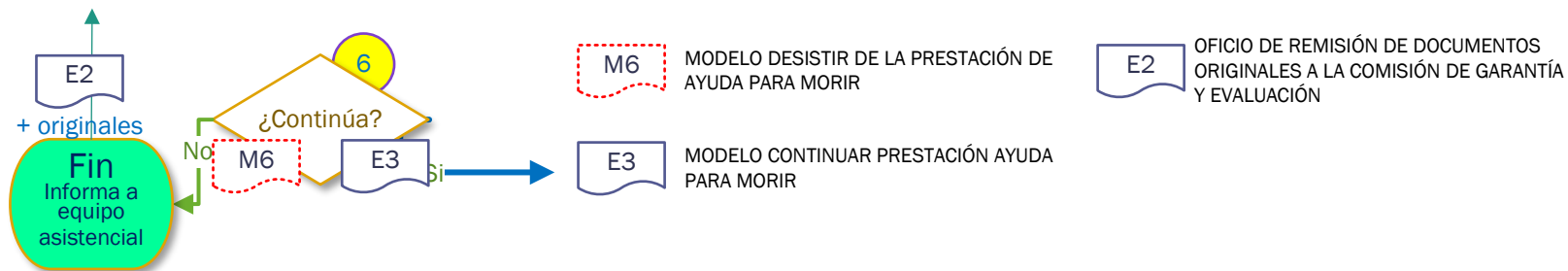
MODELO CERTIFICADO PROCESO DELIBERATIVO  
2º M RESPONSABLE

5

- Una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud.

5A

- El médico responsable dejará transcurrir el plazo de cinco días naturales, quedando a disposición del paciente para resolver cualquier duda o duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud.
- Al efecto, deberá asegurarse un canal accesible al paciente para establecer una comunicación ágil con el médico responsable, pudiendo utilizarse la videoconsulta en tiempo real. Consultar con la Gerencia correspondiente sobre la disponibilidad de estas videoconsultas a través de telemedicina.
- Transcurrido el plazo de cinco días naturales, el médico responsable lo comunicará al paciente, y dará por finalizado el proceso deliberativo,
- A continuación certificará la realización de este segundo proceso deliberativo utilizando para ello el **MODELO M11**, que deberá entregar al paciente, recabando su firma e incorporándolo a la historia clínica.
- El médico responsable dejará transcurrir un nuevo plazo de 24 horas antes de consultar al paciente si desea desistir o continuar con el procedimiento.
- Se dejará constancia en la historia clínica de todas las actividades y consultas realizadas en esta fase del procedimiento.



- Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo que fue retomado, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir.
- En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud utilizará el **MODELO M6**, y el médico responsable pondrá este hecho en conocimiento del equipo asistencial y remitirá todos los documentos originales que obren en su poder a la Comisión de G. y Evaluación junto con el **MODELO E2**, dando por finalizado el procedimiento.
- Si el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, cumplimentará y firmará el **MODELO E3**, incorporándose a la historia clínica, y se pasará al proceso 7,



- Si el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial que vaya a constituirse, especialmente a los profesionales de enfermería.
- En el caso de que así lo solicitara el paciente, el médico responsable informará a los familiares o allegados que señale.
- También el médico responsable deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado utilizando el **MODELO M12**
- **DONACIÓN DE ÓRGANOS:**
  - Durante el proceso de obtención del consentimiento informado se informará al paciente si desea recibir información sobre la donación de órganos. En el caso de que el paciente responda afirmativamente, el médico responsable lo reflejará en el modelo **M12** y lo pondrá en conocimiento de la Coordinación de Trasplantes del HUMV, así como de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.
  - La Coordinación de Trasplantes contactará con el paciente para darle la información que solicite acerca de la donación de órganos y tejidos, sin realizar valoraciones sobre del procedimiento de la prestación de ayuda para morir.
  - El paciente recibirá información sobre el procedimiento de donación, que obliga a fallecer en el hospital, y requiere de un ingreso en la UCI durante 6-12 horas.
  - El contacto con el paciente puede realizarse en consultas del hospital, en el domicilio del paciente, o mediante videoconsulta síncrona. Consultar a la Gerencia correspondiente si esta disponible.
  - El procedimiento sobre donación de órganos se retomará de nuevo solo en el caso de que se produzca la resolución favorable de la Comisión de Garantía y Evaluación.

- Si el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial disponible en su área, especialmente a los profesionales de enfermería. Las comunicaciones escritas se realizarán a través de mensajería **MAS**. Les remitirá adjuntos al mensaje MAS los modelos **M3**, **M4** y **M12**
- Equipo asistencial: es el equipo de profesionales que garantiza la continuidad asistencial en el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir. Se entiende incluidos los profesionales de enfermería encargados del cuidado del paciente.
- Se preconfigura un equipo asistencial por área sanitaria, cuyos profesionales aparecen identificados en los grupos de mensajería **MAS**:
  - EQUIPO ASISTENCIAL ÁREA 1: HUMV
  - EQUIPO ASISTENCIAL ÁREA 2: H LAREDO
  - EQUIPO ASISTENCIAL ÁREAS 3-4: H. SIERRALLANAConviene que en los equipos asistenciales existan profesionales de atención primaria y de atención hospitalaria.
- **FUNCIONES DEL EQUIPO ASISTENCIAL.**
  - Realizar junto con el médico/a responsable, la prestación de ayuda para morir con el máximo cuidado y profesionalidad.
  - Asistir al paciente hasta el momento de la muerte en colaboración con el médico/a responsable.
- **REQUISITOS DEL EQUIPO ASISTENCIAL**
  - Tener capacidad, en su conjunto, para asistir al paciente durante todo el proceso.
  - Tener, en su conjunto, conocimientos sobre los medicamentos a administrar durante la prestación y capacidades en su manejo, especialmente en la vía intravenosa.
  - Para asegurar los dos puntos anteriores, el Servicio Cántabro de Salud debe garantizar la formación necesaria y continuada a los profesionales que participan en los equipos asistenciales.
  - El equipo asistencial debe dar soporte en todo lo que necesite el médico/a responsable para la organización de la prestación de ayuda para morir, incluido: la planificación de los actos asistenciales vinculados a la modalidad elegida por el paciente (vía oral y vía intravenosa) o la coordinación de las tareas de asistencia y observación hasta el fallecimiento del paciente.
  - El equipo asistencial será informado por el médico/a responsable del desarrollo del procedimiento, debiendo estar organizados y coordinados cuando se comunique que se autoriza la realización de la prestación.
- **COMPOSICIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL**
  - El equipo asistencial debe estar constituido al menos por un/a médico/a y un/a enfermero/a.
  - Conviene que formen parte del equipo asistencial un/a psicólogo/a clínico, y un/a farmacéutico.
  - El equipo asistencial puede ser el equipo en el que esté integrado el médico/a responsable, es decir, aquel que desarrolle la actividad conjuntamente en el mismo centro o servicio sanitario.
  - Pueden formar parte del equipo asistencial otros profesionales sanitarios cuya participación se considere necesaria para realizar la prestación.
  - Conviene que el equipo asistencial sea lo suficientemente amplio como para que pueda realizar sus funciones durante la ausencia de algunos de sus miembros por permisos, licencias o equivalentes.
  - Conviene que el equipo asistencial sea configurable, en función del caso concreto, de forma que, puedan actuar unos u otros profesionales según sea necesario.
  - Por ejemplo, si el médico responsable no tiene los conocimientos ni capacidades específicos en el manejo de medicamentos a administrar durante la prestación, se activaría la participación de un miembro del equipo con estas capacidades y conocimientos, no siendo necesaria esta participación en el caso contrario.
  - En supuestos concretos, si un equipo asistencial no puede dar suficiente soporte, puede contar con el apoyo de otro equipo asistencial constituido.
- **SOLICITUD DE INCORPORACIONES AL EQUIPO ASISTENCIAL:**
  - El médico responsable solicitará a la Subdirección de Asistencia Sanitaria a través de mensajería MAS (pestaña SCS) la incorporación al equipo asistencial de los profesionales adicionales que necesite.
- **UTILIZACIÓN DE LA TELEMEDICINA**
  - Cuando no sea precisa la interacción física, los miembros del equipo asistencial, junto con el médico responsable, podrán atender al paciente a través de videoconsulta síncrona.
  - Consultar con la Gerencia correspondiente sobre la disponibilidad de estas videoconsultas a través de telemedicina.
- **INFORMACIÓN A FAMILIARES Y ALLEGADOS**
  - En el caso de que así lo solicitara el paciente, el médico responsable informará a los familiares o allegados que señale.

