

ESTADOS UNIDOS PETICIÓN DE VIRGINIA

El Supremo rechaza resolver por vía rápida el recurso contra la reforma de Obama

■ **Europa Press** Washington El Tribunal Supremo de Estados Unidos ha rechazado un recurso planteado por el Estado de Virginia que pedía al alto tribunal que resolviese la posible inconstitucionalidad de la reforma sanitaria promovida por el presidente, Barack Obama, en lugar de esperar a que el texto siga su curso por las distintas instancias judiciales.

El estado de Virginia invocó un procedimiento apenas utilizado que insta al Tribunal Supremo a mostrar su postura sin esperar a que esta corte sea la última en emitir su valoración. Este tipo de peticiones raramente son aceptadas, en la medida en que la Justicia suele abogar por que las denuncias sean anteriormente examinadas y resueltas por tribunales de menor instancia.

Tras la decisión del Tribunal Supremo, los recursos planteados por demandantes privados y estatales seguirán su curso en distintos tribunales federales de Estados Unidos. Los jueces deben determinar la legalidad de aspectos clave como la obligatoriedad de que todos los ciuda-

danos dispongan de seguro sanitario para el año 2014. Gobernadores y fiscales generales de 26 estados de Estados Unidos han manifestado su rechazo a la reforma de Obama argumentando que "la obligatoriedad de adquirir un seguro [que recoge la reforma] representa una extensión sin precedentes de las competencias de las autoridades federales" y, por tanto, es inconstitucional (ver DM del 2-II-2011).

Confianza de Obama

Los fallos de los distintos tribunales federales que han declarado la inconstitucionalidad de la reforma sanitaria han sido criticados por la Administración Obama, que ha manifestado su confianza en que el Tribunal Supremo respaldará su iniciativa.

El veredicto del alto tribunal llegará en 2012, año en el que Barack Obama se enfrenta a su reelección, cuestión en la que la reforma sanitaria jugará un papel fundamental, pues el presidente republicano ha hecho de esta legislación una de las principales banderas de su gobierno.

LEGISLACIÓN EN ESPERA DE LA ESTATAL

La ley navarra de paliativos entrará en vigor el 4 de julio

■ Redacción

La Ley Foral de Navarra de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte entrará en vigor el próximo 4 de julio, después de publicarse en el *Boletín Oficial del Estado (BOE)*.

El capítulo tres de la ley foral está dedicado a los deberes de los profesionales sanitarios y en su artículo 20 aborda la limitación del esfuerzo terapéutico, una cuestión que ha sido polémica en normas similares, como la de Aragón. Sobre este asunto, el texto señala que "el médico responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la limitación deberá

constar en la historia clínica". Además, el mismo artículo añade que "dicha limitación se llevará a cabo oído el criterio profesional del enfermero responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente de la del médico responsable de, al menos, otro médico" que atienda al enfermo.

Otra comunidad más

La comunidad foral se une así a Andalucía y Aragón en el grupo de autonomías que cuentan con una legislación propia sobre los cuidados paliativos y el respeto a las últimas voluntades del enfermo terminal. La ley foral de Navarra ve la luz cuando desde el Gobierno central se prepara una norma estatal que estaba prevista para el pasado mes de marzo pero que ha sido retrasada hasta mayo.

TRIBUNA LA SEDACIÓN LA DEBE INDICAR EL MÉDICO CUANDO SE DAN LAS CONDICIONES

La atención al final de la vida

► El autor analiza el artículo 14 de la ley aragonesa que establece el derecho a la sedación paliativa. Recuerda que es una indicación médica que el profesional debe aplicar si se dan las condiciones clínicas y éticas, y que no puede ser negado al enfermo cuando esté indicada.



JACINTO BÁTIZ

Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos (Santurce-Vizcaya)

Como cualquier tratamiento médico, quien debe indicar la sedación paliativa es el médico cuando se dan las condiciones clínicas y éticas para que sea considerada buena práctica

Los médicos debemos emplear todas las estrategias adecuadas en la atención al final de la vida, pero no las que el enfermo elija para ello, por lo que puede ser equivoco el artículo 14 de la ley de Aragón

Comenzó Andalucía, le siguió Navarra, ahora Aragón y estamos a la espera de la ley que se está elaborando a nivel nacional. Con estos movimientos los legisladores autonómicos y ahora el Gobierno central desean garantizar una atención médica al final de la vida a todos los ciudadanos de nuestro país. Pero, a partir de la promulgación de estas leyes ¿sufrirán menos los enfermos al final de sus vidas? ¿No se deteriorará la relación médico-enfermo en una fase tan delicada donde esta relación debe ser de ayuda y no una relación defensiva, exigiendo algún derecho que pueda no ser una indicación médica adecuada? ¿No estaremos potenciando una medicina defensiva en la que el médico se vea amenazado constantemente con sanciones?

