

Justicia paliativa. Luis Montes. Licenciado en Medicina



(4 Votos)

Autor: Marta Iglesias

31/12/08

El doctor Luis Montes fue la cara visible del proceso conocido como Caso Leganés, donde se acusó a los facultativos de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de sedaciones irregulares. Una vez absueltos, el paso del tiempo ha dejado claro que el proceso sirvió para ocultar la privatización sanitaria que sucedió paralelamente en Madrid, y enturbió el debate a favor de la eutanasia.

El 11 de marzo de 2005 vuelve a ser otro día negro para la Comunidad de Madrid. Se acusa al Hospital Severo Ochoa - y más en concreto a su coordinador de Urgencias- de 400 homicidios. Se señala al doctor Luis Montes como el causante. Pasarán casi tres años antes de que una sentencia contundente limpie el buen nombre de todos los profesionales médicos imputados. El coste personal ha sido enorme y en el camino se han dicho muchas mentiras. Para clarificar el proceso, el doctor Luis Montes acaba de publicar *El Caso Leganés (Aguilar)*.

-¿Por qué ha escrito el libro? ¿Necesitaba dar a conocer su verdad?

-Cuando la editorial me propuso escribirlo me lo pensé, lo comentamos, y acepté porque cubría dos objetivos. Uno, que no hubo una crónica seguida del conflicto y creí interesante que la ciudadanía tuviera una visión de los protagonistas. Y por otra parte, un motivo que me convenció personalmente fue la memoria histórica. La Consejería de Sanidad de Madrid dio orden de que no se hablara más del Severo Ochoa, así que de alguna forma he recuperado un tema que se pretende olvidar.

-¿Cuántas personas realmente se quejaron del trato dado en Urgencias a sus familiares, en el Hospital Severo Ochoa?

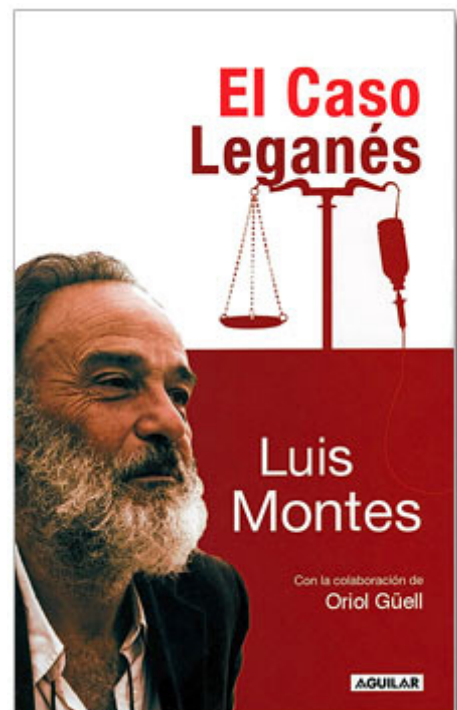
-Después de orquestar la campaña mediática y señalar que en Urgencias se habían producido 400 homicidios, a la Consejería le preocupaba tener acusaciones particulares, familias que denunciaran la situación de abandono terapéutico que había ocurrido en la Urgencia. A través de la Cope, El Mundo y La Razón se llamó a esas familias a casa, se les acosó, se les prometieron indemnizaciones millonarias. Lo sé porque ellas mismas nos lo dijeron. Y solamente una familia hizo una acusación particular, que se resolvió en el Juzgado nº3 de Leganés, felicitando a los médicos por el trato dispensado al paciente.

”La sociedad es consciente de que en 2009 el morir con sufrimiento no conduce a nada y que hay que empezar a hablar de calidad de muerte”

-¿Se llegó a saber quiénes estaban detrás de las denuncias anónimas que iniciaron el proceso?

-Una denuncia anónima se apoya en el anonimato, en la cobardía y en el silencio posterior. Y no te quepa la menor duda de que si yo o alguien del hospital hubiera sabido de dónde partió la denuncia, lo diríamos. Lo que sí, las denuncias se han repartido en el tiempo.

-Efectivamente, en 2003 la Inspección Médica analizó la asistencia de su equipo. Esta vez la denuncia vino desde el interior, apoyada por el gerente del hospital...



