

EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA

Prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la medicina, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento humano. Todos, profesionales sanitarios y no sanitarios, estamos obligados a respetar la dignidad humana en todos los momentos de la vida de las personas. En la etapa final deben ser, especialmente, los políticos y sanitarios los garantes de que todo ser humano tenga una muerte digna y respetuosa con las decisiones manifestadas acerca de cómo desea morir.

Los avances en el tratamiento del dolor, en particular, y de la medicina paliativa, en general, permiten en la mayoría de los casos un buen control de los síntomas físicos; además, el planteamiento de una atención adecuada al sufrimiento psíquico del paciente y de su familia, evitando el aislamiento social del moribundo, supone un gran avance respecto a situaciones, desgraciadamente vigentes, de una asistencia insuficiente al paciente terminal.

La recomendación nº 1418 de 1999, del Consejo de Europa nombra varios factores que pueden amenazar el derecho del ser humano a morir con dignidad y en su apartado nº 1 se refiere a las dificultades de acceso a cuidados paliativos y a un buen manejo del dolor, e insta a los Estados miembros a que su derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria para que el enfermo terminal o moribundo no muera sometido a síntomas insoportables (dolor, ahogo...).

El Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad, siguiendo un mandato del Senado de diciembre del 2000, elaboró en el año 2001, un Plan Nacional de Cuidados Paliativos que cuatro años después sigue sin aplicarse, salvo excepciones (Cataluña, Extremadura,...). El desarrollo, a cargo de las Comunidades Autónomas, de un Plan Nacional de Cuidados Paliativos de calidad, además de ser un compromiso político, es una necesidad para garantizar el derecho que todo ciudadano tiene a una muerte digna, tanto en los servicios hospitalarios como en su domicilio. En toda España hay apenas 350 equipos de los cuales 150 son de atención a domicilio. La OMS, por su parte, recomienda un equipo domiciliario por cada 150000 habitantes y uno de soporte en cada hospital general. La mayoría de expertos aducen, además, que con un buen plan de cuidados paliativos las peticiones de eutanasia se reducen de un modo significativo. Sin embargo, miles de enfermos mueren actualmente con dolor y la mitad de quienes fallecen en el hospital lo hacen en Urgencias o en Intensivos.

En el ámbito del Estado Español, según los datos resultantes de un estudio del Dr. Màrius Morlans, director asistencial y también presidente del Comité ético asistencial del Hospital general de Vall d'Hebrón de Barcelona, más de la mitad de los pacientes (54%) mueren en el hospital y el 40% de ellos son enfermos de cáncer. El 35% de las defunciones hospitalarias ocurren en el servicio de urgencias y

un 20% en la Unidad de Cuidados Intensivos, que por definición implica una muerte altamente tecnificada. Esto implica que cerca de la mitad de los pacientes mueren en lugares que no están diseñados para atender el proceso de agonía.

En el País Vasco, por los datos que se conocen, aproximadamente la mitad de los pacientes (el 48% en el año 2000) han muerto en los hospitales de agudos de la red de servicios hospitalarios de Osakidetza, y el 27% de ellos son enfermos diagnosticados de cáncer. De los pacientes que mueren en los hospitales por cáncer, el 67% lo hacen en Hospitales de agudos de Osakidetza, o sea, 780 en Bizkaia, 282 en Alava y 540 en Guipúzcoa (Promedio durante los años 1999-2001). De ellos se estima que el 25% de las muertes hospitalarias ocurren en los Servicios de Oncología Médica, el 18% en los Servicios de Cirugía General y el 18% en los Servicios de Medicina Interna.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SEDACION PALIATIVA

El consentimiento informado es la aprobación de una actuación en el ámbito de la salud por parte de un paciente competente que ha recibido información en cantidad y calidad suficiente para la toma de una decisión autónoma.