El artículo 14 de la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir y de la Muerte, de Aragón, que hace referencia al derecho del paciente a la administración de sedación paliativa "El paciente en situación grave e irreversible, terminal o de agonía que padece un sufrimiento refractario tiene derecho a recibir sedación paliativa" me ha provocado algunas reflexiones que deseo compartir con quienes hayan elegido leer esta tribuna.

Seguendo la Declaración sobre la Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial (OMC), en la que intervine como coautor, esta atención no debe considerarse un privilegio del paciente sino un derecho. Toda la atención al final de la vida debe ser un derecho para el paciente que se encuentra en esa situación clínica.

Este derecho lo exigimos los médicos porque en estas circunstancias el paciente debe tener derecho a no sufrir y para ello la atención médica que se le preste deberá estar obligada a secuenciar todas aquellas estrategias que tengan el objetivo de aliviar su sufrimiento: no abandonarle, aliviarle el dolor con la dosis de analgesia necesaria hasta que el enfermo no diga "ya no tengo dolor", evitar las exploraciones diagnósticas y aquellos tratamientos que son más insufribles que la propia enfermedad y que en ese momento se consideran inútiles, y sedarle si a pesar de todos los tratamientos empleados no hemos conseguido aliviar su sufrimiento, teniendo en cuenta siempre los deseos del enfermo.

Tratamiento indicado

En la Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC *Ética de la sedación en la agonía* (aprobada por la Asamblea General el 21 de febrero de 2009) se considera "como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que, en los pocos días u horas que preceden a su muerte, son presa de sufrimientos intolerables que no han respondido a los tratamientos adecuados." Los médicos nos hemos dado, con esta declaración, unas normas que le garantizan al enfermo que aliviamos su sufrimiento con la sedación cuando la precise y él nos la autorice, pero consideramos que no debemos realizarla cuando él nos la exija como un derecho si no la consideramos indicada.

Como cualquier tratamiento médico, quien debe indicar la sedación paliativa es el médico cuando se dan las condiciones clínicas y éticas para que sea considerada una buena práctica médica. El enfermo debe tener derecho a que le ayudemos a prevenir las enfermedades que le pueden amenazar, a curarlas cuando no ha

sido posible prevenirlas y a aliviar sus efectos si no hemos conseguido ni lo uno ni lo otro. Para ello los médicos debemos emplear todas las estrategias adecuadas para cumplir sus objetivos, pero no las que el enfermo elija para ello; entiendo que en este sentido puede ser equivoco el artículo 14 de la citada ley "Derecho del paciente a la administración de sedación paliativa" porque para ello será el médico quien debe considerarla indicada o no. De la misma manera estoy de acuerdo en que si está indicada y algún médico se negara a realizarla, en ese caso sí tiene derecho el enfermo a recibirla y el médico el deber de realizarla, porque si no fuera así, el citado médico estaría realizando una mala práctica médica al no sedar al paciente.

Es probable que si no tenemos las ideas claras al legislar no estemos garantizando una atención médica adecuada al final de la vida sino confrontando por un lado las exigencias del enfermo garantizadas por la ley y, por otro, la buena práctica médica. Por eso, creo que cuando se elabora una ley que no ayuda, sino más bien confunde, precisa de más reflexión.

La función de los colegios

Sobre las sanciones ante el incumplimiento de los derechos creo que los colegios oficiales de médicos, a través de sus comisiones de deontología, controlan y sancionan la mala práctica médica de sus colegiados según el Código de Ética y Deontología Médica. Esto justifica la existencia de estos colegios profesionales y la obligación del médico que desee ejercer su profesión de estar colegiado para poder ser controlado y realizar una atención adecuada al final de la vida a la que todo enfermo debe tener derecho.

El vigente código garantiza una atención médica al final de la vida adecuada a los enfermos, para lo que obliga a todos los médicos colegiados a lo siguiente:

"El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aun cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso, el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo" (Capítulo VII artículo 27.1).

"El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables" (Capítulo VII artículo 27.2).

Lo positivo de estas leyes y la que está por venir es que responsabilizan a las autoridades sanitarias a garantizar el derecho reconocido para todos los ciudadanos de este país mediante una ley de calidad en la atención al final de la vida, para lo que dispondrán de los recursos necesarios. Serán los garantes de estos derechos quienes deberán dar cuenta de que los enfermos hayan podido recibir la atención médica que necesitan y deseen. Los médicos somos conscientes de lo que nuestra profesión nos compromete para aliviar el sufrimiento del enfermo, sobre todo al final de la vida.