

Artículos Breves. Mes de Diciembre 2009

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad de diversos medios de comunicación que pensamos es oportuno conocer.

Indice:

1. Los casos en ética médica. Se desvirtúan cuando se diseñan para llegar a una solución única. Gonzalo Herranz.
2. La genética forense no colisiona con la ética
3. Los médicos crearán un registro de objetores de conciencia
4. El nuevo Código Penal tipificará como delito el tráfico ilegal de órganos
5. El Consejo Médico de Cataluña insta a 'conectar' a los médicos de AP y hospitales
6. Díaz-Rubio: "Tratamos muy bien los tumores, pero muy mal a los pacientes"
7. "Todavía hay lagunas éticas al final de la vida"
8. El CI firmado con antelación es exigible con la ley de autonomía

1.- Los casos en ética médica

Se desvirtúan cuando se diseñan para llegar a una solución única

Gonzalo Herranz | Profesor honorario. Departamento de Humanidades Biomédicas de la Universidad de Navarra

Diario Médico, 6 de Noviembre de 2009.

El autor aborda la importancia que los casos tienen en el debate ético. Defiende su papel educador, tanto del estudiante de Medicina como del facultativo en ejercicio, y apuesta por casos que tengan densidad y retraten las circunstancias y la humanidad de sus protagonistas.

En ética biomédica, los casos -los relatos éticamente problemáticos que se ofrecen para reflexión y dictamen- juegan un papel de primer orden. Y lo hacen a todos los niveles, desde el primer contacto de los estudiantes con la disciplina hasta que los alumnos del máster culminan su formación. Los casos animan las deliberaciones de los comités de ética de los hospitales y ponen una nota de color en manuales, monografías y artículos. Sin casos noticiados no sería posible la divulgación bioética que el periódico y el televisor nos meten en casa. Son sal de muchos platos. Nada más eficaz que un buen caso para encender el debate bioético. Hace muchos años me dieron este consejo: "Si quieres atraer alumnos a tus clases, empiézalas siempre con un caso que los electrice".

Lo mismo que las especialidades médicas se aprenden en los libros y con los enfermos, la ética médica necesita del estudio y de los casos. La competencia en ética médica no se improvisa: no basta la confianza en el propio buen juicio, en el deseo de decidir con prudencia y decencia. Hay que leer a los filósofos para adquirir el hábito y el estilo de la reflexión crítica. No es fácil, porque el discurso teórico en ética es a veces duro y seco, como un mendrugo, nutritivo pero poco apetitoso. En contraste, los casos tienen frescura, invitan a la discusión, son abiertos, desafiantes. Estudiar seriamente, de principio a fin, un libro de ética biomédica es cosa al alcance de pocos, costosa de esfuerzo y tiempo. Más sencillo y hacedero es prepararse para debatir un caso.

* Los casos son materia noble e informada de una dignidad duplicada: la que le presta el paciente personificado en el relato y la que le tributa el médico ético cuando lo relata y lo analiza

La importancia de proteger los casos

El potencial educativo de los casos es muy considerable y, por eso, conviene protegerlos del riesgo siempre presente de trivializarlos. Los casos se desvirtúan cuando, por ejemplo, se diseñan de modo que tengan que llegar a una solución única, predeterminada. Hay también casos que deseducan porque distorsionan la realidad humana. Eso es típico de los casos extremos, sensacionalistas, ricos de retórica y pobres de contenido que no alimentan el espíritu, pero hinchan la vanidad. Los casos extremos seducen a los diletantes y también a los políticos.

Conviene que en ética médica los casos tengan densidad, retraten las circunstancias, reflejen la humanidad, a veces gravemente herida pero siempre digna, de sus protagonistas. La pedagogía facilista, que reduce a médicos y pacientes a caricaturas, a clichés, es siempre perjudicial. Ciertos modelos didácticos corren ese peligro, como cuando el caso deviene psicodrama, monólogo, en el que el mismo actor ha de representar los papeles de paciente, o de esposa, hijo adulto, padre, madre o hermana, de amigo del paciente, o de médico, enfermera o capellán; o como cuando se exige un análisis de las situaciones dispares que resultan de variar la cara, edad, sexo, etnia, comorbilidad, contexto socio-económico, relación familiar, sintomatología, o el pronóstico del paciente. El caso deviene así un maniquí para la práctica de la simulación ética.