La ley de autonomía 41/ 2002 en su capítulo IV nos dice que el consentimiento ha de ser verbal, por regla general, debiendo ser por escrito en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en casos de aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Asimismo, este capítulo recoge el consentimiento por representación y las instrucciones previas (esto último desarrollado en nuestra Comunidad Autónoma como Ley de Voluntades Anticipadas aprobada en el Parlamento Vasco en diciembre de 2002).

En el caso de la sedación paliativa en pacientes terminales estamos hablando de pacientes que sufren una grave enfermedad, avanzada e incurable, que va a producirles la muerte a corto plazo, no existiendo evidencia científica suficiente de respuesta razonable a tratamientos específicos. Estamos, además, ante un paciente sufriente que tiene, o previsiblemente tendrá, síntomas intensos, a veces refractarios al tratamiento, como puede ser dolor, disnea, delirio, hemorragias, convulsiones... Desde una Unidad de Cuidados Paliativos, en gran parte de los casos será posible llevar un proceso adecuado de información que permita al paciente tomar decisiones de asunción o rechazo de terapias paliativas tales como la sedación terminal. Entendemos que este proceso de consentimiento informado no conlleva la exigencia legal de firma de documento, ya que la valoración de los riesgos de los procedimientos en un paciente terminal no son asimilables a una situación de paciente viable. De cualquier manera, se recomienda la firma de unas voluntades anticipadas que pueden ayudar (técnica y legalmente) a los sanitarios en la toma de decisiones acordes con lo que un paciente informado desea para el final de su vida, garantizándole el derecho a una muerte digna.

Pero en un contexto de urgencia, ante un paciente desconocido del que no nos constan sus directrices previas o sistema de valores, lo anterior no es siempre realizable. En estos casos, si lo indicado, desde las buenas prácticas clínicas, es la sedación paliativa, ésta se podría realizar sin consentimiento informado, aunque se recomienda siempre que este tema sea tratado con la familia del moribundo.

A PROPÓSITO DE LEGANÉS

El Hospital público Severo Ochoa está situado en el municipio de Leganés, en la Comunidad de Madrid. Es un hospital patrimonial de la Seguridad Social, dependiente del Instituto Madrileño de Salud–Imosalud con finalidad asistencial general, para lo que dispone de 437 camas instaladas y de alta tecnología.

En sus 17 años de vida el Hospital Severo Ochoa se ha ganado un prestigio merecido de servicio a la Sanidad Pública y a la calidad asistencial, con alto nivel de profesionalidad de todo su personal, tanto médicos como del resto de personal, y, todo ello, trabajando en unas condiciones precarias, con enorme presión asistencial, dadas las grandes deficiencias de centros y servicios en la zona.

A mediados del 2003 se producen denuncias anónimas de sedaciones irregulares en pacientes fallecidos en su Servicio de Urgencias. Los casos denunciados son analizados por la Comisión de Mortalidad del mismo Hospital Severo Ochoa, que no aprecia mala praxis, pero que, sin embargo, hace referencia a algunos casos de dudosa o no adecuada indicación de sedantes sin explicar los fundamentos de tal calificación.

Estas situaciones, objeto de denuncias anónimas, también son estudiadas por el Comité de ética de Getafe, hoy inexistente, que tampoco aprecia mala praxis, indicando que la Comisión de Mortalidad del Hospital no aclara por qué considera algunas sedaciones de dudosa o inadecuada indicación.

La Comisión de Mortalidad aprecia posteriormente algunas historias de pacientes fallecidos con "información deficiente". A principios del año 2004 se aprueba un Protocolo de actuación y se crea una Comisión de seguimiento. Se registran por dicha comisión 25 incidencias por incumplimiento del protocolo, hasta las nuevas denuncias anónimas de marzo de 2005. Las denuncias hablaban de "400 homicidios". La Consejería encarga una Inspección que revisa las incidencias pero sigue sin encontrar mala praxis.

