

AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DEBERES DEL MÉDICO EN EL PROYECTO DE LEY ANDALUZA DE «MUERTE DIGNA»

PATIENTS' AUTONOMY AND DOCTORS' DUTIES ACCORDING TO THE ANDALUSIAN BILL OF «DIGNIFIED DEAD»

José Antonio Díez Fernández
*Asociación para
la Defensa del Derecho a la
Objeción de conciencia (ANDOC)*
C/ Maestra, 10
23002 JAÉN
jadiez@andoc.es

Resumen

Las disposiciones de Ley andaluza sobre derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, conocido también como ley de «muerte digna», pivotan sobre dos ejes: el derecho a la autonomía del paciente, apoyado, en su caso, en la voluntad expresada en las instrucciones anticipadas; y los deberes de médicos y centros sanitarios de dar satisfacción, en la medida de sus posibilidades y respetando la legalidad vigente, a esas demandas. El núcleo de la cuestión estriba encontrar el punto de equilibrio necesario entre los deseos del paciente y la libertad y responsabilidad del médico. Junto con aspectos positivos, como el reconocimiento del derecho y la implementación de los cuidados paliativos, hay otras propuestas cuestionables, que afectan a los derechos de los médicos: falta de comprensión de la libertad y responsabilidad profesional; reconocimiento de la objeción de conciencia

y de determinados deberes deontológicos. Tal como se expresado por la ley quedan comprometidos importantes derechos de los médicos, y podrían propiciar que en la actividad asistencial se introdujeran prácticas de medicina defensiva.

Palabras clave: ley andaluza, muerte digna, autonomía paciente, cuidados paliativos.

Abstract

The provisions of the andalusian Law on rights and guarantees of the dignity of persons in the process of death, also known as «act of dignified death», are based on two pillars: The right to the autonomy of the patient, supported, if it be, in a will expressed in instructions given in advance and the duties of doctors and health centers to give satisfaction, to the extent of their potential and respecting the law, those demands. The core of the question is to find the point of necessary balance between the wishes of the patient and the freedom and responsibility of the doctor.

Together with positive aspects, such as the recognition of the right and the implementation of the palliative care, there are other questionable proposals, affecting the rights of doctors: a lack of understanding of freedom and professional responsibility, recognition of the objection of conscience and certain ethics duties, etc. As expressed by the law, remain committed substantial rights of doctors and might favor, in the care activity, introducing practices of defensive medicine.

Keywords: the andalusian bill, dignified dead, patient's autonomy, palliative cares.

1. Introducción

El proyecto andaluz de *Ley sobre de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*¹, conocido también como ley de «muerte digna», constituye una novedad dentro del ordenamiento jurídico español, no tanto por los temas que regula (la mayoría ya desarrollados en otras leyes estatales y autonómicas), sino por el tratamiento singular que concede a dos cuestiones:

- a) la incorporación al conjunto de los derechos ciudadanos del denominado derecho a «una muerte digna» y a unos cuidados paliativos «de calidad y equitativos»;
- b) la preeminencia otorgada a la autonomía del paciente en la toma de decisiones que afecten al proceso de su muerte, en el contexto de una enfermedad grave y terminal.

Aunque aquí me referiré fundamentalmente a la segunda cuestión, me parece oportuno hacer algunas consideraciones previas sobre la inclusión, dentro de

1 El proyecto entró en el Parlamento andaluz a finales de junio de 2009 (BOPA, nº 269 de 1 de julio), y comenzará a debatirse después del verano.

un mismo texto legal, del derecho a una «muerte digna» y a los cuidados paliativos. Aunque desde la pura óptica médico-asistencial pueda ser fácilmente entendible la relación entre cuidados paliativos y dignidad del enfermo, resulta —a mi entender— más problemática la concesión, por ley, de rango de derechos a ambas. No en vano, hay que recordar que en la discusión parlamentaria del nuevo Estatuto de autonomía andaluz, la inclusión de los cuidados paliativos junto al derecho a la «muerte digna» (artículo 20) se debió a la necesidad de alcanzar un texto consensuado entre los distintos grupos políticos, pues la propuesta inicial del Ejecutivo andaluz situaba en distintos artículos (20 y 22.2) el «derecho a vivir dignamente el proceso de la muerte» y el de recibir unos «cuidados paliativos integrales».