Hace ahora diez años apareció un libro importante. Su autor es Tod Chambers, y su título *The Fiction of Bioethics. Cases as Literary Texts*. Poco después, en 2001, en el primer número del *American Journal of Bioethics* la tesis del autor fue objeto de 14 breves comentarios.

* El potencial educativo de los casos en ética médica es muy considerable y, por eso, conviene protegerlos del riesgo siempre presente de trivializarlos

Lo notable del libro no es el excelente análisis literario que hace de la estructura narrativa y los recursos retóricos de las historias y casos bioéticos. La tesis de Chambers es que los casos no son mera materia añadida, simples documentales de la realidad clínico-ética y su problemática, o descripciones escritas por observadores distantes e imparciales. Los casos han de ser, por el contrario, historias contadas por un narrador personal, selectivo, sensible, que simultáneamente nos revela y nos oculta eventos, que escribe entre líneas, que deja su relato marcado por las huellas dactilares de su identidad moral, de su modo de entender la ética de la medicina.

El espejo del pensamiento

Esa visión robusta del caso lo hace subir de categoría. Para Chalmers los casos no son cosas secundarias, como parece darlo a entender visualmente su tipografía de letra pequeña y margen más ancho. Son, por el contrario, parte sustantiva de la filosofía del autor, espejo de su pensamiento. Tendemos a presuponer que los casos presentan pacientes reales en contextos reales. Pero, dejando de lado que muchos casos son artificiosos, no podemos olvidar que es sumamente difícil alcanzar la objetividad, no ser selectivo. Muchos de los elementos del relato son elegidos, deliberados: los personajes, los hechos y las palabras, el orden, la perspectiva. Las convicciones éticas del autor se manifiestan en sus relatos. Los casos son inevitablemente subjetivos. Esto podría llevarnos a la pesimista sospecha de que los casos son moneda falsa. Lo serían si se los toma con frivolidad. Pero son ética médica genuina si son elementos del discurso principal, si no son distractores infiltrados en el argumento, sino parte de él.

La idea empieza a ganar terreno. Incluso se está haciendo físicamente visible. En la sexta y última edición, de 2009, de los *Principals of Biomedical Ethics*, de

Beauchamp y Childress, ya no aparece el Apéndice de Casos de Ética Biomédica, presente en las cinco anteriores. Llegaron a ser 38 casos y a ocupar 50 páginas en la de 1989. En esa biblia de la ética biomédica los casos ya no están aparte: los que han sobrevivido a una dura selección han pasado a ser parte del texto.

Esta nota no tiene otro objeto que llamar la atención sobre la elevada dignidad de los casos en ética médica. No son un género chico de la bibliografía ético-médica; no son una rutina, aburrida y repetitiva, en el orden del día de los comités de ética; no deberían ser tratados, en los medios de comunicación, como mera noticia, anécdota sentimental o embrollo para manipular las conciencias. Son siempre y en toda circunstancia materia noble, informada de una dignidad duplicada: la que le presta el paciente que es personificado en el relato, y la que le tributa el médico ético cuando cuidadosamente lo relata y a conciencia lo analiza.

2.- La genética forense no colisiona con la ética

La medicina forense avanza más deprisa que el Derecho, pero se evitan conflictos dando una buena información, declaran Teresa Zarrabeitia y Victoria Lareu, profesoras de Medicina Legal y Forense.

Diario Médico. Santiago Rego. 12 de Noviembre de 2009.

"Considerar que la bioética es el Derecho aplicado a la Medicina es un error, y aunque de un tiempo a esta parte existe un fervor tremendo por judicializar los actos médicos, lo cierto es que ello va en perjuicio del paciente porque se obliga al facultativo a realizar una medicina defensiva para salvaguardarse de una avalancha de demandas", ha asegurado María Teresa Zarrabeitia, profesora de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Cantabria, que ha dirigido, en la Facultad de Medicina, de Santander el curso Actualización en genética forense: aplicaciones en Medicina y Derecho.