El supuesto incumplimiento de protocolo fue un tema polémico, ya que, en general, los protocolos son guías y recomendaciones de actuación que no siempre resuelven de forma concreta la diversidad de situaciones a las que se enfrenta el médico, quien frecuentemente tiene que aplicar su juicio clínico para actuar.

El 11 de marzo de 2005 comenzó el escándalo cuando el Consejero de Sanidad de Madrid, Manuel Lamela, cesa al Coordinador de Urgencias, Luis Montes, y remite el asunto a la fiscalía, que no ve indicios de delito en las actuaciones llevadas a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital. Simultáneamente a esta actuación, se inicia un proceso mediático alarmista que nada tiene que ver con la sedación de enfermos terminales en agonía, hablando de sedaciones "excesivas", "no indicadas", "dudosas" e incluso de eutanasia y homicidios, vertiendo frases brutales como "se están cargando a la gente".

Tras el Dr. Montes fueron cesados el Gerente y el Director Médico del Hospital y abiertos expedientes a cuatro médicos del Servicio de Urgencias.

Lo ocurrido en Leganés ha extendido el miedo a que una conducta como la sedación terminal, claramente acreditada como una buena práctica médica para enfermos que sufren en la agonía y bajo el principio del doble efecto que ha sido siempre aceptado desde la ética médica, pueda confundirse con la eutanasia cuando

en absoluto lo es, ya que la primera tiene como objetivo paliar los síntomas de un paciente terminal en agonía y la segunda, que significa buena muerte, debe reservarse para designar aquellas acciones cuyo objetivo final es terminar con la vida del enfermo terminal o irreversible, que padece graves sufrimientos, siempre a petición expresa y reiterada del mismo.

En este conflicto, el oportunismo de llamar homicidio a muertes acaecidas como consecuencia de una enfermedad terminal en la que se ha aplicado cuidados paliativos sólo sirve para confundir a la ciudadanía y dañar la imagen de la Sanidad Pública.

Como ha ocurrido en otros hospitales de la red pública, en el Hospital de Leganés, un grupo de profesionales que han observado necesidades de atención no cubiertas en grupos determinados de pacientes, han intentado ofrecer por propia iniciativa algún tipo de dispositivo asistencial que mejorase la situación de falta de asistencia a este tipo de enfermos. A pesar de ser conscientes de las limitaciones concretas que tenía su hospital (camas insuficientes, número de médicos dispuestos a asumir nuevas responsabilidades, jefes de servicio receptivos, presupuesto disponible, etc.), lo han puesto en funcionamiento, valorando que aportaban una mejora a la coyuntura anterior, a pesar de que muchas veces lo bueno es enemigo de lo mejor. Ante esta situación y conociendo la necesidad existente de organizar servicios de cuidados paliativos, ¿cómo el Sr. Lamela acepta y hace suya una denuncia en la que se acusa al hospital de tolerar la existencia de un grupo de profesionales organizado para realizar una mala práctica clínica con los enfermos terminales?

Esta respuesta resulta desoladora para cuantos defendemos la sanidad pública. El máximo responsable sanitario de la Comunidad de Madrid, a sabiendas del daño que realiza, incita a pensar que la salud de la población está en malas manos. Mediante el miedo y la persecución trata de modificar, en un sentido centralizador a ultranza, la correlación de fuerzas existente respecto a la planificación y a la organización de los servicios sanitarios. En resumen, trata deliberadamente de socavar el nivel de autonomía alcanzado en este hospital.

En este caso, al igual que en otros, se demuestra que lo mejor que tiene la sanidad pública son algunos de sus profesionales quienes, a pesar de las dificultades que les pone la Administración y de los intereses de parte de la profesión médica, son capaces de trabajar y organizar la asistencia sanitaria intentando dar salida a las necesidades que observa en su población, en este caso, la de Leganés.

