

NOTAS DE LA REUNIÓN DE ATENCIÓN PERSONALIZADA AFDMD
13 de octubre de 2022, 17:30h.

ASISTENTES:

DMD ASTURIAS: Javier Rodríguez, Carmen Eguren.

DMD COM. VALENCIANA: Mar Alcañiz, M.^a José Alemany, Marisa Velasco.

DMD GALICIA: Isabel Blanco, Ascensión Cambron, M.^a das Neves Núñez, Leonor Estévez.

DMD EUSKADI: Cristina Valverde, Rafael Sal, Elena Gregoria Gutiérrez.

DMD ARAGÓN: Asunción Villasana, Paz Perdiquer, Pilar Sánchez.

DMD ANDALUCIA: Eva Camps, Ángeles Jiménez, Beatriz Odriozola

DMD CATALUNYA: Cristina Vallés, Ramón Sans, Montserrat Columinas.

DMD CANARIAS: Ana Sofía González Díaz.

DMD NAVARRA: Manuel Eciolaza.

DMD CASTILLA Y LEÓN: Elisa Casas, Teresa Ribas, Elena Burón.

DMD FEDERAL: Loren Arseguet, Fernando Marín, Javier Velasco, José Antonio Rovira.

Equipo Técnico: Montserrat Hernández, Esther Díez, Pablo Soler, Carolina López.

Federal: Se han acompañado cinco documentos a la convocatoria para no repetimos en la reunión, destaca el Plan Estratégico. El motivo de esta reunión es continuar y mejorar la atención personalizada en DMD.

Se considera necesario mejorar la formación de las personas que nos dedicamos a AP.

Se han elaborado plantillas para presentar reclamaciones adaptables por cada asociación autonómica.

No nos interesa asociar a las personas que se ponen en contacto con la asociación meramente para conseguir pentobarbital.

Hay que mejorar los registros de los seguimientos a las AP, están a medias, excepto en Andalucía y Madrid.

Se está elaborando una guía de presentación de las solicitudes de eutanasia.

Se insiste en la necesidad de que las personas que nos contacten se asocien.

Una vez al año deberíamos evaluar los datos de AP.

También tenemos pendiente de resumir la Guía de AP a las personas asociadas, con la dificultad de que debemos atender a diecisiete CC.AA.

La idea sería intentar un diagnóstico de cada una de ellas.

Para la cuestión de los trastornos mentales, seguimos considerándolas enfermedades graves e inhabilitantes, se recomienda en caso de necesidad, consultar con Catalunya o con Soco de Navarra.

Canarias: Tienen la dificultad de que son siete islas con siete identidades; no se celebran reuniones y carecen de datos autonómicos. Consideran necesario medir el tiempo entre la primera solicitud y la consecución de la eutanasia, intentando averiguar las causas de los retrasos. Se está pendiente del informe del Ministerio de Sanidad.

Andalucía: Se carece de presencia de socias en el sistema de salud, no hay protocolos, pero si un complejo número de documentos, se obtiene información preguntando.

La Federal indica que se hablará de Andalucía en la próxima reunión de la Junta Directiva.

Valencia: Informan que la consejería ha espabilado un poco en la información a la ciudadanía pero sólo en su página web. Se espera formación a los profesionales en el tercer trimestre de este año. Afirman que las reclamaciones están dando buenos resultados. De momento será difícil evaluar la situación actual. Alicante indica que hay casos muy complicados porque no se recogen las primeras solicitudes.

Federal: Advierte de la presencia de profesionales sanitarios que son objetores encubiertos, estos se dedican a emitir informes desfavorables o difundir el bulo de que esto de la eutanasia lo ha hecho gente de izquierdas para eliminar a los ancianos; por ejemplo, en Madrid y más en diagnósticos de depresión mayor. Consideramos que se trata de violencia institucional.