La ley prevé medidas concretas para asegurar la autonomía del paciente y la ejecución, en su caso, de las voluntades anticipadas, pero se trata de derechos y garantías que ya están recogidos, casi punto por punto, en la Ley General de Sanidad, en la de Autonomía del Paciente y en los Códigos Deontológicos Médicos². Sin embargo, el proyecto tiene dos importantes novedades que vale la pena reseñar:

- a) el catálogo de definiciones, casi todas rigurosas y clarificadoras, de los términos «técnicos» empleados, muy de agradecer en un terreno, como es el de los tratamientos médicos al final de la vida, donde se abusa —en ocasiones, deliberadamente— de la confusión semántica;
- b) los derechos en que se materializa esa atención paliativa integral, del paciente y de quienes le acompañan.

Jurídicamente, la vinculación o —si se quiere—, el «emparentamiento» entre el derecho a «vivir dignamente el momento de la muerte» y a recibir «cuidados paliativos» de calidad, puede suscitar consecuencias que trasciendan lo querido expresamente por la ley: primero, por el difícil encaje dentro del ordenamiento constitucional de un evanescente «derecho a una muerte digna» y la consiguiente equiparación que insinúa la ley andaluza entre «dignidad» y «calidad»³. Y en segundo lugar, porque la «satisfacción» de esos derechos, va a depender, en gran medida, del quehacer de los profesionales sanitarios.

2 Vid. artículo 10 de la ley 14/86 General de Sanidad; artículos 22 a 26 de la ley 41/2002 de Autonomía del Paciente; Código de Ética Médica de la OMC de 1999, artículos 8, 10, 13 y 27. Respecto a voluntades anticipadas, leyes autonómicas 2/1998 de Salud de Andalucía y 5/2003 de declaración de voluntad vital anticipada.

3 En el apartado II de la Exposición de Motivos del proyecto, al referirse al concepto de «derecho a una muerte digna», se emplean algunas expresiones que van a servir como criterios interpretativos: «una vida digna —señala— requiere una muerte digna. El derecho a una vida digna no se puede truncar con una muerte indigna».

2. Autonomía del paciente y cuidados paliativos en el texto del proyecto

Entramos ya en el tema propio de este trabajo: el análisis específico de cómo se articula en este proyecto el derecho a la autonomía del enfermo con el papel que corresponde a los profesionales en la atención del paciente y toma de decisiones en esta materia.

Señalaba al principio la prioridad otorgada a la autonomía del paciente; el enunciado de la ley —«de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte»— lo manifiesta bien a las claras, y el propio articulado lo refleja de modo patente: el «espacio» concedido a los profesionales de la salud y a las instituciones sanitarias es significativamente menor, y se materializa en el enunciado de un conjunto de deberes destinados a dar cumplimiento a los derechos reconocidos a los pacientes. Los títulos I y II (artículos 1-16) contienen las disposiciones generales y los derechos de las personas ante el proceso de su muerte; el Título III (artículos 17-21) está dedicado a los deberes de los profesionales sanitarios, consta de 5 artículos y enuncia los deberes que se derivan para los médicos de los derechos contemplados en los dos primeros títulos⁴.

El Título IV (artículos 22-27) determina las garantías que deben proporcionar los

4 Derecho a la información y a la toma de decisiones clínicas; —cumplimiento de las voluntades anticipadas; —al consentimiento informado en el caso de enfermos incapacitados de hecho; —a la limitación de las medidas de soporte vital y del esfuerzo terapéutico.

centros sanitarios para facilitar el ejercicio de los derechos de los pacientes contenidos en los títulos I y II, en especial, lo relativo al acompañamiento familiar y asistencial. Por último, el Título V (artículos 28-32) está dedicado a las infracciones y sanciones⁵.

3. Entender «bien» el principio del consentimiento libre e informado

Las disposiciones de la ley pivotan, por tanto, sobre dos ejes: el derecho a la autonomía del paciente, apoyado, en su caso, en la voluntad expresada en las instrucciones anticipadas⁶; y los deberes de médicos y centros sanitarios de dar satisfacción, en la medida de sus posibilidades y respetando la legalidad vigente, a esas demandas. El meollo de la cuestión es encontrar el punto de equilibrio necesario

5 El espinoso tema de las sanciones, que desató las reacciones de los colectivos médicos al conocerse el texto del anteproyecto, ha quedado bastante atemperado en la redacción que ha entrado en el Parlamento: subsisten las sanciones, pero desaparece las alusiones a su monto, se reducen el catálogo de faltas y se expresan con mayor precisión las conductas sancionables.