En el curso también ha intervenido María Victoria Lareu, catedrática de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Santiago de Compostela, quien ha dejado claro que la genética forense ayuda, de manera decisiva, a un juez en la instrucción de un sumario desde el conocimiento y el estudio profundo de las muestras biológicas que se pueden encontrar en un lugar concreto o tomar de una persona implicada en los hechos que se investigan.

Demandas sociales

En ocasiones la ciencia va por delante del legislador y del Derecho. Victoria Lareu señala que el "Derecho, lo mismo que la ciencia, es una disciplina que también evoluciona, y lo hace no sólo por los avances provenientes del terreno científico, sino también por las demandas de la sociedad. En consecuencia, no veo colisiones éticas de calado en los avances en genética forense y el Derecho, porque siempre se discute y se procura que quede solventada la parte ética antes de poner en marcha los avances que llegan desde la genética forense".

Zarrabeitia opina a este respecto que "el Derecho siempre irá detrás del avance de la ciencia, pero en los procedimientos civiles nunca intervenimos sin un consentimiento informado previo de lo que se va a hacer, y que los jueces conocen perfectamente. Y en los procesos penales la nueva ley del año 2007 ha dejado las cosas muy claras, y no tiene por qué haber conflictos entre médicos forenses, jueces y policías".

Se trata de una vertiente científica con aplicaciones cada día más sorprendentes, como por ejemplo conocer el perfil genético de niños adoptados en el extranjero, a quienes no se puede hacer, obviamente, una prueba de paternidad, y que serviría para identificarlos en caso de una catástrofe; la identificación de los recién nacidos, sin posibilidad de error, en un hospital; la toma de muestras de los fallecidos para evitar futuras exhumaciones, o en los casos de trasplantes de órganos, identificar el ADN del injerto trasplantado.

En opinión de las dos profesoras, el Derecho se ha beneficiado mucho de este campo de la Medicina, ya que "la moderna tecnología aplicada a la ciencia forense permite conocer el origen geográfico de la persona que ha dejado una muestra biológica en el lugar de los hechos, o incluso poder determinar características físicas de ese individuo: si esa muestra biológica pertenece a un hombre o una mujer; si es europeo, africano o asiático; si tiene los ojos azules, castaños o negros; o el color del cabello, entre otros aspectos, lo que permite realizar, a través del ADN de las células, un retrato robot del autor de los hechos", ha explicado Lareu.

Para Zarrabeitia, el avance de la medicina forense, y en concreto de la genética, ha sido espectacular, y de apenas una docena de laboratorios que había acreditados en España hasta hace poco más de una década se ha pasado a casi 150. "Los avances han sido importantes para el Derecho y la Justicia, pero no sólo en la resolución de hechos violentos, sino también en los aspectos de identificación, vía pruebas de paternidad, aunque nunca realizamos el examen sin el consentimiento de ambos progenitores, o para identificar cadáveres de accidentes o grandes tragedias", ha subrayado.

3.- Los médicos crearán un registro de objetores de conciencia

Los colegios profesionales afirman que es un "derecho constitucional" y quieren adelantarse a una regulación por parte de Sanidad

El País. EMILIO DE BENITO - Madrid - 16/11/2009

La Organización Médica Colegial (OMC) quiere adelantarse al Ministerio de Sanidad y crear su propio registro de objetores de conciencia ante temas como el aborto u otros más a largo plazo, como la eutanasia. Según un portavoz de la OMC, entienden que este tipo de declaración de voluntades debe ser "confidencial" y manejado por un "organismo profesional" y no por el empleador, en relación a una posible lista en manos del Ministerio de Sanidad o las consejerías autonómicas de Salud.

