

Preguntas pendientes

- Cuando hay un conflicto entre los criterios de la familia y los del personal sanitario que atiende al anciano sobre el tema de las restricciones (técnicas genéricas)
¿Qué pasos se pueden seguir?

Yo diría, en primer lugar, que las restricciones son una medida que los profesionales deben adoptar con mucho cuidado por dos motivos. Una porque son potencialmente peligrosas para el paciente y dos porque suponen, de hecho, coartar la libertad de la persona. Por ello es imprescindible realizarlas siempre en el marco de un protocolo clínico específico que regule cuándo y cómo deben usarse y durante cuánto tiempo, con el objeto de garantizar que sólo se usan cuando están indicadas y se aplican de forma segura. La decisión de aplicar una restricción debería ser algo consensuado en el equipo de atención, no una decisión unipersonal de un solo profesional. En segundo lugar, cualquier tipo de conflicto debe tratar de resolverse primero mediante un cuidadoso proceso de información en el marco de procesos de counselling y apoyo emocional de la familia. No es infrecuente que los desencuentros de los familiares y los profesionales tengan como base una deficiente información de la familia y una sensación de miedo, angustia, impotencia y preocupación por el familiar. Si el equipo de profesionales es capaz de dar buena información explicando los motivos por los que se aplica la medida, de pactar con ellos los límites de las restricciones y de aliviar la angustia de las familia, entonces la mayor parte de las veces el conflicto se resuelve. Si no es así, entonces siempre queda el recurso de la consulta al Comité de Ética y de la labor mediadora de éste.

- ¿Dónde y cómo se intercalan las creencias religiosas en los centros públicos sanitarios?

En mi opinión es importante distinguir entre necesidades espirituales y necesidades religiosas.

Las necesidades espirituales tienen que ver con la respuesta que todo ser humano trata de dar a las grandes preguntas de la existencia: quiénes somos, de dónde venimos, adónde vamos, qué sentido tiene nuestra vida, etc. Estas preguntas, en los momentos cruciales de la vida, pueden generar angustia y preocupación a las

personas. Creo firmemente que forma parte de los deberes profesionales ser capaces de sostener y acompañar estos momentos existenciales, dando alivio y consuelo. No se trata pues de una cuestión relacionada con la cuestión “pública” o “privada”. Tampoco de que el profesional sea creyente o no; no se necesita ser creyente para hacer esta labor. Se trata de algo relacionado con el fin de la atención profesional. Todo profesional está obligado a prestarla donde trabaje.

Otra cosa distinta es cuando las necesidades espirituales y las respuestas que las personas dan a ellas adoptan la forma de una determinada confesión religiosa. Aquí, obviamente, el profesional sólo podrá dar algún tipo de respuesta si es creyente de esa misma confesión religiosa y aun así, en tal caso, sólo si lo desea: no forma parte de sus obligaciones como profesional. La obligación de los profesionales, de los centros y de las administraciones es aquí, en el marco de un Estado que es laico como tal pero que garantiza el respeto a la libertad religiosa de los ciudadanos, facilitar el acceso, si así lo desea, del paciente a los pastores o miembros de esa comunidad religiosa, para que le proporcionen esa asistencia, siempre y cuando no se interfiera con ello la correcta atención del paciente. En lo que sí hay que trabajar aquí es en que exista igualdad de acceso por parte de todas las confesiones religiosas a los centros públicos, de una manera reglada y equitativa. En este sentido la presencia permanente de capellanes católicos en los centros sanitarios me parece algo contrario a la Constitución, como me lo parece el Concordato que fundamenta ese privilegio. Por ejemplo: yo creo que las capillas católicas de los centros sanitarios públicos hay que transformarlas, en todo caso, en espacios religiosos de carácter multiconfesional.

- Dicho por usted, *“Hay que aprender a dejar hacer. Ha recomendado menos inversión en hospital de agudos”* ¿Cómo se puede conducir el sistema sanitario a un modelo con más desarrollo de la atención primaria, pensando en la cronicidad de la pluripatología que en personas mayores es imparable? Mirando a futuro, el sistema sanitario es como un trasatlántico, ¿Cree usted que podría virar a un nuevo modelo?

Me encantaría tener la respuesta a esta pregunta. Yo no sé cómo hay que hacerlo, sólo afirmo que tenemos que hacerlo. Y tenemos que hacerlo entre todos, actuando a muchos niveles: ciudadano, profesional, sindical, político.

Nuestro modelo, por mucho que se empeñen en decir lo contrario nuestros políticos, sigue siendo hospitalocéntrico. El análisis económico lo demuestra. Pero eso se puede cambiar con voluntad política, con algo similar a lo que se hizo en

1984 con la reforma de la Atención Primaria y en 1986 con la Ley General de Sanidad. Hay que empujar en esa dirección.