6 Con todo, expertos partidarios de regular legalmente el suicidio asistido, como el Dr. Marcelo Palacios, restan importancia al valor de los testamentos vitales en esas circunstancias, puesto que los actualmente en vigor expresan la imposibilidad de actuar en contra del ordenamiento jurídico. Propone, en este sentido, modificar el Código Penal y, en consecuencia, modificar el Artículo 11 de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, en particular el apartado 3: 3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas.

entre los deseos del paciente y la libertad y responsabilidad del médico. Se trataría de alejarse de dos extremos: dar tal preeminencia a la autonomía del paciente que acabe por anular la responsabilidad que compete al facultativo en su deber «de intentar la curación o mejoría del paciente mientras sea posible» (artículo 27, 1 Código de Ética Médica—CEDM—), o bien, depositar en manos del médico un poder de decisión tal que reduzca al paciente a la condición de mero objeto.

En el fondo, se trata de aplicar, con el debido rigor y en toda su extensión, el principio fundamental del consentimiento libre e informado, sin lesionar, de rechazo, los legítimos derechos de las partes implicadas. Este punto considero que no está resuelto de modo adecuado en el proyecto andaluz: tal como plantea la conjunción de ambas perspectivas, expresándolas en términos derechos-deberes, supone, de algún modo, situarse de espaldas a la realidad y olvidar algo obvio: ninguna decisión en el terreno de los cuidados asistenciales al final de la vida —al margen de que sea o no correcta clínica y éticamente— se puede tomar sin el concurso del médico. Y no pienso sólo en el peligro de relegar los derechos del médico, sino también en el extremo contrario: dejar tanto poder en sus manos que sean los facultativos quienes, en última instancia, suplanten al paciente en su decisión de continuar con su vida. En este sentido, resulta paradójica la experiencia de Holanda, el primer país del mundo en despenalizar el suicidio asistido y la eutanasia, donde la frontera entre la eutanasia voluntaria e involuntaria se ha

demostrado, en muchos casos, bastante difusa⁷.

4. Presupuestos cuestionables del proyecto

1. El «ensañamiento terapéutico» no es una práctica tan corriente como parecen sugerir algunas expresiones contenidas en el texto de la ley: la medicina actual ha experimentado en los últimos años avances espectaculares en el tratamiento del dolor; los casos graves y complicados no están ya en manos de médicos individuales: es obligado trabajar en equipo, porque son varias las especialidades a las que compete. Por otro lado, existen numerosos protocolos médicos y farmacológicos para la atención de enfermos terminales⁸, que se aplican con toda normalidad. Además, la normativa deontológica es taxativa respecto a la prohibición del ensañamiento diagnóstico

7 Hendin H. «Seducidos por la muerte». Planeta, 2008, 107-108; recoge cómo el informe de la Comisión Rimmelink (1991) revelaba que de los 49.000 casos de decisiones médicas para terminar con la vida, tomadas desde la despenalización, más de la mitad fueron adoptadas sin consultar al paciente, y en más de 1000 casos, los médicos consultados admitieron expresamente haber causado o acelerado la muerte del paciente sin que lo pidiera.

8 Vid. Guías Médicas de la SECPAL <http://www.secpal.com/guiasm/index.php>, 2009; Documento de Consenso SECPAL-SEMFYC Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio». Sánchez, M. «Atención primaria»: *Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, Vol. 28, 2 (2001), 123-126; *Guía de Práctica Clínica sobre de Cuidados paliativos del SNS*, Ministerio de Sanidad, 2008, por citar sólo algunos ejemplos, en España.

y terapéutico (artículo 27,3 CEDM)⁹. En este sentido, pienso que ha tenido no poca influencia sobre el proyecto un caso tan singular como el de Inmaculada Echevarría; la Exposición de motivos menciona entre los documentos inspiradores del proyecto las recomendaciones aprobadas por la Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitarias, el 25 de junio de 2008, motivadas, en buena medida, por el caso de esta paciente granadina¹⁰.

2. La ley muestra una loable preocupación por proteger la autonomía de los pacientes, pero a riesgo de marginar a los profesionales, mostrando, por otro lado,

9 A las disposiciones referidas del CEDM, hay que añadir una declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC de febrero de 2009 sobre «Ética de la sedación en agonía», que, entre otros extremos, da respuesta, con notable precisión, a algunos casos que han saltado recientemente a la opinión pública.