-Sí, y fue analizada minuciosamente por la Inspección de la Consejería de Sanidad, mandaron a los inspectores, se hizo con el mayor sigilo posible, estuvieron cuatro meses, hablaron con médicos del hospital -no solamente de la Urgencia-, con personal y trabajadores sanitarios. Y al final emitieron un dictamen muy favorable, al igual que el que yo había solicitado del Comité de Ética del Hospital Universitario de Getafe, que es nuestro referente. La Consejería sabía todo esto y aún así empieza una campaña mediática sobre el hospital que dura seis meses.

-En 2000 usted pasa a ser el responsable de Urgencias y remodela todo el servicio. ¿Surgen de entonces todos sus enemigos?

-Se puso en marcha un servicio, se va haciendo un equipo, la gente anterior lleva funcionando desde el 89 y tiene sus reservas, y sí empieza un cierto malestar por parte de la gente que yo me encuentro trabajando en la Urgencia.



”En España se mueren 380.000 pacientes al año y solamente un 20% son llevados a cuidados paliativos”

-Como usted, muchos de los que pusieron en marcha el Hospital Severo Ochoa son conocidos por sus ideas progresistas -abortos, partos sin dolor, muerte digna, apuesta por la sanidad pública...- ¿Fue esto determinante en el proceso que sufrió?

-Estaba claro que este era un hospital que “no controlaban”. A través del Jefe de Servicio, la Consejería de Sanidad sabe si está ante un hospital colaborador o no para cualquier política. Se ha ido confirmando que en Madrid nos están conduciendo hacia la privatización de la sanidad. Y uno de los hospitales que podía ser rebelde a esa política que entonces iba a iniciar el gobierno regional de Madrid pues era el nuestro.

-¿El verdadero objetivo de todo este proceso es acabar con este sistema hospitalario?

-Es una de nuestras interpretaciones, que después los hechos nos han ido corroborando. El 11 de marzo de 2005 empezó la crisis del Severo Ochoa con mi cese, y hasta el verano fue una campaña mediática tremenda. No se habló en el país, y desde luego en la Comunidad de Madrid, de otro tema que de sedaciones excesivas, sedaciones irregulares, 400 homicidios... Pero, como dice la derecha, “fue una cortina de humo”. Al mes de los ceses del hospital se concertaron los contratos de cesión a obra pública de los siete nuevos hospitales de Madrid, uno de ellos de iniciativa totalmente privada. Se fidelizó población al hospital de Valdemoro. A un hospital privado famoso en Madrid, la Clínica de la Concepción, se le dio un área importante de población -430.000 habitantes-, y empezaron unas vías de privatización de las que los ciudadanos no nos hemos enterado.

”En Medicina los médicos hemos sido educados así, vivimos la muerte como un fracaso e intentamos mantener a los pacientes con vida más tiempo del necesario”

-¿Lo sucedido afectó sólo a los médicos de urgencias o se resintió el hospital entero? ¿Afectó a la muerte digna de los pacientes actuales?

-Sin ninguna duda ha repercutido en todo el hospital y también en la Comunidad de Madrid. La primera semana después de mi cese retiraron la morfina -tuvieron que volverla a llevar porque se usa para tratar cualquier tipo de dolor crónico-, luego se hicieron obras y se quitaron los boxes que habíamos construido en la anterior reforma para que los pacientes pudieran estar cómodamente con los familiares. Me consta que todo esto ha cambiado y así sigue hasta hoy.

-Usted fue un activo militante antifascista que ayudó a construir la democracia, sacrificando incluso su vida personal. ¿Le llevó este proceso a pensar que volvía a la España dictatorial e inquisitorial?

-Sí. Llevamos treinta años de democracia, pero en la primera etapa la derecha estaba metida en los armarios. Desde los tiempos de la legislatura del gobierno popular



nos estamos dando cuenta de que vivimos en un país democrático que ha hecho su transición pero no han tenido lugar grandes avances en cuanto a derechos. Estamos volviendo al tiempo de las cavernas y en Madrid eso se nota mucho más: el gobierno de Esperanza Aguirre está regresando al más puro gobierno fascista. También hay que decirlo, una democracia refrendada por una mayoría absoluta que es votante.

Foto: Agencia EFE

- ¿Cómo ha quedado afectada su vida personal y profesional después de estas graves acusaciones, aunque el fallo judicial luego le diera la razón?