La creación de este registro ha sido decidida en la última Asamblea General de la OMC. Se trataría de un acto "voluntario" y "confidencial". La idea no es hacer público qué médicos objetan a qué, sino que el Colegio profesional pueda asesorar y defender a sus afiliados si se les plantea que realicen una práctica que vaya contra el "derecho constitucional" que, según los médicos, les asiste (en verdad, en la Constitución sólo se incluye la objeción ante el servicio militar, pero ha habido sentencias del Constitucional que lo avalan). "Así, no se podrá acusar al médico de objetar por interés o porque no quiere hacer frente a un proceso concreto, sino que éste habrá podido dejar dicho de antemano qué actuaciones no quiere realizar", explica el portavoz de la OMC.

Pacientes

La Asamblea de la OMC también decidió crear un Consejo Social en el que estará representado el Foro Español de Pacientes y al que se invitará a la Coalición de Enfermedades Crónicas, Confederación Española de Organizaciones de Mayores y organizaciones de consumidores y usuarios. Es la primera vez que la OMC se abre de esta manera a los pacientes, para tratar, entre otros asuntos, de "identificar necesidades específicas de los pacientes y usuarios, y diseñar acciones de colaboración conjunta en temas específicos" como "agresiones a médicos o estilos de vida saludables".

El Ministerio de Sanidad ya tiene un foro similar, pero está prácticamente inoperante, según se quejan las organizaciones de pacientes.

4.- El nuevo Código Penal tipificará como delito el tráfico ilegal de órganos

*** Hasta ahora sólo se condenaba el pago por recibir un órgano**

*** El nuevo texto legal pretende fomentar el altruismo que implica la donación**

*** Esta práctica no es común en España, pero ha proliferado en países pobres**

ELMUNDO.es | Madrid 17/11/2009.

El nuevo proyecto de ley orgánica dirigido a reformar el actual Código Penal, cuya remisión al Congreso fue acordada en el pasado Consejo de Ministros, introducirá como delito el tráfico ilegal de órganos humanos, y establecerá penas de "hasta doce años de cárcel", según anunció ha anunciado la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, en el marco del simposio 'Cómo aumentar las donaciones en un entorno cambiante', organizado por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y la Fundación Mutua Madrileña.

En realidad, estas prácticas no son significativas en nuestro país, pero sí se ha convertido en una actividad creciente, especialmente en países en vías de desarrollo, algunos de los cuales se han convertido en lugares de destino de ciudadanos occidentales en busca del tejido salvador.

Cabe recordar que hasta 1995, en La India, era legal vender un riñón y que en China los condenados a la pena capital eran considerados donantes hubieran dado su consentimiento o no.

Recientemente en nuestro país se han detectado anuncios en internet de españoles que ofrecían riñones a cambio de dinero, entre 15.000 y 100.000 euros, en ciudades como Madrid, Castellón, Málaga y Sevilla.

Para atajar esta situación, aquellas personas que promuevan, favorezcan, faciliten o publiciten la obtención o el tráfico ilegal de órganos humanos ajenos o el trasplante de los mismos serán castigados con la pena de prisión de seis a doce años si se tratara de un órgano principal, y de prisión de tres a seis años si el éste fuera no principal.

Hasta el momento, la legislación española condenaba el pago al donante de precio recompensa a cambio de un órgano (para favorecer el altruismo) y tipificaba como un delito de lesiones la extracción de órganos humanos, pero no contemplaba el tráfico como tal.

Otra de las novedades que incorporará el nuevo texto legal es que los demandantes de trasplantes que conozcan la procedencia ilícita del órgano que reciban también podrán sufrir penas de cárcel.

Refuerzo del sistema sanitario español

La ministra expresó su satisfacción y manifestó que con esta reforma se castigará toda la cadena de actividades delictivas, algo que considera "una

buena noticia" para los ciudadanos, así como un "refuerzo" para el sistema sanitario español.

Desde la creación de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), hace ahora 20 años, el número de donantes españoles se ha multiplicado por tres. Nuestro país sigue siendo líder mundial en el número de donaciones y trasplantes. No obstante, la demanda de tejidos humanos ha crecido mucho más deprisa que la oferta de órganos aptos para el trasplante, lo que ha propiciado que en los países menos favorecidos económicamente hayan proliferado prácticas ilegales en torno a este tipo de intervenciones médicas.