10 El caso de Inmaculada Echevarría es, a mi juicio, especialmente sintomático para entender las claves en las que se apoyan algunos movimientos pro-eutanasia: hacer «bandera» de un caso extremo para atraer a la opinión pública hacia determinados postulados ideológicos. Sin embargo, no está de más señalar que, en opinión de muchos expertos —algunos bien ajenos a planteamientos pro eutanásicos (vid. p. e. Serrano Ruiz-Calderón, JM. «Precisiones en relación con el caso de Inmaculada Echevarría» <<http://www.condignidad.org/precisiones-serrano.html>>, 2007), podría considerarse no tanto un caso de eutanasia, como de ejercicio del derecho de autonomía de un paciente que, libre y conscientemente, rechaza la continuidad de un medio terapéutico —el ventilador mecánico— indicado expresamente para su distrofia muscular progresiva, que podía resultar fútil y no aportar ninguna mejora para el tratamiento y curación de su enfermedad de base. Con todo, no se debe pasar por alto, el hecho de que el informe del Consejo Consultivo de Ética de Andalucía no analice la proporción o desproporción del medio, su futilidad, sino **sólo** la voluntad del paciente.

una escasa sensibilidad hacia el respeto que deben a su «lex artis» y a su Código deontológico. En concreto:

— el artículo 8 del proyecto, sobre el derecho del paciente al rechazo y a la retirada de una intervención, señala: «La persona que se encuentre en el proceso de la muerte¹¹ tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito». El problema no lo plantea el inicio del enunciado, sino la coletilla final: «aunque ello pueda poner en peligro su vida». Tal aseveración —expresada sin más matizaciones y en un contexto en que el papel del médico sea el de un mero «receptor» del consentimiento— estaría abonando el terreno para que, en la práctica, se imponga la consideración de la autonomía del paciente como un derecho absoluto, que nos parece cuestionable, al menos, desde dos perspectivas bien distintas:

a) la del médico que puede verse impelido a actuar al margen de su «lex artis», en concreto, respecto al deber enunciado en el artículo 27 del CEDM «de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible»; en este punto, la deontología «hila muy fino» en su propósito de garanti-

11 El proyecto considera en «proceso de muerte» a aquellos pacientes «que se encuentran en situación terminal o de agonía» (artículo 5.j).

zar la intencionalidad benéfica del facultativo, cuando habla de «medidas adecuadas» que, aún usadas correctamente, provoquen un «acortamiento de la vida». Junto con esa norma, conviene no olvidar las significativas condiciones a una ilimitada autonomía del paciente que establecen instrumentos jurídicos de tanto peso como el artículo 11.3 de la Ley 41/2002 sobre la autonomía del paciente¹², y la Recomendación 1418 (1999)¹³ del Consejo de Europa sobre «Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos».

- b) la «vulnerabilidad» de quienes padecen una enfermedad incurable y de nefasto pronóstico, enfermos que, en muchas ocasiones, son especialmente sensibles, tanto a la presión del ambiente familiar¹⁴,

12 Artículo 11.3: «No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones. Aunque estén referidos a las instrucciones previas, no sería congruente, considerar como válida una voluntad contraria al ordenamiento jurídico o a la «lex artis», por el solo hecho de ser manifestada en el momento de aceptar o rechazar una intervención.

13 «el deseo de morir expresado por el enfermo terminal o moribundo no puede constituir la base jurídica de su muerte a manos de un tercero ni constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida.»

14 El artículo 10, 4 contiene una importante precisión en orden a la interpretación de la voluntad del paciente incapaz y del que no existan voluntades anticipadas; en este caso «se tendrán

como ante la perspectiva de una dolencia que les reduzca, en un plazo más o menos largo, a la condición de personas absolutamente dependientes o que, en fin, termine provocando su muerte. La confluencia de éstos y otros factores, hacen que sea especialmente necesaria la participación de un equipo interdisciplinar que valore todos los elementos —personales, familiares, psicológicos, sociales, etc.— que pueden condicionar, de modo determinante, las decisiones del paciente. Resulta, en este caso, muy revelador el análisis realizado por el Dr. H. Hendin (obtenido de su amplísima y bien contrastada experiencia sobre la práctica médica de la eutanasia en Holanda y en algunos Estados de EE.UU) sobre la influencia de los estados de depresión asociados, en muchos casos, a las patologías más graves. «Este tipo de pacientes, piden a la vida lo que la vida ya no les puede dar. La expresión más dramática de su necesidad de mantener el control es su empeño por determinar el tiempo, el lugar y las circunstancias en que ha de producirse su muerte (...) La depresión, causada a menudo por el conocimiento de la gravedad de su enfermedad, exagera su tendencia a ver

en cuenta tanto los deseos expresados previamente, como los que hubiera **formulado presuntamente de encontrarse en situación de capacidad**». La posibilidad de atender a la «voluntad presunta», recuerda al razonamiento empleado en el caso de Eluana Englaro.