**EQUIPO  
ASISTENCIAL**

CONOCIMIENTO  
INICIA ASISTENCIA

M3

MODELO DOCUMENTO DE INFORMACIÓN  
PARA EL PACIENTE

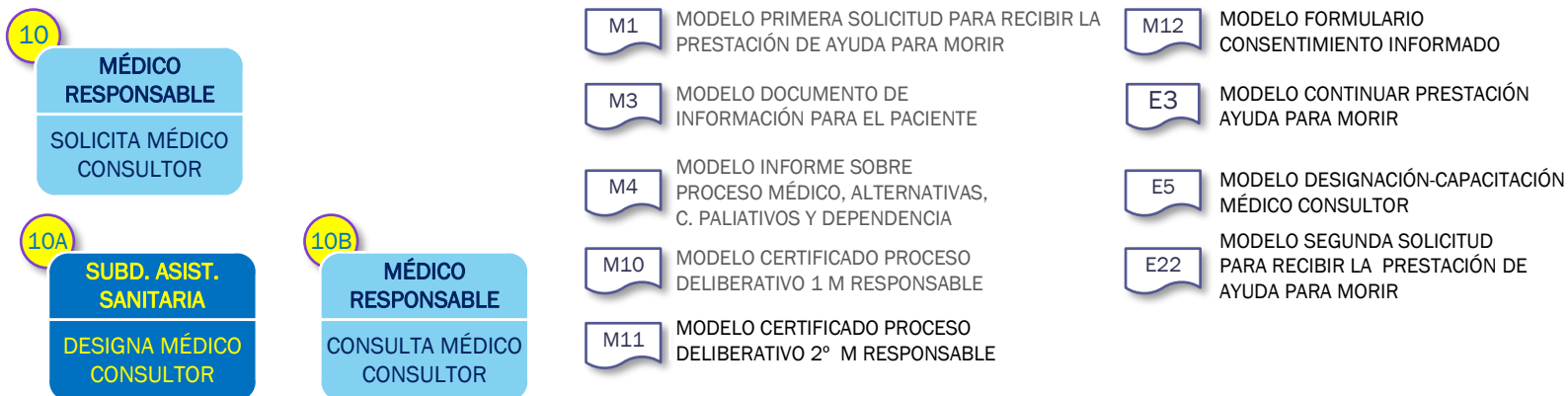
M4

MODELO INFORME SOBRE PROCESO  
MÉDICO, ALTERNATIVAS, C. PALIATIVOS Y  
DEPENDENCIA

M12

MODELO FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

- El equipo asistencial recibe la comunicación del caso por parte del médico responsable a través de **MAS**.
- Adjuntará al mensaje los modelos **M3**, **M4** y **M12**, así como cualquier otra información que se considere necesaria.
- A partir de ese momento, se prestará asistencia paciente en función de sus necesidades, de acuerdo a la priorización que se establezca.
- Las Gerencias que correspondan garantizarán la protección de tiempos de los componentes del equipo asistencial.



**10**

- Ante una solicitud de ayuda para morir, una vez finalizado el proceso deliberativo entre el médico responsable y el paciente y una vez que el paciente firma el consentimiento informado, el médico responsable deberá solicitar por mensajería **MAS** a la Subdirección de Asistencia Sanitaria la designación de un médico consultor.
- El médico responsable podrá proponer el profesional a designar que considere, siendo en su defecto designado por la propia Subdirección de Asistencia Sanitaria.

**10A**

- La Subdirección de Asistencia Sanitaria designará médico consultor, teniendo en cuenta las patologías del paciente, la propuesta del médico responsable, y tras consulta a la dirección médica competente. Utilizará el **MODELO E5**, que remitirá, firmado electrónicamente, por **MAS**, al médico propuesto como consultor para su conocimiento. Este modelo también incorpora una acreditación de la formación exigida a que hace referencia el artículo 3.e de la LORE.
- La Subdirección de Asistencia Sanitaria también remitirá el modelo **E5** al médico responsable como archivo adjunto, para que a partir de ese momento realice la consulta al médico consultor prevista en el artículo 8.3 de la LORE.
- A tener en cuenta en la designación:
  - El médico consultor no podrá pertenecer al equipo del médico responsable, ni haber tenido vinculación asistencial previa con el paciente solicitante, salvo que en situaciones excepcionales este requisito no pueda cumplirse.
  - El médico consultor ha de tener, necesariamente, formación en las patologías que padece el paciente. Puede tratarse de profesionales de atención primaria y/o hospitalaria.
  - El médico consultor no debe pertenecer al mismo equipo que el médico/a responsable. El **M13** (modelo de informe del médico consultor) incluye una declaración responsable del médico consultor de no pertenencia al mismo equipo que el médico responsable ni de vinculación asistencial previa con el paciente.
  - El médico consultor no podrá intervenir en el proceso si incurriese en conflicto de intereses o se beneficiase de la práctica de la eutanasia. De esta circunstancia se informará al médico responsable y al responsable del centro.
  - En el supuesto en el que un médico que forme parte de la Comisión de Garantía y Evaluación sea elegido como médico consultor, no podrá intervenir en el proceso de evaluación que realice la Comisión para esa solicitud, ni en las sesiones donde se diriman las discrepancias que deba debatir la Comisión en pleno.

**10B**

- El médico responsable realizará la consulta al médico consultor prevista en el artículo 8.3 de la LORE y le enviará por **MAS** los modelos M1, M3, M4, M10, M11, M12, E3, E5, así como cualquier otra información o documento que considere.