Este conflicto ha servido al menos para poner de manifiesto algunos déficits en la atención sanitaria que tienen los madrileños. También ha servido para evidenciar el nivel de incompetencia en la gestión y administración de servicios del consejero, Sr. Lamela, al supeditar lo fundamental de un servicio público de salud a relaciones de poder que en esta ocasión, al menos, y a su pesar, han funcionado a favor de la población asistida.

ALGUNOS RESPONSABLES POLITICOS Y SANITARIOS BUSCAN IRREGULARIDADES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS EXISTENTES EN LUGAR DE CREAR LOS RECURSOS, LAS UNIDADES Y LOS INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA CUBRIR LAS DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA.

Osasun Publikoaren aldeko Elkartea
Asociación para la Defensa de la Salud Pública
(OP País Vasco)

HERIOTZA DUINA IZATEKO ESKUBIDEA

Bizitza luzatzea ezin da izan medikuntzaren helburu bakarra; gizakiaren sufrimendua arintzeaz ere arduratu behar da medikuntza. Guztiok, profesional sanitarioak eta ez sanitarioak, behartuta gaude pertsonen bizitzako une guztietan gizakiaren duintasuna errespetatzera. Bizitzaren amaieran politikariek eta osasun arloko profesionalek bermatu behar dute gizaki guztiak heriotza duina izango dutela, eta hiltzeko aukeratu duten modua errespetatuko zaiela.

Sintoma fisikoak ondo kontrolatu daitezke kasu gehienetan, bereziki minaren tratamenduan egon diren aurrerapenei esker eta, oro har, medikuntza aringarrian eman diren aurrerapausoei esker. Horrez gain, orain atentzio egokia ematen zaio pazientearen eta familiaren sufrimendu psikikoari, eta hori aurreratze handia da, hiltzera doanaren bazterketa soziala saihesten laguntzen duelako. Izan ere, oraindik ere egoera batzuetan ez zaio beharrezkoa duen laguntza guztia ematen paziente terminalari.

Gizakiak duintasunez hiltzeko duen eskubidea mehatxatu dezaketen hainbat faktore aipatzen ditu 1999ko Europako Kontseiluko 1418. gomendioak, eta 1. atalean dio zaila dela zainketa aringarriak eta minaren kudeaketa ona jasotzea. Hori esan ostean, estatukideei agindu zien euren barne eskubideetan honetarako beharrezkoa den babes legal eta soziala sartzeko: gaixo terminala edo hiltzera doana ez dadin hil sintoma jasanezinak (mina, itolarria...) pairatu ostean.

Senatuak 2000. urteko abenduan emandako agindua betetzeko, Osasun Ministerioko Lurralde arteko Kontseiluak Zainketa Aringarrien Plan Nazionala egin zuen 2001ean, baina plan hori oraindik ez da aplikatu, salbuespen batzuk kenduta (Katalunia, Extremadura...). Autonomia Erkidegoek kalitatezko Zainketa Aringarrien Plan Nazional bat garatzea konpromiso politikoa da, eta beharrezko zerbait ere bada, herritar guztiak heriotza duin bat izateko duten eskubidea bermatzeko, ospitaleetan zein etxean. Espainia osoan 350 talde baino ez daude, eta horietatik 150ek pazientearen etxean ematen dute laguntza. OMEk, berriz, etxean laguntzeko talde bat egotea gomendatzen du 150.000 biztanleko eta laguntzeko bat ospitale nagusi bakoitzean. Gainera, aditu gehienek argudiatzen dute zaintza aringarrien plan on bat egonez gero, eutanasia eskaerak asko gutxitzen direla. Hala ere, gaur egun milaka gaixo hiltzen dira minez, eta ospitaleetan hiltzen direnen erdiak Urgentzietan edo Zainketa Intentsiboetan hiltzen dira.