5.- El Consejo insta a 'conectar' a los médicos de AP y hospitales

Diario Médico. Carmen Fernández. Barcelona 18 de Noviembre de 2009.

El Consejo de la Profesión Médica de Cataluña ha consensuado sus propuestas para mejorar las relaciones entre los médicos de primaria y los de hospitales, entre las que se incluyen cambios de carácter técnico y otros relacionados con la conducta y la cultura.

El Pleno del Consejo de la Profesión Médica de Cataluña ha aprobado el documento Relaciones entre médicos de primaria y hospitales que ha elaborado su Comisión de Ordenación de la Profesión, en el que se recogen propuestas de cambio de carácter técnico y otras relacionadas con la conducta y con la cultura actual de los facultativos.

La primera recomendación es implementar con "carácter urgente" la historia clínica compartida, y la segunda, que los informes de alta hospitalaria se hagan teniendo en cuenta al médico de cabecera que hará el seguimiento del enfermo y, por tanto, que recojan lo siguiente: resultados clínicos más relevantes o diagnóstico final; tratamiento que tiene que seguir el paciente y recomendaciones de nuevas exploraciones o visitas al especialista.

También sugiere que las solicitudes de consulta especializada contengan con claridad qué espera el médico de primaria del consultor: diagnóstico y orientación terapéutica, que devuelva el paciente diagnosticado o que le haga todo el seguimiento. Igualmente aconseja que los especialistas hagan sus recetas, evitando así la prescripción inducida, lo que sería más fácil con la generalización de la receta electrónica.

Para facilitar la comunicación entre ambos colectivos se ha considerado necesario mejorar el conocimiento mutuo (pasar estancias en uno u otro nivel y realizar sesiones conjuntas de discusión de casos) y que se cumpla la resolución del Ministerio de Sanidad de que los residentes de algunas especialidades realicen una estancia de dos meses en centros de primaria de manera análoga a la rotación de los MIR de familia en los hospitales.

"El hospital y los responsables de primaria tienen que facilitar al máximo el acceso a los médicos de familia de su zona, para que puedan visitar a sus enfermos ingresados, y asistir a las actividades docentes del hospital", se añade entre las conclusiones del informe.

Órgano coordinador

Se apoya igualmente la constitución en cada territorio de un órgano de coordinación entre médicos de hospital y primaria con liderazgo clínico, que sea definido por las instituciones proveedoras asistenciales de cada zona, esté reconocido por la Administración y tenga capacidad ejecutiva delegada para desarrollar labores de coordinación. Sus funciones serían facilitar las relaciones entre profesionales de ambos niveles, propiciar actividades formativas conjuntas y contribuir a la "buena asistencia a enfermos que tienen que ser

atendidos en los dos niveles, garantizando la coordinación y la continuidad asistencial".

Por último, se añade: "Habría que encontrar elementos que favoreciesen la coordinación entre niveles asistenciales en base a sistemas de pago y a la existencia de incentivos a la coordinación, para los médicos especialistas y los de primaria".

6.- Díaz-Rubio: "Tratamos muy bien los tumores, pero muy mal a los pacientes"

Diario Médico. Rosalía Sierra - Jueves, 19 de Noviembre de 2009 - Actualizado a las 00:00h.

España ocupa uno de los primeros puestos de la Unión Europea en supervivencia de pacientes con cáncer, pero uno de los últimos en lo que respecta a la calidad asistencial y la calidad percibida. Un grupo de jefes de servicios de Oncología Médica de hospitales españoles están decididos a cambiar la situación y han creado la Fundación ECO, presentada ayer.

La Oncología Médica cumplió en 2008 su trigésimo aniversario como especialidad, y en estas tres décadas ha avanzado mucho, al menos en lo que a tratamientos se refiere. Sin embargo, cojea de la pata de la calidad asistencial: "Tratamos muy bien los tumores, pero muy mal a los pacientes", resumió ayer Eduardo Díaz-Rubio, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid.