M13 MODELO CONCLUSIONES MEDICO CONSULTOR

E2 OFICIO DE REMISIÓN DE DOCUMENTOS ORIGINALES A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

- El médico consultor debe realizar las siguientes tareas, en el **plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud**:
  - Corroborar el cumplimiento de los requisitos contemplados en el apartado 5.1 (requisitos generales) o 5.2 (requisitos cuando el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades) de la LORE, según proceda.
  - Estudiar la historia clínica y examinar al paciente.
  - Redactar un informe sobre el cumplimiento de los requisitos, incorporándolo a la historia clínica (modelo M13).
- El médico consultor recibirá la información del caso por parte del médico responsable a través de **MAS**, y accederá a todo el contenido de la HCE de A. Primaria y Hospitalaria.
- El médico consultor puede examinar al paciente utilizando, de forma única o combinada:
  - Videoconsulta síncrona si esta disponible, siempre que a su juicio no precise un examen presencial, con los siguientes requisitos:
    - ✓ Debe ser aceptada por el paciente, siendo válido el consentimiento verbal, que deberá hacerse constar en la historia clínica.
    - ✓ En el extremo paciente debe estar presente un profesional sanitario perteneciente al equipo asistencial, que no sea el médico responsable. Sus funciones son asegurar la identidad del paciente, resolver contingencias técnicas o clínicas, y prestar al médico consultor el apoyo que precise.
    - ✓ Consultar con la Gerencia correspondiente sobre la disponibilidad de estas videoconsultas a través de telemedicina.
  - Consulta presencial, desplazándose al domicilio del paciente. La Gerencia correspondiente facilitará los desplazamientos y la protección de tiempos del profesional.
  - Consulta presencial en el hospital o centro sanitario. En este caso, la Gerencia correspondiente facilitará el transporte sanitario individual del paciente, garantizando la confidencialidad e intimidad de esta consulta.
- Finalizados los procesos anteriores, el médico consultor remitirá por **MAS** al médico responsable, un informe sobre el cumplimiento de los requisitos.
  - El informe, que podrá ser favorable o desfavorable, debe elaborarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud de acuerdo al **MODELO M13**.
  - Puede utilizarse una plantilla de informe clínico de consulta externa disponible en Altamira, insertando el texto del modelo **M13**, de forma que quede registrado el episodio. Una vez grabado el informe, el médico consultor lo imprimirá en papel, lo firmará, y lo volverá a subir en la HC Altamira como informe externo.
  - El **M13** contiene una declaración responsable del médico consultor de no pertenencia al mismo equipo del médico responsable, y de no haber tenido vinculación previa con el paciente, tal y como señala el artículo 3.1 de la LORE y el Manual de Buenas Prácticas.
  - A continuación, el médico consultor enviará por **MAS** dicho informe **M13** firmado al médico responsable como documento adjunto.
  - El informe firmado original será remitido por el médico consultor a la Comisión de Garantía y Evaluación en el mismo plazo de 24 horas desde su redacción, acompañado del **MODELO E2**.
- La Subdirección de Asistencia Sanitaria y las Gerencias correspondientes facilitarán el apoyo y asesoramiento necesarios al médico consultor. Además, facilitarán el acceso a la historia y documentación clínica para corroborar las condiciones de la solicitud.



- El médico responsable informará al paciente de las conclusiones del informe del médico consultor, en el plazo de 24 horas desde que reciba el informe.
- Avisará al paciente que le será remitida copia de este informe **M13** en el plazo de 3 días hábiles, y de la posibilidad de reclamar si fuese desfavorable.
- Podrá utilizarse la videoconsulta síncrona para realizar esta tarea. Consultar con la Gerencia correspondiente sobre la disponibilidad de estas videoconsultas a través de telemedicina.



- El médico responsable, en el plazo de tres días hábiles desde su emisión, hará llegar al paciente dos copias del informe del médico consultor (**MODELO M13**) cuya recepción deberá firmar, señalando la fecha en que lo recibe.
- Una de las copias será devuelta al médico responsable, la cual deberá escanear e incorporar a la historia clínica del paciente.
- Se procurará evitar desplazamientos al paciente para realizar, en exclusiva, los trámites de recogida o devolución del modelo **M13**.
- Si el informe del médico consultor es desfavorable



14

## MÉDICO RESPONSABLE

INFORMA A CGE  
ENVÍA DOCUMENTOS

M14

MODELO COMUNICACIÓN MEDICA A LA CGE

M1

MODELO PRIMERA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

M3

MODELO DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

M4

MODELO INFORME SOBRE PROCESO MÉDICO, ALTERNATIVAS, C. PALIATIVOS Y DEPENDENCIA

M10

MODELO CERTIFICADO PROCESO DELIBERATIVO 1 M RESPONSABLE

M11

MODELO CERTIFICADO PROCESO DELIBERATIVO 2º M RESPONSABLE

M12

MODELO FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

E1

MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE INICIO FUNCIONES M RESPONSABLE

E3

MODELO CONTINUAR PRESTACIÓN AYUDA PARA MORIR

E5

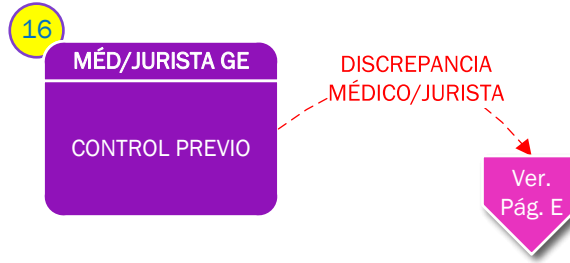
MODELO DESIGNACIÓN-CAPACITACIÓN MÉDICO CONSULTOR

E22

MODELO SEGUNDA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

- El médico responsable pondrá el caso en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación a través de mensajería **MAS** adjuntando el Modelo M14, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10 de la LORE.
- El mensaje MAS se dirigirá a la UNIDAD COM-GE, indicando en el asunto que va dirigido al presidente de la Comisión, evitando el envío solo al usuario, para prevenir que no sea leído en caso de ausencia.
- También adjuntará al mensaje MAS el resto de documentos que ha generado el caso

- Una vez recibida la comunicación del médico responsable, el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo máximo de dos días (hábiles), a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.



- El médico y jurista designados, verificarán si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.
- Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros designados tienen acceso a la mensajería sanitaria **MAS**, y a la historia clínica a través de e-Visor.
- Para considerarse válidos, todos los documentos y modelos relacionados con el caso, deben encontrarse alojados en la historia clínica, digitalizados, y completos en todas sus partes (nombres, fechas, firmas).
- También podrán entrevistarse con el médico responsable, médico consultor, y el equipo asistencial, así como con la persona solicitante, poniendo a su disposición desde la Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección sistemas de videoconferencia cifrados.
- 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 la LORE. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación.
- En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros de la CGE designados (médico y jurista)

Ver.  
Pág. E

- La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade mediante mensajería **MAS** al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir.
- Todo ello deberá hacerse en el plazo máximo de dos días naturales.