Màrius Morlans Dr.a Bartzelonako Vall d'Hebróneko ospitale nagusiko zainketa zuzendaria eta Batzorde etiko asistentzialeko presidentea da, eta egin duen azterketa bateko datuen arabera, Estatu espainiarrean pazienteen erdia baino gehiago (%54) ospitalean hiltzen da eta horietatik %40 minbiziaz hiltzen da. Ospitaleko heriotzen %35 urgentzietan gertatzen da eta %20 Zainketa Intentsiboan

Unitatean, eta horrek teknifikazio handiko heriotzak direla esan nahi du. Datu horiek erakusten dute pazienteen ia erdia agonia prozesuari aurre egiteko prest ez dauden lekuetan hiltzen dela.

Euskal Autonomia Erkidegoan ezagutzen diren datuen arabera, ia pazienteen erdia (%48 2000. urtean) Osakidetzako ospitaleen sareko akutuentzako ospitaleetan hil dira, eta horietatik %27 minbizia diagnostikatuta duten gaixoak dira. Ospitaleetan minbiziaz hiltzen diren pazienteen %67 Osakidetzako akutuetako ospitaleetan hiltzen dira, hau da, 780 Bizkaian, 282 Araban eta 540 Gipuzkoan (1999-2001 urteetako batez bestekoa). Kalkulatzen da ospitaleetako heriotzen %25 Onkologia Medikoko Zerbitzuan gertatzen dela, %18 Kirurgia Nagusiko Zerbitzuetan eta %18 Barne Medikuntzako Zerbitzuetan.

BAIMEN INFORMATUAK ETA SEDAZIO ARINGARRIA

Baimen informatua erabakiak hartzeko gai den pazienteak osasunaren arloan jardura bat egiteko eman duen baimena da, kantitatearen eta kalitatearen aldetik informazio nahikoa jaso ondoren; beraz, erabaki autonomia da.

41/2002 autonomia legeak dio baimena oro har ahozkoa izan behar dela. Kasu hauetan, ordea, idatzizkoa izango da: kirurgia ebakuntzetan, prozedura diagnostiko eta terapeutiko inbaditzaileetan, eta, oro har, pazientearen osasunarengan eragin negatibo handia izan dezaketen arriskuak edo eragozpenak dakartzaten prozeduren aplikazioan. Era berean, atal honen barruan daude gaixoaren ordezkari emandako baimenak eta aurrez emandako aginduak ere (azken hau gure Autonomia Erkidegoan garatu da, Eusko Jaurlaritzak 2002ko abenduan onartutako Aurrez Adierazitako Borondateen Legearen bidez).

Paziente terminalen sedazio aringarriaz ari garenean gaixotasun larriren bat jasaten ari diren pazienteei buruz ari gara, aurreratua eta sendaezina, epe laburrean hilko dituenak. Ez dago ebidentzia zientifiko nahikorik tratamendu espezifikoerantzen onak ematen diotela erakusten duenik. Gainera, sufritzen ari diren pazienteek ari gara, sintoma sakonak dituztenak, edo izango dituztenak, batzuetan tratamenduei inuneak diren sintomak, esate baterako, mina, dismea, eldarnioa, hemorragiak, konbultsioak... Zainketa Aringarrien Unitatean kasu gehienetan informazio egokia eman ahal izango zaio patienteari, terapia aringarriak hartuko dituen ala ez erabakitzeko aukera izan dezan, esaterako, sedazio terminala. Baimen informatuen arabera egiten den prozesu honetan legeak ez du agintzen dokumentua sinatu egin behar dela, prozeduren arriskuen balorazioa ez delako berbera paziente terminalen eta paziente arruntean. Dena dela, aurrez adierazitako borondateak sinatzea gomendatzen da, sanitarioei lagunduko dietenak (teknikoki eta legearen aldetik) paziente informatuak bizitza amaitzeko nahi duenarekin bat datozen erabakiak hartzen.

Baina urgentziatzeko testuinguruan esandakoa ezin da kasu guztietan bete, pazienteak ez ezaguna bada, eta ez badugu beraren aurreko agindurik edo giza balio sistemarik. Kasu horietan, praktika kliniko onak emateko egokiena sedazio aringarria bada, baimen informatu gabe egin ahal izango da, baina beti gomendatzen da hiltzera doanaren familiarekin hitz egitea.