Madrid: La Comisión de Garantías y Evaluación no es capaz de desempeñar sus funciones con normalidad puesto que carece de apoyo de la Consejería. Es probable el cese del consejero encargado de la residencia de ancianos, nos llega el rumor de que las residencia se van a declarar objetoras como personas jurídicas. Institucionalmente, no se hace nada de tal manera que no se presiona a las gerencia y resulta una escasa implicación profesional de las sanitarias.

Castilla y León: Les llega la información, común a todo el Estado, que se está optando por sedaciones terminales para eludir la eutanasia. Se informa de un caso grave de cáncer con hospitalización en el que nadie quiere recoger la primera solicitud.

En Salamanca han tenido un caso de MUFACE, en el que un médico acepto ser Médico Responsable pero luego se negó por “no poner en riesgo su prestigio profesional”, denota un exceso de respeto a la confidencialidad. De un miembro del CGE se sabe que es contrario a la eutanasia. Se añade el caso de León, en el que un médico de familia que se negó a registrar la primera solicitud y fue solucionado por sedación paliativa. Valoramos que lo que importa es que las personas pacientes no sufran.

Aragón: Han habido veintisiete solicitudes, de las seis aprobadas en dos se alargó el plazo e ignoramos los motivos. Hay ocho en deliberación y no sabemos las causas.

No se ha publicado el informe del CGE pese a que sabemos que hay responsables de apoyo en cada área sanitaria, conocemos que hay formación online y que el gran número de objetores está bajando por goteo. Se ha publicado el decreto definitivo de la constitución del CGE, hasta ahora provisional; así como la regulación del registro de objetores, significando que sólo pueden inscribirse directamente en la fase final del proceso.

Se explica el funcionamiento del grupo de AP en Aragón que cuenta con dos equipos de médica y enfermera, más dos personas que detectan los casos.

Se añade que conocimos una circular de la clínica Juan de Dios que prohíbe expresamente practicar eutanasias en sus instalaciones.

La federal informa que sucede lo mismo en equipamientos sanitarios dependientes de catecumenales (quicos) y del Opus. En Catalunya, su gobierno advirtió a este tipo instituciones por el incumplimiento de sus respectivos convenios.

Catalunya:

La AP se realiza con acompañamiento y seguimiento. Hay atención personalizada por teléfono, presencialmente y si se precisa, atención mas especializada de EAP. Tenemos equipo EAP en Barcelona, Girona y Lleida. Se dispone de personas referentes de DMD en determinados municipios, que procuran información y asesoramiento. Hay comunicación entre DMD y la administración. También se constata la retroalimentación entre personal sanitario y el Departament de Salut, especialmente a partir de los referentes profesionales por territorios.

Se han conseguidos buenas soluciones aprovechando la ambigüedad de la LORE de no citar enfermedades concretas. Los comités de bioética colaboran a la hora de esclarecer dudas, sobre protocolos del PRAM...,

Hay programas de formación y de información para profesionales de la salud pero también de administración, tanto por parte de DMD, como del Departament. Se añade que un 30% de solicitantes han fallecido antes de la eutanasia, se atribuye a sedación en cuidados paliativos. Se detecta carencia de información y confusión a la hora de realizar el registro de DVA, por parte de los usuarios y de las personas que tienen que registrarlo. DMD ha presentado al Departament de Salut y al Parlament una modificación de ley (punto 8 21/2000) para simplificar el trámite, así a parte de un notario o tres testimonios se pueda ratificar el DVA y solicitar su registro , a partir del asentimiento de una persona nombrada por el Departament de salut en los centros de salud. Antes de presentar la propuesta de modificación se ha recabado el apoyo de los tres colegios profesionales afectados , trabajo social, medicina y enfermería. Desde Federal se propondrá un libro blanco sobre el DVA próximamente, recogiendo las propuestas de cada uno de nuestros grupos.

Navarra: En la cuestión de los DVA hay facilidades, se cuenta con las trabajadoras sociales de los centros de salud. Hay tres psiquiatras asesores en casos de salud mental. La campaña navarra sobre la difusión del testamento vital ha sido un éxito, con cuñas radiofónicas y carteles en la vía pública, habiéndose celebrado una sesión informativa. También perciben un incremento de las sedaciones paliativas. Los datos del gobierno navarro no se publican. Coincide con la desatención por parte de la clínica Juan de Dios.