18

MÉDICO RESPONSABLE

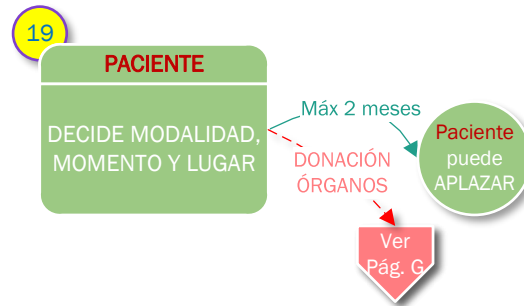
COMUNICA RESOL. CGE  
A PACIENTE  
COORDINA PROCESO

RESOLUCIÓN  
DESFAVORABLE

Ver  
Pág. F

- El médico responsable comunicará la resolución al paciente, e iniciará con el equipo asistencial la coordinación de la prestación.
- Si la resolución es desfavorable

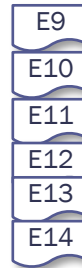
Ver  
Pág. F



- El médico responsable dialogará con el paciente para organizar la forma de realización de la modalidad de la prestación de ayuda para morir, sobre el tiempo, el lugar, las condiciones y sobre su derecho al acompañamiento de familiares y allegados. El acuerdo con el paciente se comunicará al resto del equipo asistencial.
- El paciente, en la medida de lo posible, podrá elegir el lugar para la realización de la prestación de ayuda para morir, pudiendo ser en su propio domicilio (los centros residenciales se consideran el domicilio del paciente) o en el hospital.
- En el caso de que el lugar elegido sea el propio domicilio del paciente, se trasladará el equipo asistencial y el médico responsable al mismo, con independencia de que su actividad laboral habitual se realice en el entorno de atención primaria o de atención hospitalaria, disponiendo para ello lo necesario (traslados y protección de tiempos) las Gerencias que resulten competentes.
- El paciente podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica.
- Asimismo, el paciente podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir. En este caso se determina un plazo máximo de 2 meses a partir de la fecha en que le es comunicada la resolución favorable de la comisión de garantía y evaluación, a fin de garantizar que el paciente continúa cumpliendo todos los requisitos exigidos en la LORE. Transcurrido dicho plazo, se entenderá que el paciente desiste del procedimiento iniciado.
- **Si el paciente ha solicitado donar sus órganos**



- Los medicamentos utilizados durante la prestación de ayuda para morir y la pauta de administración se ajustarán a las recomendaciones sobre medicamentos a administrar durante la realización de la prestación de ayuda para morir del manual de buenas prácticas [https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf).
- El médico prescriptor será aquel que dirija el proceso de administración de medicamentos durante la prestación. Puede ser el médico responsable u otro médico perteneciente al equipo asistencial.
- Modelos a utilizar: **MODELO E9** para la modalidad intravenosa, o el **MODELO E10** para la modalidad oral
  - El médico prescriptor rellenará los tres apartados del modelo (datos del paciente, orden de prescripción y prescripción de los medicamentos), firmando además la orden.
  - Los modelos E9 y E10 indican, a los efectos previstos en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, que la utilización de los fármacos prescritos (kit 1 y Kit 2) se realiza en condiciones diferentes a las autorizadas en la ficha técnica, siguiendo las pautas del Manual de buenas prácticas en eutanasia previsto en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- Una vez firmada la prescripción, escaneará el modelo E9 o E10 y lo remitirá al servicio de farmacia hospitalaria correspondiente a través de mensajería **MAS**, incorporando al paciente en el mensaje. En el asunto y cuerpo del mensaje deberá hacer constar que se trata de una prescripción de medicamentos para la prestación de ayuda para morir por vía intravenosa u oral según proceda. También remitirá el modelo E9/E10 al farmacéutico/a de enlace perteneciente al equipo asistencial si está disponible, con objeto de que coordine el proceso de dispensación.



FORMULARIO PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS VÍA IV

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS VÍA ORAL

MODELO REGISTRO ELABORACION KITS IV FARMACIA v2.0

MODELO REGISTRO DISPENSACIÓN y DEVOLUCIÓN KIT IV FARMACIA v2.0

MODELO REGISTRO ELABORACION KIT ORAL FARMACIA v2.0

MODELO REGISTRO DISPENSACIÓN y DEVOLUCIÓN KIT ORAL FARMACIA v2.0

**20A** El Servicio de Farmacia Hospitalaria elaborará los Kit de medicación (oral y/o intravenosa según proceda) cumplimentando y firmando los anexos E11 o E13

- Para la modalidad intravenosa, se elaborarán dos kits.
- Para la modalidad oral, también deben elaborarse dos Kits de vía intravenosa por si es preciso realizar la conversión a esta última modalidad ante el alargamiento o fracaso del procedimiento oral (ver apartado 3.1.2 del Manual de Buenas Prácticas). Por tanto, se cumplimentarán para la modalidad oral los anexos E11 y E13.
- A continuación, se cumplimentará el modelo E12 para la modalidad intravenosa, y el E12 y E14 para la modalidad oral.
  - Los registros de firmas de dispensación serán firmados por el/la farmacéutico responsable de la dispensación y por el profesional sanitario que reciba los kits
  - Los registros de firmas de devolución serán firmados por el profesional sanitario que devuelva los Kits sobrantes y por el/la farmacéutico/a receptor
- Los profesionales del equipo asistencial revisarán los kit suministrados antes de realizar la prestación.
- El anverso de los modelos E9 y E10 incorporan el procedimiento a seguir para las modalidades intravenosa y oral, debiendo en todo caso consultarse lo dispuesto en el Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia.
- Se asegurará la disponibilidad de los materiales de inyección necesarios antes de realizar la prestación. Leer las recomendaciones sobre materiales y vías en el Manual de Buenas Prácticas.
- Se informará al equipo asistencial del procedimiento a seguir
- Se Incorporarán los documentos **E9, E10, E11, E12, E13, E14** una vez firmados por todos los intervinientes a la historia clínica del paciente.

- Además del médico responsable, el equipo asistencial que deberá desplazarse al punto donde se encuentre el paciente, debe incluir profesionales sanitarios entrenados en el manejo de la vía intravenosa, y en la atención de contingencias técnicas o clínicas que pudieran presentarse, además de aquellos otros que solicite el médico responsable.
- Se garantizará al paciente y a sus familiares y allegados un entorno asistencial de confortabilidad y humanización en los cuidados. El médico responsable, el equipo asistencial y la Gerencia competente en cada caso, deben adoptar las medidas necesarias para asegurar la intimidad de los pacientes y de sus allegados durante la realización de la prestación.
- En el supuesto de una situación de incapacidad de hecho, el médico responsable llevará a cabo la realización de la prestación de ayuda para morir de acuerdo con lo dispuesto en el documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido, siempre que su situación clínica lo permita y no haya ninguna contraindicación fundamentada. Si el paciente no hubiera indicado la modalidad de realización de la prestación, se optará por la vía intravenosa para la administración de los medicamentos.
- En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.2.ª) de la LORE (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) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, deben mantener la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.
- El médico responsable deberá certificar el fallecimiento del paciente de acuerdo a lo recogido en el proceso 22.
- Una vez que el paciente ha fallecido, el equipo asistencial deberá proceder a la retirada de los catéteres, sondas, u otros dispositivos de acuerdo a los procedimientos habituales ante fallecimiento por muerte natural.
- De cada uno de los actos sanitarios realizados durante la prestación de ayuda para morir, se debe dejar constancia en la historia clínica por cada uno de los profesionales sanitarios intervinientes.
- Les Gerencias competentes en cada caso encomendarán este servicio y facilitarán la protección de tiempos del médico responsable y profesionales del equipo asistencial que participen en la prestación de ayuda para morir. Asimismo, facilitarán los medios de transporte necesarios, o en su caso las indemnizaciones por desplazamiento a que hubiere lugar.