LEGANESKOA DELA-ETA

Severo Ochoa Ospitale Publikoa Leganesen dago, Madrilgo Erkidegoan. Gizarte Segurantzaren ondareko ospitalea da, Imsalud Osasunaren Madrilgo Institutuarena. Helburua asistentzia orokorra ematea da, eta horretarako 437 ohe ditu, teknologia handikoak.

17 urteko ibilbidean Severo Ochoa Ospitaleak ondo merezitako ospea lortu du, Osasun Publikoari emandako zerbitzuarengatik eta asistentziaren kalitateagatik. Langile guztiek maila profesional handia dute, medikuek zein gainerako langileek, eta, hori guztia, baldintza prekarioetan lan eginda, asistentzia presio handiaz, eta inguruko zentro eta zerbitzuen gabezia handiaz.

2003. urte erdira, salaketa anonimoak egon ziren, Urgentzietako Zerbitzuan hildako pazienteei emandako sedazio irregularrengatik. Salatutako kasuak Severo Ochoa Ospitaleko Hilkortasun Batzordeak aztertu zituen, eta ez zuen jokabide okerrik ikusi; hala ere, kasu batzuetan, zalantzan jartzen zuen edo desegokitzat jotzen zuen sedanteak eman izana, baina ez zuen azaldu hori.

Getafeko Etika Batzordeak (gaur egun desagertuta dago) ere aztertu zituen salaketa anonimoen sorburu izan ziren egoera horiek, eta ez zuen jokabide okerrik ikusi. Adierazi zuen Leganesko Ospitaleko Hilkortasun Batzordeak ez zuela argitu zer ziren batzorde horrentzat zalantzazko sedazio edo sedazio desegokiak.

Hilkortasun batzordeak, geroago, hildako paziente batzuen historiari buruz esan zuen "informazio gutxi" zegoela. 2004. urte hasieran, Jarduteko Protokolo bat onartu zen eta Jarraipen Batzordea sortu zen. Batzorde horrek 25 gorabehera erregistratu zituen protokoloa ez betetzearen, 2005. urtean berriro salaketa anonimoak agertu ziren arte. Salaketek "400 homizidio" aipatzen zituzten. Kontseilaritzak Ikuskapen bat agindu zuen gorabeherok aztertzeke, baina ez zuen jokabide okerrik ikusi.

Ustez protokoloa ez bete izana gai eztabaidatsua izan zen. Protokoloak, orokorrean, gidak eta jarduteko gomendioak dira, eta bertan ez dira, beti, irtenbide zehatzak jasotzen, medikuari azaltzen zaizkion egoera desberdin guztien aurrean. Sarritan, medikuak bere iritzi klinikoa aplikatu behar du.

2005. urteko martxoaren 11n hasi zen eskandalua, Manuel Lamela Madrilgo Osasun Kontseilariak kargutik kendu zuenean Luis Montes Urgentzietako Koordinatzailea. Auzia fiskaltzara eraman zuen, baina horrek ez zuen delitu zantzurik ikusi Ospitaleko Urgentzien Zerbitzuaren jardunean. Aldi berean, prozesu mediatiko alarmista zabaldu zen, zerikusirik ez zuena agonian zeuden gaixo terminalen sedazioarekin: "larregizko" sedazioak, "agindu bako" sedazioak, "zalantzazkoak", eutanasia eta homizidioak aipatu ziren eta adierazpen izugarriak egin ziren: "jendea akatzen ari dira".

Montes jaunaren ostean, Ospitaleko Gerentea eta Zuzendari Medikoa kendu zituzten kargutik, eta Urgentzietako zerbitzuko lau medikuri espedienteak ireki zizkieten.