Euskadi: No hay datos de las prestaciones de eutanasia, excepto en un portal de la consejería de sanidad, donde anuncian veinticinco prestaciones. Hay una relación entre la falta de información, las carencias en la formación y en los recursos; los médicos hablan de no saber o de no poder prestar la eutanasia.

Tienes reuniones con el Departamento de Salud y la presidencia del CGE, donde se comprueban las limitaciones que tienen y su distancia con los profesionales.

Se buscan interlocutores para que no haya retrasos. Se ha solicitado una campaña divulgativa para que trascienda la información a la ciudadanía.

Destacan la importancia del empoderamiento y planificación del proceso eutanásico por parte de las enfermas. Están reivindicando el funcionamiento del observatorio y que haya un informe bianual de como se muere en Euskadi. En general se procura incrementar la visibilidad de DMD con el fin de obtener una mayor demanda.

Se insiste en la planificación anticipada de las decisiones, considerando que bastantes de los fallos del sistema se deben a la mala relación médico y persona enferma; el proceso informado y el DVA son la “guinda” de los paliativos con la idea de mejorar la relación

entre los sanitarios y las personas enfermas buscando el respeto de los valores del paciente y como desea ser tratado.

La federal discrepa, considera que esta relación médico y paciente ya no se da en la actual sociedad, las administraciones se excusan en la carencia de recursos, pese a que las demandas de eutanasia no son excesivas; en cuanto a la relación con los médicos hay que tener cuidado con la objeción de conveniencia.

Euskadi continua afirmando que el gobierno vasco ningunea a la ciudadanía, por ejemplo, de setenta y una solicitudes veintiuna fallecieron antes de la eutanasia. Insisten en su percepción del uso de la sedación paliativa en vez de la eutanasia; no se ha publicado el informe del CGE, pese a que a DMD se le han facilitado datos con la condición de que no

se difundan. Se destaca que los casos que llegan a DMD son problemáticos, por ejemplo con medias de ochenta y siete días en Araba hasta la resolución.

Aragón, interviene sobre el DVA, indica que las enfermeras reivindican la planificación antes que los DVA, poniendo en duda la capacidad de reflexión de cada persona en cuanto a la autonomía de sus decisiones.

Galicia: En Galicia el MR lo nombra la administración del área sanitaria, en la 5.ª modificación del protocolo, no establecen ningún plazo para su nombramiento (en el primero eran dos días) lo que puede suponer un retraso en el inicio de la demanda; incorporan la opción de elegir MR.

En el modelo de DIP/TV la eutanasia la planteaban como una encuesta si/no/no sabe, lo cambiaron tras nuestras declaraciones públicas. No tenemos relaciones con la administración. En la página del SERGAS (Servicio Galego de Saude) la información sobre eutanasia no es nada fácil para la ciudadanía, no tiene explicaciones solo los documentos y la legislación. Para personal sanitario hicieron dos formaciones en línea de dos y cinco horas, sin opciones a participar. Ninguna información oficial sobre el número de solicitudes.

Se anuncia las primeras jornadas gallegas de DMD, contando con las sociactivistas

Asturias: Del desconocimiento se ha pasado a la formación de profesionales, se detecta que su gobierno autónomo no tiene nada en contra de la eutanasia. Hay diferencias entre municipios, en Gijón se usan equipamientos municipales y se reúnen con el Ayuntamiento, sin embargo en Oviedo no es así. Tienen dificultades en clínicas privadas pese al apoyo de la administración. Insisten en los problemas con casos psiquiátricos.

Federal: Pese a que DMD seguirá siendo crítica, se considera que es necesario lanzar un mensaje a la sociedad de que la aprobación de la LORE es un avance.

Se propone una nueva reunión de AP el 17 de noviembre.

Sin más asuntos que tratar, finaliza la reunión a las 19:35h.