



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

[Sin autor especificado] Alegaciones ASANEC: Anteproyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0369.php>



Asociación Andaluza de
Enfermería Comunitaria

ALEGACIONES ASANEC

ANTEPROYECTO DE LEY DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE LA MUERTE

24 SEPTIEMBRE 2009

Artículo 4. Definiciones.

...

g) Médico o médica responsable: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

...

Esta referencia quedaría eliminada por nuestra parte, ya que, la citada Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, no da pie a que una profesión en concreto tenga una mayor cualificación (art.6 y art.7) en los diferentes conflictos morales muy presentes en estos pacientes (petición eutanasia, pacto de silencio, definición de la capacidad, proceso información, toma de decisiones, tener en cuenta al menor, etc.). Ningún profesional es más capaz (o superior) a otro en este tema, por que las decisiones en este ámbito deben estar basadas en la deliberación, nadie está en posesión de la verdad, por lo que la colaboración y el trabajo en equipo es siempre la mejor opción.

Por lo tanto, debería introducirse la definición de Interlocutor Principal que podría ser aquel profesional que designe el paciente dentro de su equipo asistencial, aunque en lo referente a aspectos relacionados con su atención, cuidados u otros servicios, este podría derivar para actuar como interlocutor referente a otros miembros del equipo asistencial.

Artículo 6. Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.

1. Las personas que se encuentren en el proceso de muerte o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso tienen derecho a tomar decisiones respecto a las intervenciones sanitarias que les afecten, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8.

2. Toda intervención en este ámbito requiere el previo consentimiento libre y voluntario del paciente, una vez que haya recibido y valorado la información prevista en el artículo 5. El consentimiento será verbal por regla general, dejándose en todo caso constancia en la historia clínica. Será solicitado por escrito en los casos que se establezcan reglamentariamente.

...

En el asunto del Consentimiento Informado (C.I.), en nuestra opinión existen técnicas invasivas que requieren formulario escrito y no sólo información oral.

Resulta inapropiado que este punto se deje a criterio de los profesionales y no esté perfectamente reglamentado, la variabilidad es un constante en los centros y en los profesionales (dándose la situación de que en algunos hospitales nos encontramos con 400 formularios y en otros 50) Son pacientes con especial vulnerabilidad y tendría que contemplar:

- Concretar bastante aquellas situaciones que requieren sin duda el C.I. escrito.
- Ahondar más en el C. I., garantizando la no manipulación, el nivel completo de información de la enfermedad, la capacidad, el tiempo suficiente para tomar la decisión, la posibilidad de retirar de cualquier

ensayo y la inexistencia de los placebos. (Recomendaciones de Comité de ética de la Secpal 2002).

Artículo 12. Derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos.

1. *Todas las personas en situación terminal o de agonía, tienen derecho a recibir cuidados paliativos integrales de alta calidad.*

2. *Siempre que ello no esté contraindicado, el paciente en situación terminal tiene derecho a que se le proporcionen en su domicilio, si así lo desea, los cuidados paliativos que precise, en las condiciones adecuadas a sus necesidades clínicas y a las características del mismo en que se vayan a prestar.*

La ley se hace para el ciudadano, y nadie más tiene que establecer ninguna contraindicación (ya que no se trata de un tratamiento o intervención clínica) que haga impedir su atención en el domicilio, salvo el propio paciente, y en su caso su familia.

Además la atención domiciliaria debería estar incluida también como garantía que proporcionan los centros e instituciones sanitarias, no solo como derecho.

Artículo 16. Deberes respecto a la información clínica.

1. *El médico o médica responsable del paciente es garante del respeto al derecho a la información establecido en el artículo 4 de la presente Ley.*

2. *Los otros profesionales sanitarios que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una intervención concreta también tienen obligación de facilitarle información clínica en función de su grado de responsabilidad y participación en el proceso de atención sanitaria.*

3. *Todos ellos tienen obligación de dejar constancia en la historia clínica de que dicha información fue proporcionada.*

...

La Ley designa al médico como garante de la información, en nuestra opinión el médico no es el responsable de toda la información. Debe reflejarse que grado de responsabilidad tienen el resto de profesionales del equipo. Y algo muy importante, en el caso de que el médico, por falta de habilidad o dominio de la situación no esté suministrando la información que el paciente solicita a éste o a otros profesionales, debería contemplarse alguna vía alternativa, para dar respuesta de la forma más inmediata.

En el punto 2 debe hacer referencia al final del párrafo a que cada profesional tiene que garantizar dentro de su responsabilidad, el respeto al artículo 4

Artículo 20. Deberes respecto a la limitación de las medidas de soporte vital o del esfuerzo terapéutico.

...

2. *La justificación de dicha limitación requiere la opinión coincidente de al menos otros dos profesionales sanitarios de los que participan en la atención sanitaria del paciente.*

Al menos uno de ellos deberá ser facultativo médico. La identidad de dichos

profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.

...

Además, la otra profesional debe ser la enfermera responsable del cuidado durante su proceso asistencial.

TÍTULO IV

Garantías que proporcionarán los centros e instituciones sanitarias

....

Dentro de este título se debería incluir el concepto de que el paciente va a ser atendido en su domicilio si así lo desea, con todas las garantías y con los recursos necesarios. Tan importante es proclamar derechos como desarrollar los medios para garantizar esos derechos..

Además la ley debe garantizar la formación de los profesionales en esta materia.

Artículo 25. Asesoramiento especializado en cuidados paliativos y voluntad vital anticipada.

1. Se garantizará al paciente información sobre su estado de salud, y sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirá durante su proceso, de acuerdo a sus necesidades y preferencias.

2. Se garantizará al ciudadano, en el nivel asistencial donde lo demande, la información clínica relevante para que, si así lo desea, pueda expresar sus opciones e instrucciones a través de su voluntad vital anticipada.

...

Añadimos un punto 3. Las necesidades de cuidados y soporte de la persona allegada o cuidadora, así como las intervenciones derivadas, deberán ser registradas en el plan de cuidados del paciente.

Artículo 27. Comités de ética.

1. Todos los centros sanitarios o instituciones dispondrán de acceso a un Comité de carácter consultivo, con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos.

2. Los Comités podrán proponer alternativas o soluciones éticas a los conflictos que puedan surgir en el proceso de la muerte entre profesionales, ciudadanos e instituciones. En ningún caso sustituirán la responsabilidad que tengan los profesionales sanitarios, las instituciones o los propios ciudadanos.

3. Los integrantes de los Comités con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre los profesionales sanitarios, los pacientes o sus familiares y allegados hayan podido conocer en su condición de miembros del Comité.

4. La composición, mecanismos de funcionamiento y procedimientos de acreditación de los Comités se establecerán reglamentariamente.

5. Dichos Comités estarán coordinados por el órgano colegiado consultivo en esta materia de la Consejería competente en materia de Salud.

Estos comités son realmente necesarios, debiéndose separar, los comités

éticos relacionados de la investigación, con respecto a los comités de ética asistenciales. Observamos necesario que se creen los Comités de ética asistenciales en los distritos sanitarios de atención primaria, ya que la mayoría de los casos van a estar en sus domicilios.

Respecto a los profesionales, no se contempla en ningún caso la objeción de conciencia de quienes deban atender a personas en situación terminal, y por razones de creencias religiosas, personales, culturales etc., no estén dispuestos a aplicar un tratamiento paliativo y no quieran desobedecer la ley.