los problemas como blanco o negro». Este tipo de situaciones pueden llevar, por otro lado, al médico a tomar decisiones dictadas por un complejo de «fracaso»: «al no ser capaces de encontrar una respuesta adecuada a los problemas de los moribundos, al miedo a llegar a padecer un dolor insoportable y a la prolongación de la vida en circunstancias intolerables»¹⁵.

3. La omisión de la objeción de conciencia del médico. Aunque la objeción es un derecho constitucionalmente amparado y profesionalmente asentado, que no precisa para su ejercicio de la existencia de una regulación específica (STC 11 de abril de 1985), el que la ley no haga remisión alguna a una regulación —bien sea constitucional, bien deontológica— podría dar lugar a una gran inseguridad entre los médicos, y a una multiplicación de los litigios. De hecho esta ausencia ha sido advertida y criticada por los Colegios Médicos¹⁶.

En cualquier caso, los redactores del proyecto, no descartan del todo la aparición de supuestos de objeción de conciencia, aunque se conforman con hacer una velada referencia en el artículo 22, 2, al expresar la obligación del centro sanitario de arbitrar los medios para que en ningún caso, «incluida la negativa o ausencia

del profesional», se vean mermados los derechos del paciente.

Para justificar esta omisión, los defensores de la propuesta sostienen que como esta ley no despenaliza ninguna forma de eutanasia y sólo regula supuestos de «buenas prácticas», no es preciso aludir a la objeción de conciencia. Sin dejar de ser cierto lo primero (en principio, una Comunidad Autónoma carece de competencias para legislar en el terreno de los derechos —como es el derecho a la vida y a la libertad de conciencia— «blindados» por la Constitución¹⁷), la ley andaluza tiene la particularidad de que trata de protocolizar actos médicos, que inciden en el terreno de las convicciones personales, sin hacer ninguna previsión sobre la vía a que podrían acogerse los profesionales en caso de que se den conflictos éticos.

En ese sentido, además del ya mencionado artículo 8, puede ser problemático también el Artículo 18: «*todos los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente tienen la obligación de respetar los valores y preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, en la Ley 5/2003, de 9 de octubre y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias o convicciones personales morales, religiosas, o filosóficas*». Su enunciado, en apariencia similar al del artículo 8 del CEDM, contiene, sin embargo, contrastes

15 Hendin, H. Resumen para el Subcomité del Congreso de los Estados Unidos de América: En «Physician Assisted Suicide and Euthanasia in the Netherlands». JAMA (1997), 1720-1722. Vid. igualmente ob. cit. en nota 6.

16 Nota del Consejo Andaluz de Colegios Médicos de 16 de junio, Europa Press.

17 De todos modos, existen antecedentes de regulaciones autonómicas que reconocen el derecho a la objeción de conciencia, al menos, para los farmacéuticos: Galicia, La Rioja, Castilla La Mancha.

que saltan a la vista: «El médico —dice el Código— respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponer las suyas». No aparecen para nada el respeto a «las preferencias» del paciente; tampoco un elenco tan genérico de «abstenciones» en los criterios de actuación, que podrían fácilmente colisionar con el Artículo 9,3 CEDM: «Si el paciente exigiera del médico que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico tras informarle debidamente queda dispensado de actuar».

Una norma como la del artículo 18, interpretada en sus estrictos términos y sin posibilidad de invocar la objeción de conciencia ni de conciencia, puede fácilmente dar lugar a prácticas propias de medicina defensiva, prohibida por el artículo 18 & 2 CEDM.

En estas circunstancias, parece que la única instancia «independiente» que podría valorar los conflictos éticos y de buena praxis, serían los comités de ética asistenciales (artículo 27), que nunca sustituyen la responsabilidad del médico.

