

## **RESUMEN DE LA SESIÓN DE FORMACIÓN SOBRE EQUIPOS DE REFERENTES DE DMD ANDALUCÍA**

**(27 de septiembre de 2023)**

Esta actividad es el resultado de una demanda extendida entre el personal sanitario de Andalucía ante la falta de información y formación por parte de la Junta de Andalucía. Ofrecemos así una pequeña colaboración que ayude, en la medida de nuestras posibilidades, a las personas que están interesadas y dispuestas a poner en práctica la LORE. La sesión se desarrolló de forma telemática, con la asistencia de 26 personas, entre personal sanitario y no sanitario.

Introdujo la sesión Gabriel Sánchez Bellón, presidente de DMD Andalucía, que dio la bienvenida a las personas asistentes y repasó las ideas esenciales que ya se habían expuesto en el documento de oferta de la actividad. A continuación, presentó a Fernando Marín, médico y vicepresidente de la Asociación Federal por el Derecho a Morir Dignamente (DMD).

El ponente comenzó señalando la facilidad práctica de la prestación de ayuda a morir (PAM): una vía y la inyección del fármaco que produce la muerte del paciente. En cambio, lo complicado es el proceso previo, cuyas claves son tres: deterioro, sufrimiento y voluntad.

- a) En cuanto al deterioro del paciente, lo esencial es que el diagnóstico esté de acuerdo con los requisitos tan estrictos de la LORE; es decir, que entre en el contexto eutanásico. Algunos casos son muy fáciles, pero hay otros más complicados (alzheimer, etc.).
- b) Respecto al sufrimiento, su valoración es muy importante; es decir, debe ser constante e intolerable, y el profesional debe reflejarlo así (“las personas somos un relato”). No obstante, hay situaciones especiales, como personas ancianas con pluripatologías, cada vez más dependientes.
- c) En el punto de la voluntad del paciente de pedir la ayuda a morir, es necesario que ésta quede claramente expresada, indicando hasta qué situación de deterioro y dependencia está dispuesta a soportar. Esto debe ser algo que se haya tratado antes con la familia.

Es muy importante que, en caso de dudas sobre la capacidad de la persona para solicitar la prestación se haya registrado antes el testamento vital o DVA, de la manera más precisa. De no haberlo, es más complejo el proceso cuando hay demencias leves.

También hay que tener en cuenta que el recurso a los cuidados paliativos, especialmente la sedación terminal, no es un derecho absoluto del paciente, sino una decisión del equipo médico asistencial.

Una vez completado el largo trámite, la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) decide autorizar o no la prestación, previa intervención de una dupla de médico y jurista. Es decir, la PAM es un derecho prestacional, pero no lo decide el paciente. En caso de denegación cabe recurso ante el pleno. En esta fase, se han producido algunos casos polémicos cuando ha habido actitudes incorrectas por parte de médicos o médicas, o cuando un/a paciente rechaza nuevos tratamientos que no van a tener efectos positivos.

Terminada la exposición de Fernando Marín, se abrió un turno de palabra, del que recogemos las siguientes intervenciones.

- Antonio Vergara (médico, Cádiz): señala como un problema básico el hecho de que la formación en las Facultades está enfocada exclusivamente a curar y salvar vidas, sin contemplarse la posibilidad de ayudar a morir dignamente a personas que lo desean. También en el problema de “objetores sobrevenidos o de conveniencia”, que ni siquiera están registrados como tales.
- Teresa (enfermera, Cádiz): dada la experiencia de la objeción, tal vez sería más deseable un listado de personas dispuestas a realizar la PAM.
- Bernardo (médico, Sevilla): manifiesta su temor a que, ante la objeción excesiva, se pase a una profesionalización de la PAM; sería algo contrario al espíritu de la ley. F. Marín indica que en Murcia se ha producido algo así, y en Madrid se está planteando; lo cual suscita dudas sobre si mantenerse en el espíritu de la ley o sacar los aspectos positivos. También destaca Bernardo lo dramático de casos de suicidio ante la dilatación de plazos.
- José María (Cádiz): entre el personal sanitario se ve la eutanasia como un “marrón” que les puede caer; lo cual es por falta de formación. Aunque también hay un problema de gestión porque muchos sanitarios no están por la labor.
- José Ignacio (Sevilla): la objeción debería limitarse a aspectos muy concretos de la práctica final. A este respecto, F. Marín señala que en Aragón se ha reducido a poner la inyección, lo que ha permitido a médicos objetores participar en todo el proceso para boicotarlo; mejor es que no participen desde el principio. Ejemplo es la neuróloga que intervino en el caso de Estrella López.
- Antonio Vergara: preferible es el personal voluntario a objetores que boicotean. Y es necesario plantear la información a las direcciones hospitalarias.
- Juan Miguel (enfermero, Málaga): hay que dimensionar correctamente el “marrón”, que se percibe así por el agobio laboral que sufre el personal. No obstante, su experiencia personal es que cuando ha habido una persona referente implicada, todo ha ido mucho mejor.
- José Ignacio (Sevilla): destaca como fundamental el inicio del proceso, la búsqueda e intervención de un/a médico/a responsable; es algo que falla en Andalucía, y fue determinante en el caso de Antonio Buenavida, que acabó suicidándose. También alude al objetivo final de DMD: la libre disposición de la propia vida (algo que está debatiéndose en Países Bajos).

Concluye Fernando Marín señalando la necesidad de equipos de referentes, con apoyo administrativo y tiempo libre para dar bien cada paso y atender al paciente.

Gabriel Sánchez informa de que la próxima sesión de formación, a mediados de octubre, se dedicará a experiencias prácticas de referentes en Navarra y Lanzarote, e invita a participar a quienes ya lo han hecho hoy (agradeciendo su asistencia) o puedan incorporarse la próxima vez.