**MÉDICO RESPONSABLE**  
PRESTACIÓN DE AYUDA  
PARA MORIR. CERTIFICA  
FALLECIMIENTO  
ENVÍO M8.1, M8.2

M8.1

MODELO DOCUMENTO PRIMERO COMUNICACIÓN A LA CGE

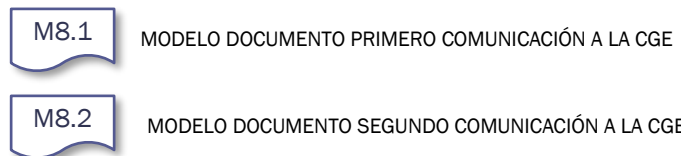
M8.2

MODELO DOCUMENTO SEGUNDO COMUNICACIÓN A LA CGE

+ E2

OFICIO DE REMISIÓN DE DOCUMENTOS  
ORIGINALES A LA COMISIÓN DE GARANTÍA  
Y EVALUACIÓN

- Aunque el médico responsable no dirija el procedimiento de administración de medicamentos, y esta tarea la realicen otros profesionales expertos pertenecientes al equipo asistencial, debe estar presente y acompañar al paciente en la realización de la prestación de ayuda para morir.
- La muerte como consecuencia 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.
- El médico responsable debe certificar el fallecimiento del paciente. El certificado médico de defunción debe expresar:
  - Como causa inmediata: prestación de ayuda para morir (LO 3/2021).
  - Como causa inicial o fundamental: la patología de base que genera una "enfermedad grave e incurable" o un "padecimiento grave, crónico e incapacitante".
- De cada uno de los actos sanitarios realizados durante la prestación de ayuda para morir, se debe dejar constancia en la historia clínica por cada uno de los profesionales sanitarios intervinientes.
- Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable debe remitir por mensajería **MAS** a la Comisión de Garantía y Evaluación los documentos "primero" y "segundo" contemplados en el artículo 12 de la LORE, utilizando para ello los modelos **M8.1** y **M8.2**
- En el mismo plazo de cinco días hábiles, el médico responsable remitirá toda la documentación original que esté en su poder desde el inicio del proceso a la Comisión de Garantía y Evaluación (Consejería de Sanidad, Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección) , adjuntando un oficio de acuerdo al **MODELO E2** conteniendo la relación de documentos remitidos, cuya salida del centro sanitario deberá ser registrada, al igual que la entrada en la Consejería de Sanidad.



La comisión de Garantía y Evaluación, una vez recibidos los modelos M8.1 y M8.2 verificará 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 (**M8.2**). No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero (**M8.1**). Si, tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación se considerara afectada, este podrá retirarse voluntariamente o ser recusado.

Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá consultar la historia clínica del paciente, a la que tiene acceso, y decidir por mayoría simple solicitar al médico responsable la información adicional que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda para morir.

- Toda la documentación original remitida por el médico responsable, acompañada por el Modelo de remisión **E2**, será registrada de entrada en la Oficina de Registro de la Consejería de Sanidad, realizando el asiento registral a la Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección.
- Una vez registrada, la documentación será archivada por la Secretaría de la Comisión de Garantía y Evaluación, y estará disponible a disposición de la misma y de las autoridades administrativas o judiciales que corresponda.

- El médico responsable habrá de certificar que el paciente sufre una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en la LORE, o en caso de no sufrir ninguno de estos procesos, proceder a denegar la solicitud por incumplimiento de este requisito.
- Sin embargo, pueden darse situaciones en las que el médico responsable no disponga de la información suficiente, o tenga dudas a la hora de tomar la decisión de certificar el contexto eutanásico en que se encuentra el paciente.
- El Manual de Buenas Prácticas aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establece que “la administración sanitaria competente deberá garantizar el asesoramiento y apoyo al médico/a responsable durante todo el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir, facilitándole el acceso a médicos/as consultores/as, interconsultas y otros trámites necesarios en el proceso”.
- En consecuencia, el médico responsable podrá solicitar un servicio de asesoramiento a la Dirección Médica de la Gerencia que corresponda, para el apoyo en la toma de decisiones acerca de la certificación del contexto eutanásico.
- La Dirección Médica de la Gerencia que corresponda, analizadas las patologías que padece el paciente, facilitará una interconsulta entre el médico responsable y otro profesional experto para que preste dicho asesoramiento.
- Deberán protegerse los tiempos de ambos profesionales para realizar esta interconsulta.
- La interconsulta entre profesionales se podrá realizar utilizando telemedicina (interconsulta audiovisual en tiempo real, combinada con informe de interconsulta MAS). Consultar con la Gerencia correspondiente sobre la disponibilidad de estas interconsultas a través de telemedicina.
- Esta interconsulta no supondrá un aumento de los plazos del procedimiento establecido en la LORE.
- Este servicio de interconsulta es independiente de la consulta que de acuerdo con la LORE hay que realizar al médico/a consultor.
- La interconsulta se solicitará utilizando la mensajería sanitaria MAS, de acuerdo al diagrama incluido en esta página.



- La valoración de la situación de incapacidad de hecho corresponde al médico responsable, quien debe partir de la misma actitud que se tiene ante cualquier paciente que solicita una determinada prestación. Como es habitual en la práctica clínica, esta valoración comienza por una entrevista clínica, durante la cual el médico responsable valora la capacidad de comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección por parte del paciente.
- En el desarrollo del proceso deliberativo, el médico responsable partirá de la presunción de capacidad del paciente para tomar decisiones acerca de su propia vida. Se valorará la capacidad de comprensión, capacidad de apreciación, razonamiento coherente y expresión de una elección. Si hay sospecha de incapacidad, se asegurará que no tenga su origen en un déficit de información, en dificultades comunicativas o en elementos culturales.
- El médico responsable, ante un resultado no concluyente, podrá utilizar las herramientas de apoyo disponibles en el Protocolo de Actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho publicado por el Ministerio de Sanidad.
- Todo ello sin perjuicio de que, el médico responsable, si lo considera, pueda recurrir a la interconsulta con un profesional sanitario experto.
  - Para ello, el médico responsable solicitará por **MAS** a la Dirección Médica de la Gerencia que corresponda un servicio de interconsulta con un profesional sanitario experto en este tipo de valoración.
  - La Dirección Médica que corresponda facilitará una interconsulta, analizadas las patologías que padece el paciente, y lo comunicará al profesional designado y al médico responsable a través de **MAS**.
  - Se podrá utilizar la videoconsulta en tiempo real para realizar esta valoración entre el profesional experto y el paciente si no es precisa la interacción física, y/o realizar una interconsulta telemática entre ambos profesionales. **MODELO E7**.
  - Consultar con la Gerencia correspondiente sobre la disponibilidad de estas interconsultas o videoconsultas a través de telemedicina.
  - La interconsulta con un profesional sanitario experto es independiente de la consulta que de acuerdo con la LORE hay que realizar al médico/a consultor.