5. Derechos del enfermo y cuidados paliativos

Antes de terminar, quiero plantear, aunque sea someramente —pues excede del objetivo de este artículo— una cuestión, aparentemente ajena al texto legal, pero que podría tener una importante trascendencia práctica: ¿qué medios está en condiciones de poner la sanidad andaluza —en inversiones, formación de especialistas, unidades tanto hospitalarias como de atención domiciliaria, camas

específicas para paliativos en hospitales, etc.— para que los derechos y servicios que la ley reconoce a los pacientes puedan ser exigidos de forma justa a los profesionales y centros de salud? ¿No estaremos empezando la «casa por el tejado»?

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), cada año fallecen en nuestro país unas 385.000 personas, de las cuales, entre 150 y 200.000 son pacientes terminales necesitados de atención integral en cuidados paliativos; cifra que aumenta considerablemente si tenemos en cuenta a familiares y personas del entorno próximo de estos enfermos que también requieren atención. De esta cifra, tan sólo 40.000 están recibiendo una adecuada atención en cuidados paliativos en las 400 unidades de paliativos existentes (tanto hospitalarias, de atención domiciliaria, etc.)¹⁸. En Andalucía, según datos oficiales, el número de enfermos que precisan cada año cuidados paliativos oscila entre los 28.000 y 30.000, cantidad a la que hay que añadir los pacientes que están dentro del período terminal, pero que fallecerán al año siguiente¹⁹.

18 Declaraciones del Dr. Javier Rocafort, Presidente de la SECPA El País, 29-05-2009. Cfr. igualmente: Diego Albarracín Garrido, Silvia Berdullas Saunders y Aída de Vicente Colomina «Atención psicológica al final de la vida y duelo. La importancia psicológica de los cuidados paliativos». INFOCOP, N° 39, 2008. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España.

19 Las conclusiones a que llega la Junta de Andalucía respecto a la situación de la CP en esa Comunidad vienen reflejadas en Informe sobre CP 2004-2008, Págs. 25-28 http://www.junta-deandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf:

6. Conclusión

En síntesis, a pesar de sus buenas intenciones y del impulso que trata de dar a los cuidados paliativos, el proyecto andaluz adolece, a mi juicio, en los extremos señalados, de un exagerado concepto «garantista» de los derechos del paciente, de falta de comprensión de la libertad y responsabilidad de los médicos —al omitir, entre otros derechos, el de la objeción de conciencia— y de una percepción discutible del sentido de la medicina y del propio quehacer médico. Hay unas

reflexiones del Dr. Gonzalo Herranz que expresan mucho mejor el problema de fondo: «no sería justo pedir a los médicos ni a la medicina paliativa, lo que por la misma limitación de la ciencia y la naturaleza mortal del ser humano, no están en condiciones de dar: la medicina no es inmune a esa nueva mentalidad. Aquella no tendría ya por fin exclusivo curar al enfermo y, si eso no es posible, aliviar sus sufrimientos y consolarle, sino restaurar un nivel exigente, casi perfecto, de calidad de vida. El hospital se convierte así en un taller de reparaciones: o arregla los desperfectos o destina a la chatarra»²⁰.

Recibido: 07-06-2009
Aceptado: 23-01-2010

1. Los recursos de CP son heterogéneos y responden a distintos modelos organizativos. Presentan una dependencia funcional diversa. Dentro de los recursos de CP del Servicio Andaluz de Salud, éstos pueden depender de diferentes servicios (Oncología, Medicina Interna, Anestesiología, fundamentalmente) (...)

2. Existe una importante variabilidad en cuanto a la dotación de personal y a su cualificación, así como, en cuanto a la dotación técnica. El modo de acceso de los pacientes a estos dispositivos es heterogéneos. Los recursos conveniados (se refiere a entidades privadas: AECC, CUDECA, OHSJD), 22 de los 50 existentes, que, en general, han venido a cubrir algunos de los aspectos más deficitarios del SSPA en materia de CP, tienen un ámbito de actuación limitado (...) y proporcionan atención, casi exclusivamente, a la población adulta.

3. No se dispone de información completa sobre los resultados de algunas unidades en cuanto a la accesibilidad, continuidad asistencial, capacidad de respuesta, apoyo a las personas cuidadoras, y grado de satisfacción con los mismos. Se carece asimismo, de estándares de referencia sobre la ratio de recursos que sería deseable para una población dada (...)

4. En la población pediátrica existe una mayor indefinición en cuanto a los recursos disponibles (...)

20 Herranz, G. «La medicina paliativa, ejercicio de ciencia y de humanidad», publicado en *Aceprenta*, nº 100 (2008) de 1 octubre. Madrid, 2008.