Leganesen gertatutakoak beldurra zabaldu du sedazio terminalaren gainean. Sedazio terminala erabat akreditatutako dago, eta jokabide mediko egokia da agonian sufritzen duten gaixoentzat. Etika medikoak beti onartu izan duen bi efektuen printzipioaren aitzakian, eutanasiarekin nahastu daiteke, baina ez da

eutanasia, inondik inora ere. Sedazio terminalaren helburua da agonian dagoen paziente terminal baten sintomak arintzea. Eutanasiak, ostera, heriotza ona esan nahi du, eta horren azken helburua da egoera terminalean edo atzeraezinean dagoen, edo sufrimendu larria jasaten duen gaixoaren bizitzarekin amaitzea, beti ere, gaixoak beren beregi, eta behin eta berriz eskatuta.

Auzi horretan, gaixo terminal bati zainketa aringarriak aplikatzea, horren ondorioz gaixoa hil izana, eta horri homizio deitzea, herritarrak konfunditzea eta Osasun Publikoaren irudia kaltetzea da.

Beste ospitale publiko batzuetan gertatu den bezala, Leganesko Ospitalean, profesional talde batek ikusi zuen atentzioak ez zituela gaixo talde jakin batzuen premiak betetzen. Hori dela-eta, euren kabuz nolabaiteko asistentzia zerbitzu bat eskaintzen ahalegindu ziren, gaixo mota horiek duten asistentzia falta hobetzeko. Leganesko Ospitaleak zituen limitazioez jabeturik (ohe gutxi, ardura berriak hartzeko prest zegoen mediku kopurua, proposamenak jasotzeko prest zeuden zerbitzuburuak, aurrekontua...), martxan jarri zuten, euren ustez aurreko egoera hobetzen zuelako, nahiz eta, batzuetan, ona dena, hobe denaren etsai izan. Egoera horren aurrean, eta zainketa aringarrien zerbitzuak antolatzeko beharrezko zegoela jakinda, Lamela jaunak salaketa hau onartu, eta ospitaleari akusazio bat egin zion: gaixo terminalekin klinikoki oker jokatzeko profesional talde antolatua zegoela. Zergatik?

Erantzun hori etsigarria da osasun publikoa defendatzen dugunontzat. Madrilgo Erkidegoaren arduradun nagusiak, nolako kaltea egiten duen jakinda, pentsarazi du herritarren osasuna ez dagoela profesional onen eskuetan. Beldurraren eta jazarpenaren bitartez, osasun zerbitzuen plangintza eta antolaketan dauden indar korrelazioa aldatu nahi da, zentzu zentralizatzaile hutsean. Laburbilduz, ospitale horretan lortutako autonomia maila zapaldu nahi du.

Beste batzuetan bezala, kasu honetan ere ikusi da osasun publikoak duen alderdi onenetakoa profesionalak direla. Administrazioaren oztopo eta profesional mediko batzuen interesen gaintik, lan egiteko eta asistentzia antolatzeko gai dira, eta herritarrek, kasu honetan, Leganeskoek dituzten premiei erantzuten ahalegintzen dira.

Auzi honek, behintzat, agerian utzi du madrildarrek osasun atentzian dituzten gabeziak. Balio izan du ere Lamela jaunaren kompetentzia eza agerian uzteko, zerbitzuen kudeaketan zein administrazioan, osasun zerbitzu publiko batean oinarritzakoa denaren aurretik boterea jarri duelako; baina, oraingoan behintzat, eta bere gogoaren kontra, asistentzia jasotzen dutenen mesedetan izan da.

ARDURADUN POLITIKO ETA SANITARIO BATZUEK IRREGULARTASUNAK BILATZEN DITUZTE OSASUN ZERBITZUETAN, SISTEMAREN GABEZIA SAKONAK BETETZEKO BEHAR DIREN BALIABIDE, UNITATE ETA TRESNAK SORTU BEHARREAN.

Osasun Publikoaren aldeko Elkartea
Asociación para la Defensa de la Salud Pública
(OP País Vasco)