-Ha habido dos momentos importantes después de mi cese como coordinador de Urgencias. Al día siguiente vuelvo al servicio de anestesia, como facultativo especialista de área porque tengo la plaza en propiedad, y comienzo a trabajar sin ningún proyecto profesional futuro. Pero paralelamente, el tema que tocaron -el sufrimiento en el proceso de morir- es muy sensible y está teniendo el efecto rebote. Pretendían atemorizar a la sociedad y la respuesta generalizada es un clamor popular que pide avanzar en estas cuestiones. La sociedad es consciente de que en 2009 el morir con sufrimiento no conduce a nada y que hay que empezar a hablar de calidad de muerte. Como en otros países occidentales, tenemos que abrir el debate de la eutanasia y creo que en ello puedo jugar un papel. De hecho se está contando conmigo, me llaman para reuniones o participar en foros culturales. Me ilusiona luchar por un derecho ciudadano como es la muerte digna y en ello me estoy centrando actualmente.

MÉDICO COMPROMETIDO Y EUTANASIA PENDIENTE

- ¿Qué labor ha de realizar un médico ante un paciente del que todas las pruebas dicen que morirá en unas horas?

-En la práctica médica, cuando hay un fracaso claro del tratamiento activo y están presentes los signos de la muerte -o sea, que el paciente está entrando en agonía- hay dos posibilidades: un tratamiento activo de los síntomas que presenta el paciente o el abandono, que consiste en poner en la historia clínica "SPCRNRCP" (si parada cardiorespiratoria no reanimación cardiopulmonar) y dejarlo a su ser. La actitud que a mí me parece ética, moral y deontológica positiva es tratar al paciente que está sufriendo, para ello tenemos un arsenal terapéutico para que el paciente muera con el mayor confort posible. Y esto entra en el sentido común de todos los ciudadanos. Otra cosa es que sea la práctica habitual de los médicos, que no lo es. En Medicina los médicos hemos sido educados así, vivimos la muerte como un fracaso e intentamos mantener a los pacientes con vida más tiempo del necesario. En la práctica habitual médica se da mucho el encarnizamiento terapéutico y la instauración de tratamientos fútiles o desproporcionados que lo único que hacen es prolongar la agonía, prolongar el sufrimiento del paciente y de los familiares, y que el proceso de morir se realice en la mayoría de los casos en un disconfort visible que no debería ser.

- ¿El problema es que los propios médicos no saben convivir con la muerte, no la interiorizan como algo natural?

-Creo que es un proceso que ha sido educativo. También hay que decir que hace sólo quince años que se han creado los cuidados paliativos, que ya están haciendo una labor. Pero en España se mueren 380.000 pacientes al año y solamente un 20% son llevados a cuidados paliativos. El resto se mueren en domicilios por muertes inesperadas, la mayoría de ellas son un proceso terminal de una enfermedad crónica. Y a los médicos nos han educado desde que somos estudiantes en las universidades y en las facultades de medicina a curar, curar, curar. La muerte significa que no hemos sabido poner los medios para que el paciente superviva. Al contrario de lo que sucede en Enfermería, estamos más habituados a estudiar al paciente, a ponerle un tratamiento activo, pero nos falta la humanidad suficiente para cuidar y acompañarle en el proceso de morir.

"Todavía más del 20% de mujeres rechazan el parto sin dolor porque tienen conciencia, y lo han mamado en su educación, de que si pares sin dolor no te haces mujer"

- Aunque la eutanasia es un tema pendiente de tratar, los cuidados paliativos están avalados por la ley. ¿Dónde se encuentran los médicos el problema a la hora de aplicarlos? ¿Se necesita

una ley sin fisuras?