## DENEGACIÓN DE SOLICITUD MÉDICO RESPONSABLE

E2 OFICIO DE REMISIÓN DE DOCUMENTOS ORIGINALES A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

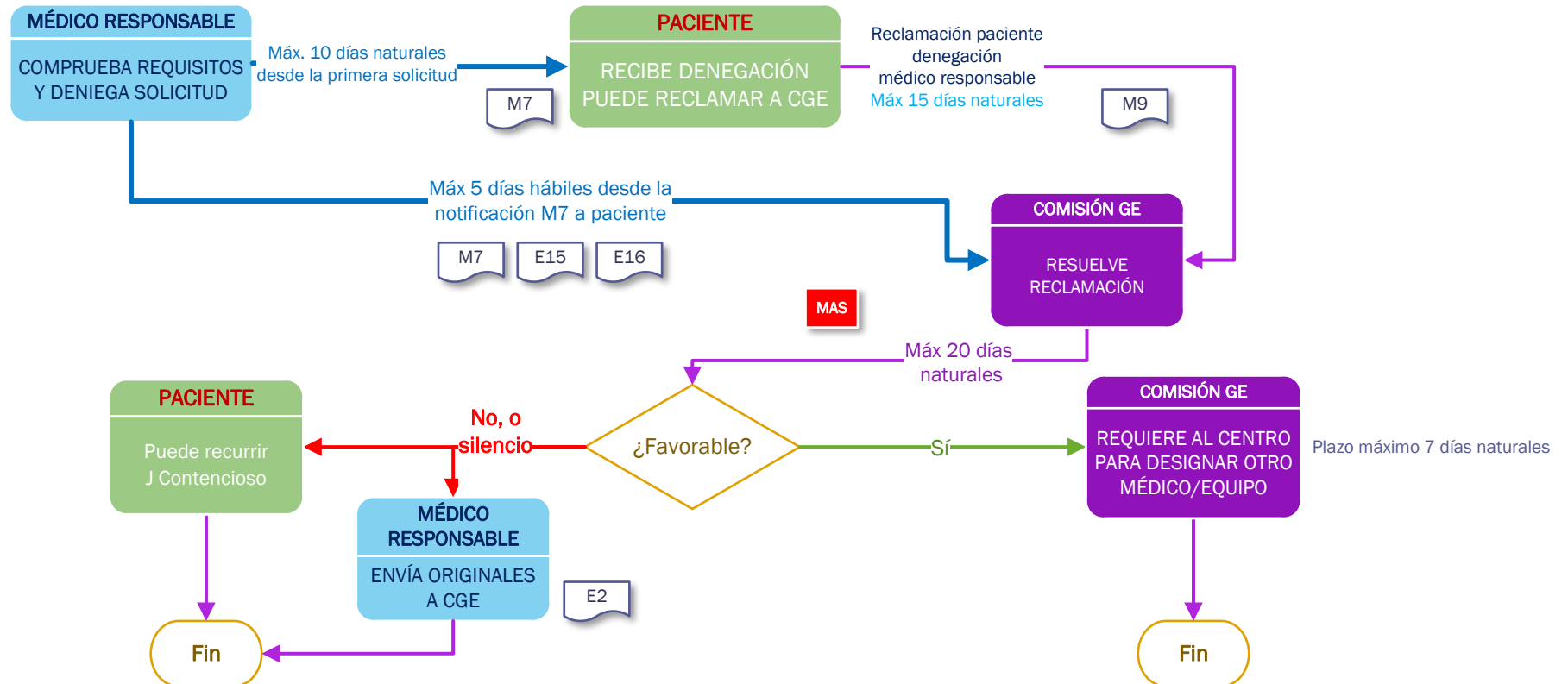
M7 MODELO DENEGACIÓN POR MÉDICO RESPONSABLE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