Para resolver esta carencia, 19 responsables de la mencionada especialidad en otros tantos hospitales españoles han puesto en marcha "la primera fundación integrada únicamente por médicos en el área del cáncer" con el objetivo de "analizar la calidad y promover la excelencia en los cuidados del paciente oncológico", según explicó su presidente, Carlos Camps, jefe de Oncología Médica del Hospital General de Valencia.

La Fundación ECO se presentó ayer en Madrid con una firme declaración de intenciones: "Queremos crear una red de hospitales que mejoren la calidad de la asistencia, la investigación y la docencia desde la orientación al paciente", detalló Díaz-Rubio, a la sazón vicepresidente de ECO.

Necesidades reales

Por ello, los creadores de la fundación se formularon dos preguntas: ¿Qué más podemos hacer por los pacientes? ¿Qué es lo que realmente quieren? Encontraron varias respuestas; en palabras de Díaz-Rubio, "más información, más participación, mayor autonomía en la toma de decisiones, confidencialidad, privacidad y dignidad".

Y para conseguirlo, nada mejor que una fundación, "un órgano con la suficiente fuerza para llegar a las altas instancias profesionales, políticas y de gestión". Según Camps, lo que ECO persigue es "un cambio cultural" que no sólo afectará a la calidad asistencial y a la percibida.

Tal y como afirmó Antonio Antón, secretario de la fundación y jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Miguel Servet, de Zaragoza, "los tratamientos elegidos deberán ser siempre los de mayor calidad y ser accesibles, incluyendo la posibilidad de que el paciente cambie de centro y sea valorado por comités de tumores multidisciplinares que establezcan la mejor estrategia terapéutica con el menor tiempo de espera".

ECO quiere lograr también extender en todas las autonomías la segunda opinión y crear un observatorio que dibuje un mapa anual de la situación de la Oncología Médica en España "con información real sobre nuestros hospitales, lo que nos dará herramientas para mejorar y razones para reclamar soluciones".

Pero ECO no pretende sólo revolucionar la especialidad, sino involucrar al resto del sistema para suplir las carencias en la atención integral al paciente oncológico: "Es fundamental establecer un plan de atención al largo superviviente, que necesita un seguimiento que implique a atención primaria y a todos los servicios de soporte que llegue a necesitar el paciente, que puede sufrir desde una depresión hasta osteoporosis", según Pere Gascón, tesorero de ECO y jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico de Barcelona.

Los cambios no afectarán sólo al sistema sanitario, ya que la fundación quiere "establecer vínculos y diálogo con todos los agentes implicados, desde la Administración a las asociaciones de pacientes", explicó Camps. Sin duda, "un gran reto, un esfuerzo enorme y una tremenda responsabilidad", según lo describió Díaz-Rubio.

7.- "Todavía hay lagunas éticas al final de la vida"

Son muchos los avances técnicos que se han producido en la atención al paciente al final de la vida, pero aún quedan lagunas de carácter ético que el profesional debe aprender.

Diario Médico. Marta Esteban. Sevilla 23 de Noviembre de 2009.

Jornadas de Ética Médica celebradas en el Colegio de Médicos

* Antonio Galbis "Hoy en día, más que encarnizamiento terapéutico, lo que se produce es uno de carácter diagnóstico"

"Aunque se ha avanzado mucho en la atención al paciente la final de la vida, los profesionales todavía ignoramos muchas cuestiones éticas", según José María Rubio, médico internista del Hospital Universitario Virgen de la Macarena, de Sevilla.

* José María Rubio "La impotencia de los profesionales sanitarios para comunicarse con el paciente es uno de los ámbitos por mejorar"

Rubio, que ha participado en las Jornadas de Ética Médica celebradas en el Colegio de Médicos de la capital hispalense, organizadas por la Asociación Nacional para la Defensa de la Objeción de Conciencia, ha aclarado que los profesionales sanitarios "actúan de forma correcta ante problemas de difícil solución y el paciente es cada vez más protagonista, pese a que los documentos de voluntades anticipadas no están muy extendidos". Sin embargo, aún siguen existiendo ámbitos que cubrir y mejorar, como por ejemplo, "la impotencia que aún sienten los profesionales para comunicarse con el paciente". Rubio también ha abordado la objeción de conciencia en el final de la vida y ha aclarado que "es un derecho y como tal debería ser legislado, pero también se trata de un deber que obliga al profesional. Hay que tener criterios y saber por qué se objeta, pero este derecho no puede ser un recurso personal, pues te puede llevar incluso a una situación de sacrificio personal".