-Lo que se necesita es conocimiento y debate. En el Código Penal Español solamente está penada la eutanasia activa en los casos en que es necesaria la colaboración. Hasta habla de eutanasia compasiva. Es decir, si la eutanasia activa es para un enfermo terminal cuya muerte se prevé para menos de tres meses, con un gran sufrimiento psicológico y físico, las penas se reducen a los dos años. Pero la omisión y la eutanasia indirecta, que es la sedación en la agonía, no están penadas sino admitidas como una práctica deontológica normal. Como ejemplo de eutanasia por omisión tenemos el caso de Inmaculada Echevarría; no está prevista su muerte a corto plazo y a su petición se le retira el respirador, porque la Ley de Autonomía del Paciente le permite rechazar el tratamiento. En cuidados paliativos es una práctica universal la sedación en la agonía, no para todos los pacientes sino para los que presentan síntomas de intenso sufrimiento. No está penada y además está exigida por los códigos deontológicos. Y nos quedaría la discusión de la eutanasia activa. Y eso es un derecho. Los individuos tenemos derecho a programar, a decidir, cómo queremos el proceso de morir. Vivimos en una sociedad que es plural, y en ella no hay ninguna moral universal dogmática fundamentalista que cohesione y unifique todo el pensamiento que se da hoy. La libertad es un derecho constitucional y tenemos que entrar en las condiciones para que se produzca la eutanasia como un proceso natural y positivo.

-¿Por qué a menudo se intentan confundir los conceptos eutanasia y sedación?

-Porque interesa que siga siendo un tema tabú. Se habla poco de él, se ha hecho muy poca pedagogía, lo que aumenta las confusiones, e incrementa los intereses que tradicionalmente ha tenido la Iglesia de tradición judeo cristiana con su fundamentalismo y poder absoluto sobre la muerte. La sociedad laica y civil en la que vivimos tiene que tener claros dos conceptos: eutanasia activa y suicidio asistido, y la única diferencia es la colaboración necesaria. En la primera el paciente no es competente y hay que ayudarlo a morir, es el caso de Ramón Sampredo. En el suicidio asistido el paciente es autónomo, se mueve, se maneja, tiene una asesoría -tienes las pastillas en la mesilla o el vaso preparado, cuando tú quieres te lo tomas-, y el autónomamente lo hace cuando cree conveniente. Y nada más, porque el resto no está penado por la ley.

”Al mes de los ceses del Hospital Severo Ochoa se concertaron los contratos de cesión a obra pública de los siete nuevos hospitales de Madrid, uno de ellos de iniciativa totalmente privada. Todo fue una cortina de humo para ocultar la privatización de la sanidad madrileña”

**-¿Cree que la aplicación de la sedación -y cuando sea aprobada, la eutanasia - está reservada a los médicos valientes y no a todo tipo de facultativos?**

-Lo primero que hace falta es el marco jurídico, despenalizar la eutanasia activa y el suicidio asistido. Después para esa realización yo creo que hay suficiente sensibilidad y compasión en el cuerpo médico para que no haya ningún problema. Incluso lo pueden hacer cooperantes, personal no sanitario. Es lo que se llama el suicidio médicamente asistido. Pero lo más importante es darnos el marco legal para que salgan todas estas prácticas de la clandestinidad, porque así lo único que hacen es aumentar el sufrimiento de pacientes, familiares y trabajadores sanitarios.

-El dolor es percibido por un sector de la sociedad como un camino de glorificación de la vida. Pero, ¿realmente alguien les ha pedido morir sin atenuar el dolor que sienten?

-Entramos en la estructura de la personalidad que llamamos atavismos. Yo tengo 60 años, soy de cultura judeo cristiana, y todavía tengo pesadillas; la última es que discuto con Rouco Varela. Te lo digo para que veas cómo forma parte de la estructura de mi personalidad. Te puedo poner como ejemplo el tema del parto sin dolor: todavía más del 20% de mujeres lo rechazan porque tienen conciencia, y lo han mamado en su educación, de que si pares sin dolor no te haces mujer. Igualmente, en la conciencia judeo cristiana hay mucha gente que todavía cree que el dolor en la

muerte es una catarsis y que cuanto más sufras, estarás más a la derecha del señor. Muy respetable. Pero yo eso no me lo creo, y tampoco mucha parte de la sociedad. Y el sector que tiene esas creencias no se las puede imponer al resto, y por lo tanto impedir que se abra el debate sobre la eutanasia. Δ



[Cómo Curar La Ansiedad](#)

Psicologo Experto Te Explica Los Secretos Para Curar La Ansiedad

[Lingotes de Oro sin IVA](#)

Lingotes y Monedas de Oro Puro. Un valor seguro y solido.

Anuncios Google

[Próximo >](#)