E15 MODELO DOCUMENTO PRIMERO ADAPTADO COMUNICACIÓN A LA CGE

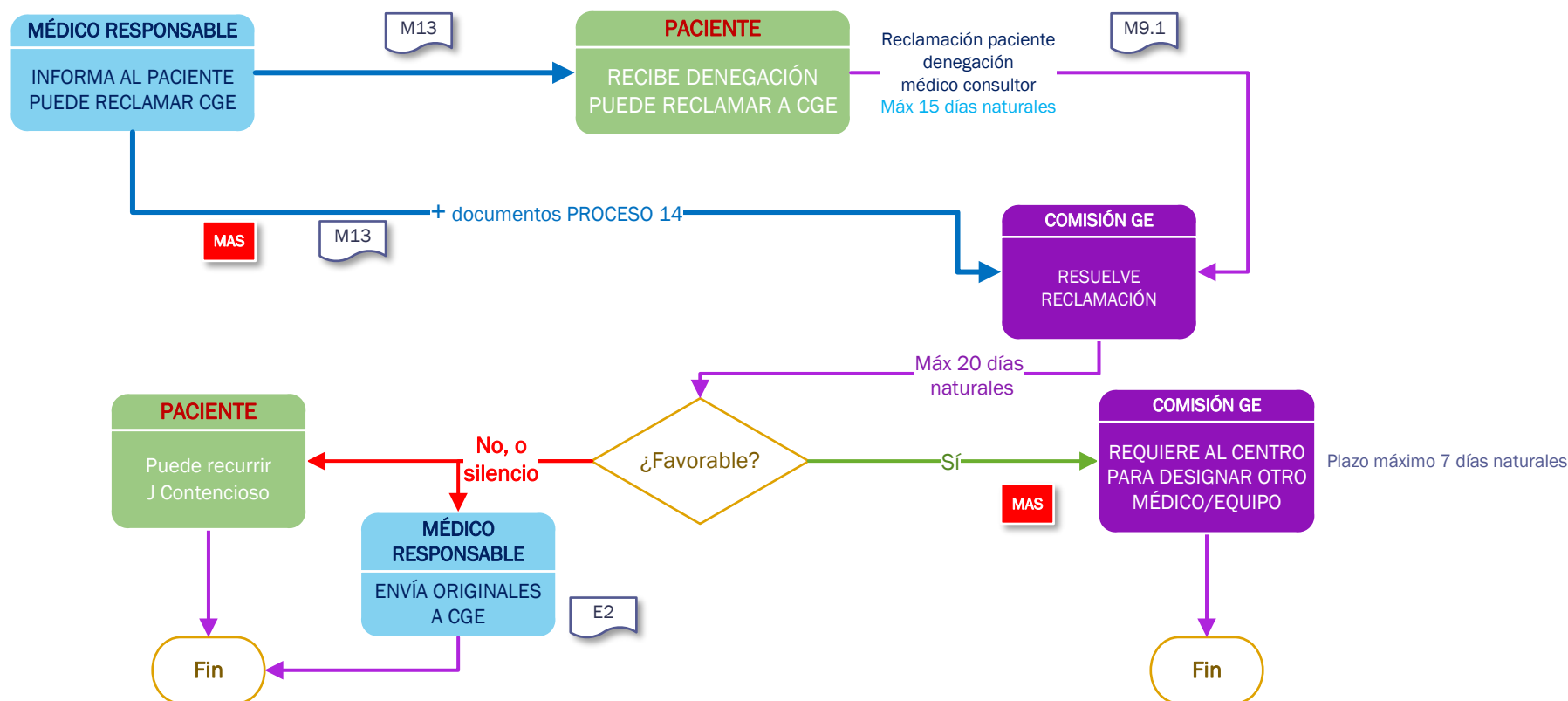
M9 MODELO RECLAMACIÓN A CGE CONTRA DENEGACIÓN M RESPONSABLE

MODELO DOCUMENTO SEGUNDO ADAPTADO COMUNICACIÓN A LA CGE

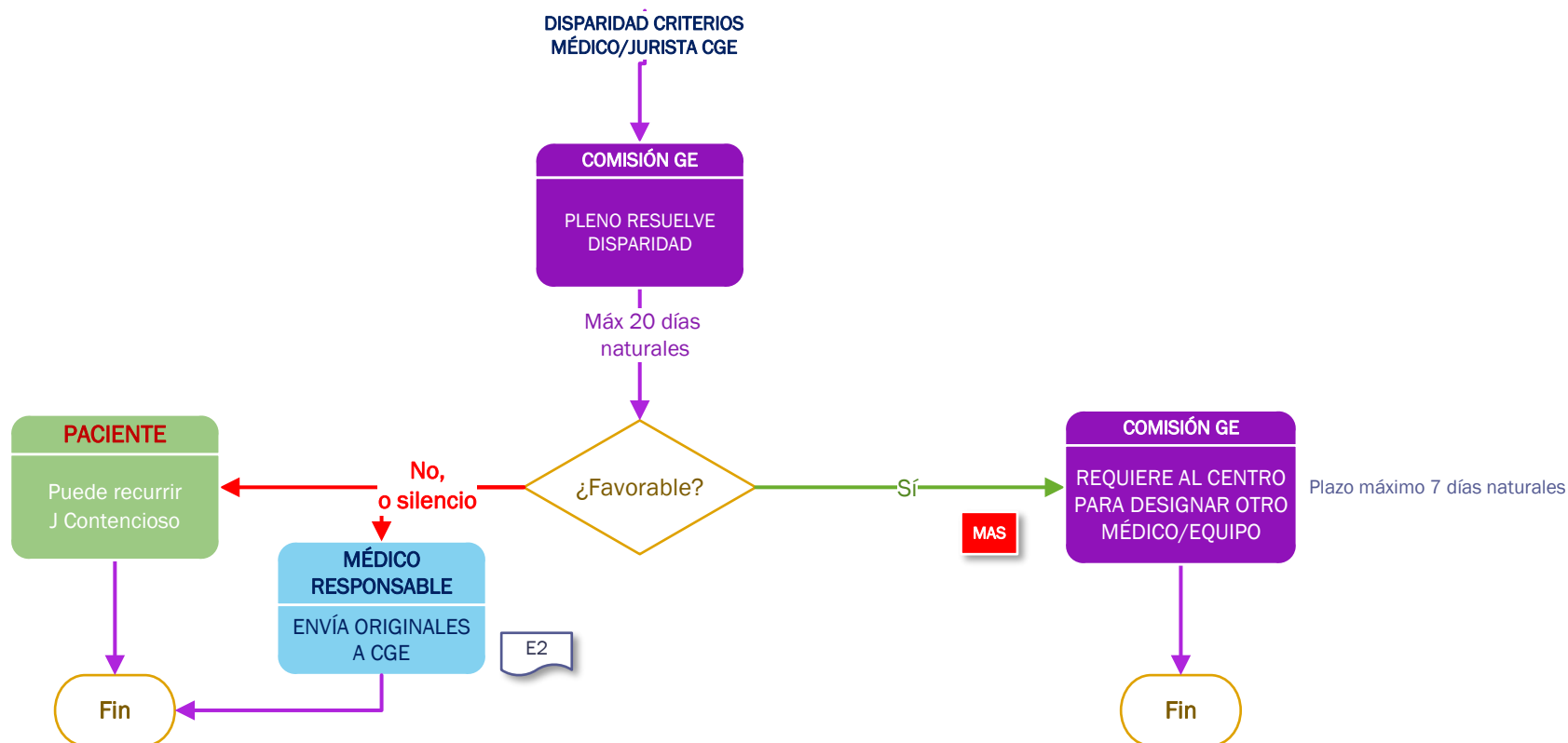
- El médico responsable, en el plazo máximo de 10 días hábiles desde la primera solicitud, podrá denegar la solicitud de la prestación de ayuda para morir por incumplimiento de los requisitos, y lo comunicará por escrito al paciente mediante el **MODELO M7**. El paciente deberá firmar la comunicación de la denegación, indicando la fecha. El documento **M7** firmado por médico y paciente se incorporará a la historia clínica.
- Asimismo, el médico responsable enviará por **MAS** a la Comisión de GE en el plazo de cinco días hábiles contados a partir de que se le haya notificado la denegación al paciente los modelos **M7**, **E15** y **E16**.
- Si el paciente reclama a la CGE en el plazo de 15 días naturales, puede utilizar el **MODELO M9**.
  - Si la CGE resuelve favorablemente al paciente, toda la documentación original se remitirá al equipo sanitario que indique la Gerencia competente.
  - Si la CGE resuelve desfavorablemente al paciente, toda la documentación original se remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación para su archivo, acompañada del modelo **E2**.
- Transcurrido el plazo de dos meses desde el informe desfavorable del médico consultor, si el médico responsable no hubiera recibido otras indicaciones, remitirá para su archivo toda la documentación original a la Comisión de Garantía y Evaluación (Consejería de Sanidad, Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección), adjuntando un oficio de acuerdo al modelo E2.