Pero también creo que una manera de hacer cambiar la macrogestión es reorientando la microgestión. Y la microgestión, que es la gestión de verdad porque es la que decide en última instancia qué recursos se consumen y cómo, es la que hacen los profesionales de a pie. Quien tiene el poder de medicalizar, de hacer “obstinación terapéutica” y “obstinación diagnóstica”, pero también de “no hacerlas” es el profesional. Hay aquí mucho margen para la mejora, pero no simplemente para “ahorrar”, sino para optimizar lo adecuado, lo indicado, lo realmente necesario. En la bibliografía ya hay bastantes estudios que demuestran la gran cantidad de procesos, pruebas o tratamiento inútiles, sin evidencia científica, que hacen los profesionales, tanto de Atención Primaria como de Hospital. Bastaría dejar de hacer todas esas cosas para que el sistema se volviera más eficiente. A las grandes patronales del complejo farmacéutico-tecnológico-sanitario-industrial no les gustará este mensaje porque socava sus intereses, pero creo que es el éticamente más decente y coherente.

- La ley de “final de la vida” de Andalucía (hasta lo que yo sé) casi “obligan” al médico a hacer sedación terminal cuando el paciente lo solicitaba, aunque no estuviera indicado. ¿esto es así? Porque yo no estoy de acuerdo.

Eso no es cierto, está mal informado. No se puede imponer ningún tratamiento, como lo es la sedación terminal. Cualquier tratamiento requiere el consentimiento informado de la persona, lo que exige libertad, información y capacidad. Si la persona es incapaz entonces son sus representantes los que deben hacerlo en su lugar.

Lo que hace la ley andaluza es elevar la sedación terminal a derecho, ¡no a “deber”!! Dice lo siguiente:

Artículo 14. Derecho de los pacientes a la administración de sedación paliativa.

Los pacientes en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir sedación paliativa, cuando lo precisen.

Formular esto como derecho era importante porque lo que habíamos detectado en Andalucía es que a veces, los profesionales, por miedo o por desconocimiento, no facilitaban la sedación aunque estuviera perfectamente indicada. Pero al mismo tiempo, la coletilla final “cuando lo precisen” limitaba ese derecho para evitar sedaciones digamos “a la carta”, pedidas por un paciente o por sus familiares cuando les pareciera sin más. Pero en todo caso se trata de un derecho de las

personas, no de un deber. Es ilegal imponer tratamientos en contra de la voluntad de las personas. Si la ley andaluza hubiera hecho eso ya habría sido recurrida ante los tribunales.

Creo que es muy importante leer de primera mano las cosas y no fiarse de los comentarios de la prensa o de determinadas organizaciones con intereses espúreos, para evitar ser manipulado o confundido.

- Se ha hablado de dos elementos claves en el camino de renovación del concepto de salud: profesionales y la administración, pero ¿Cómo llegar a los usuarios, el otro elemento básico?

Otra pregunta muy difícil de contestar. No hay recetas. El valor “salud” y su contravalor “enfermedad” son construcciones básicamente culturales y sociales. Aunque lo “objetivo – científico” tenga en estas definiciones, obviamente, un peso importante, no es sin embargo el decisivo. Pero los cambios culturales son muy difíciles de lograr, se precisan generaciones enteras para virar determinadas convicciones, creencias y valores. Y sólo se logra cuando las distintas instituciones sociales básicas: familia, escuela, organizaciones ciudadanas y profesionales, medios de comunicación, partidos políticos y sindicatos y administraciones públicas, viran conjuntamente poco a poco en una determinada dirección. Cada uno debe hacer lo que pueda en esos diferentes niveles empujando para facilitar ese cambio, sabiendo además que seguramente él personalmente no verá el resultado final del proceso de cambio por el que ha luchado.

Pero, por aterrizar un poco más, creo que además de los mencionados, hay tres ámbitos en los que hay que actuar de modo inmediato: escuela, medios de comunicación y procesos de participación de los ciudadanos en la gestión pública de las organizaciones que trabajan en el ámbito de la salud. Esto último me parece muy urgente porque, en general, aunque está de moda decir que se hace mucho en este campo, la realidad sigue siendo, al menos en Andalucía muy pobre: la clase política y gestora se resiste a aceptar que la ciudadanía tenga voz y voto real en la gestión pública, le tienen miedo. Sin embargo yo creo que, en la medida en que se avance en esto, la ciudadanía podrá hacerse más conciente de la complejidad de los conceptos de salud y enfermedad y adentrarse en la dificultad de las decisiones reales que hay que tomar en ese ámbito cada día. Sólo así nos haremos todas más co-responsables, razonables y prudentes, podremos “desmedicalizarnos” mejor y vivir más saludablemente.