Por su parte, Javier Rocafort, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, ha recordado que la atención al final de la vida "no sólo obliga a los médicos, sino también a todos los profesionales que intervienen en la asistencia". Los cuidados paliativos son "un problema de índole sanitaria prioritaria para cualquier Administración", por lo que hace falta que las entidades públicas "crean en la eficacia de los paliativos".

Rocafort, que explicó las diferencias entre sedación paliativa y eutanasia, dijo que el concepto de muerte digna que se emplea en la ley andaluza sobre atención al final de la vida -actualmente en tramitación en el Parlamento autonómico- "es confuso porque morir dignamente supone vivir con dignidad hasta el último momento". El término muerte digna "abarca algo más que la mera ausencia de dolor y de otros síntomas".

* Javier Rocafort "Los cuidados paliativos son un problema de índole sanitaria que debe ser prioritario para la Administración"

Por eso, la misión de los cuidados paliativos "es intentar rescatar la parte de buena vida que le queda a un paciente terminal".

Demasiadas pruebas

El último de los participantes de la mesa, Antonio Galbis, presidente del Comité de Deontología del Consejo Andaluz de Médicos, hizo un análisis de la ley andaluza de muerte digna. "Una de las cosas que se echa de menos en la normativa es alguna referencia al Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial". Además, la norma andaluza "trata de evitar el encarnizamiento terapéutico, que en realidad no se produce". Galbis ha explicado que más que encarnizamiento terapéutico habría que hablar de "encarnizamiento diagnóstico", pues cada vez se prescriben más pruebas, entre otras razones, para evitar demandas.

8.- El CI firmado con antelación es exigible con la ley de autonomía

Diario Médico. Marta Esteban 25 de Noviembre de 2009.

La entrada en vigor de la Ley de Autonomía del Paciente marca una línea divisoria en los requisitos para recabar el consentimiento informado. El Supremo aclara que para hechos acaecidos antes de la vigencia de la ley no hace falta un tiempo mínimo de reflexión de su contenido.

En ocasiones la inmediatez para lograr la firma del paciente en el documento de consentimiento informado ha sido objeto de reclamación en los tribunales por no haber dejado al afectado el tiempo suficiente para meditar su contenido.

Hasta el Tribunal Supremo ha llegado la demanda de un enfermo por una falta de información al entender que no había sido informado con la suficiente antelación como para conocer el alcance de la intervención que le produjo las secuelas.

El alto tribunal confirma que el documento fue firmado unas horas antes de comenzar la operación, pero afirma que este hecho "no es relevante, ya que la ley [Ley General de Sanidad aplicable al momento en el que se produjeron los hechos] no establecía un periodo mínimo de reflexión".

Es decir, de la sentencia del Tribunal Supremo se desprende que la obligación de que el consentimiento informado se ofrezca con suficiente antelación es un requisito obligatorio con la entrada en vigor de la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, pero no para aquellos supuestos que se rigen por la Ley General de Sanidad por hechos acaecidos con la vigencia de esta última norma.

El fallo del Supremo rechaza así la demanda interpuesta por un paciente que fue sometido a un cateterismo cardiaco en el que se produjo un desgarró de la válvula anterior mitral como consecuencia de la cual el enfermo sufrió una estenosis aórtica de carácter permanente. Los magistrados aclaran que no hay responsabilidad por falta de consentimiento, ya que "la información que se proporcionó al enfermo sobre la naturaleza, riesgos y posibles alternativas a la intervención no puede considerarse insuficiente". Es más, en el documento se contempla expresamente "la posibilidad de que la operación deje secuelas irreversibles y se dice que sin el cateterismo no se podía establecer el adecuado tratamiento". Tampoco se reprocha una mala praxis médica, por lo que se declara la absolución.