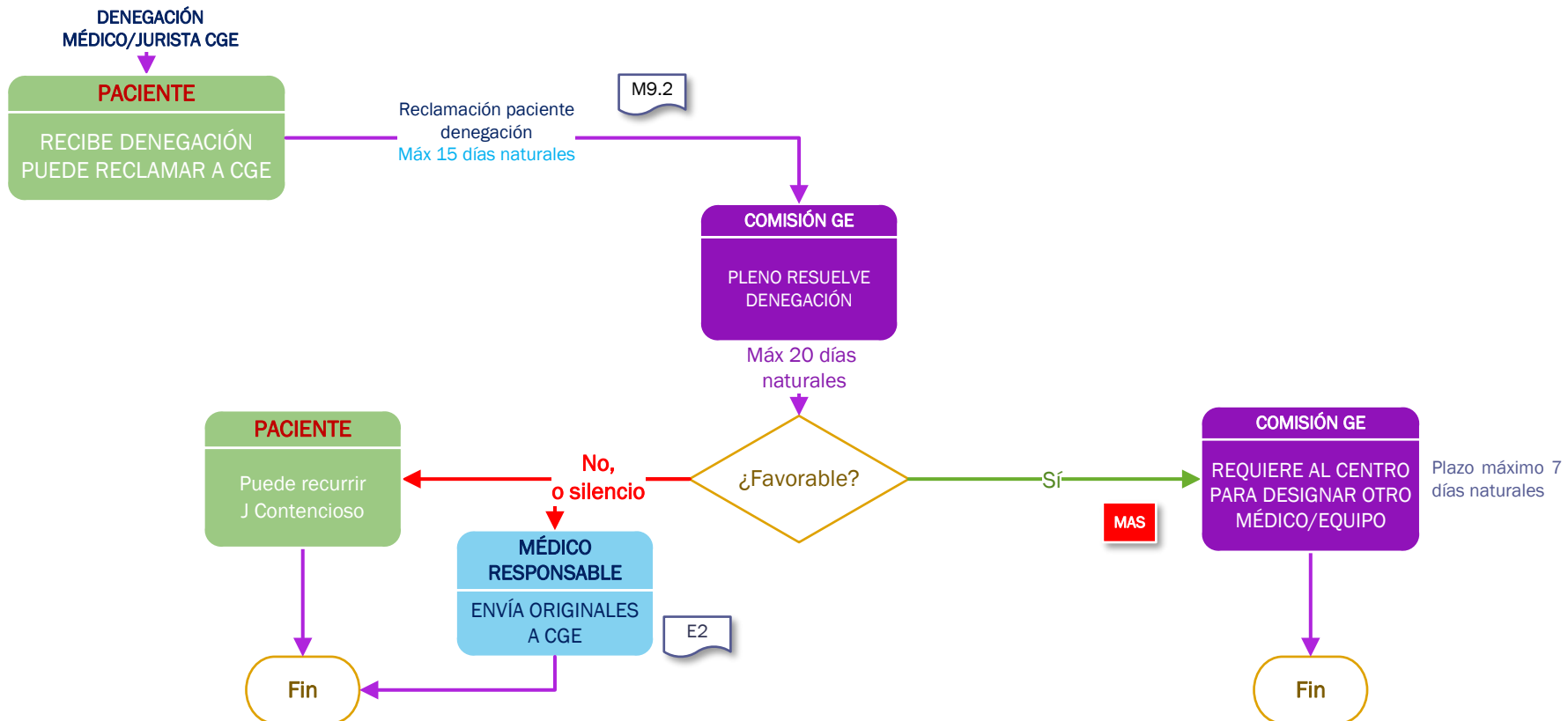
- Si el informe del médico consultor es desfavorable, señalando que no se cumplen los requisitos establecidos en la LORE, el médico responsable debe:
  - Informar al paciente que dispone de un plazo de 15 días naturales para presentar una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación.
  - Informar al equipo asistencial.
  - Dar traslado al Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de dicho informe desfavorable del médico consultor (**MODELO M13**) a través de mensajería **MAS**, adjuntando al mensaje todos los documentos señalados en el proceso 14.
- Si el paciente reclama ante la CGE, puede utilizar el **MODELO 9.1**:
  - Si la CGE resuelve favorablemente al paciente, toda la documentación original se remitirá al equipo sanitario que indique la Gerencia competente.
  - Si la CGE resuelve desfavorablemente al paciente, toda la documentación original se remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación para su archivo, acompañada del modelo E2.
- Transcurrido el plazo de dos meses desde el informe desfavorable del médico consultor, si el médico responsable no hubiera recibido otras indicaciones, remitirá para su archivo toda la documentación original a la Comisión de Garantía y Evaluación (Consejería de Sanidad, Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección), adjuntando un oficio de acuerdo al **MODELO E2**.



- En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros de la CGE designados (médico y jurista), se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.
- Si la CGE resuelve favorablemente al paciente, toda la documentación original se remitirá al equipo sanitario que indique la Gerencia competente.
- Si la CGE resuelve desfavorablemente al paciente, toda la documentación original se remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación para su archivo, acompañada del modelo E2.
- Transcurrido el plazo de dos meses desde el informe desfavorable del médico consultor, si el médico responsable no hubiera recibido otras indicaciones, remitirá para su archivo toda la documentación original a la Comisión de Garantía y Evaluación (Consejería de Sanidad, Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección), adjuntando un oficio de acuerdo al **MODELO E2**.



- Si la resolución es desfavorable, el paciente puede reclamar ante la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo máximo de quince días naturales, pudiendo utilizar el **MODELO M9.2**. No podrán participar en la resolución los dos miembros designados inicialmente.
- La CGE deberá resolver en el plazo máximo de 20 días naturales.
- Si la CGE resuelve favorablemente al paciente, toda la documentación original se remitirá al equipo sanitario que indique la Gerencia competente.
- Si la CGE resuelve desfavorablemente al paciente, toda la documentación original se remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación para su archivo, acompañada del modelo E2.
- Transcurrido el plazo de dos meses desde el informe desfavorable del médico/jurista, si el médico responsable no hubiera recibido otras indicaciones, remitirá para su archivo toda la documentación original a la Comisión de Garantía y Evaluación (Consejería de Sanidad, Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección), adjuntando un oficio de acuerdo al **MODELO E2**.



- La ONT (Organización nacional de trasplantes informa que la LORE supone un escenario de fallecimiento compatible con la donación de órganos, en concreto con la donación en asistolia o donación en parada cardio-respiratoria. La donación en asistolia ya se realiza con todas las garantías éticas y legales en más de un centenar de hospitales de todo el país. Dado que en la prestación de ayuda a morir, las personas fallecen tras una parada cardiorrespiratoria en un entorno controlado, también pueden ser donantes de órganos en asistolia, si es éste su deseo y no presentan contraindicaciones médicas para donar.
- El médico responsable y el equipo asistencial, junto con el paciente, mantendrán comunicación con el coordinador de trasplantes del HUMV, que será el responsable de dar las indicaciones precisas para realizar la pretendida donación.
- La Gerencias correspondientes y la Subdirección de Asistencia Sanitaria facilitarán estas comunicaciones.
- En caso de que el paciente desee ser donante de órganos tras su fallecimiento, la prestación de ayuda a morir ha de tener lugar en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**PROCEDIMIENTO A SEGUIR** (obtenido de Recomendaciones sobre medicamentos a administrar durante la realización de la prestación de ayuda para morir del manual de buenas prácticas [https://www.msbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.msbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf))

**ETAPA 1 PREMEDICACIÓN:** *Midazolam 2,5 -20 mg (IV) durante 30 segundos (ajustar dosis según situación clínica del enfermo y toma habitual previa de benzodicepinas).*

**ETAPA 2 ADYUVANTE:** *Lidocaína 40 mg (IV) durante 30 segundos.*

**ETAPA 3 INDUCCIÓN DEL COMA:** *Propofol 1000 mg (IV) inyección lenta 2,5 -5 minutos (confirmar coma antes de pasar a etapa 4, en caso necesario, administrar otros 500 mg de Propofol del vial extra suministrado en cada Kit).*

**ETAPA 4 BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES:** *Cisatracurio 30 mg (IV) administración rápida.*

Nota informativa:

- En la ETAPA 3 INDUCCIÓN DE COMA: el manual de buenas prácticas considera como alternativa al Propofol, la utilización de Tiopental 2000 mg (IV) en administración lenta 2,5-5 minutos
- En la ETAPA 4 BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES: el manual de buenas prácticas también considera como primera elección el uso de:
  - Atracuronio 100 mg (IV) administración rápida
  - Rocuronio 150mg (IV) administración rápidaSe opta por Cisatracurio basado en la disponibilidad en los servicios de farmacia hospitalaria.