

**LUIS MONTES, MÉDICO Y EX JEFE DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE LEGANÉS**

## «La sedación terminal no debería ser sólo para pacientes oncológicos»

El ex jefe de Urgencias del hospital Severo Ochoa de Leganés defiende que la «buena muerte» se extienda a enfermos que padecen otras dolencias

BORJA OLAIZOLA

Luis Montes se convirtió en 2005 en involuntario protagonista de un caso que sacudió los cimientos del sistema sanitario español: la acusación de homicidio contra el personal de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés por la realización de sedaciones a enfermos terminales. Montes, que entonces dirigía el servicio, fue cesado de su puesto y colocado en la diana de una feroz campaña que cayó por su propio peso cuando los tribunales proclamaron tres años después la inocencia de los acusados. El médico, que sigue ejerciendo como anestesiista, hablará esta tarde en San Sebastián sobre 'Muerte digna: mitos de los cuidados paliativos'.

- ¿Qué es una muerte digna?

- Es una muerte lo más confortable posible donde los sufrimientos tanto físicos como psíquicos sean los imprescindibles. Mi experiencia me dice que cuando en un paciente se empiezan a adivinar los primeros síntomas de la muerte, la agonía, tanto los familiares como los propios pacientes quieren que no haya dolores, que el sufrimiento se reduzca al mínimo. En eso hay un consenso universal. Más que hablar de muerte digna creo que habría que hablar de buena o de mala muerte.

- Hagamos un poco de memoria. ¿El hospital Severo Ochoa había recibido quejas de algún familiar de un paciente antes de que en 2005 la Comunidad de Madrid les acusase de sedaciones irregulares?

- Nunca hubo una reclamación. De hecho, la Consejería de Sanidad estuvo localizando de forma desesperada y obsesiva a todos los familiares de pacientes que murieron en Urgencias en aquella etapa después de abrir la campaña mediática con las acusaciones de 400 homicidios por sedaciones irregulares. Solamente encontraron a una familia, cuya demanda fue archivada por un juzgado de Leganés. En aquel auto no sólo se ensalzaba el buen hacer del médico que atendió al paciente, sino que se llegaba a decir que hubiera sido una crueldad no sedar al paciente.

- ¿Qué efecto tuvo la acusación en el hospital?

- Además de ser la unidad más importante del centro, con cerca de 300 profesionales, Urgencias es también la referencia de todos los demás servicios. En aquella época habíamos logrado formar un equipo que funcionaba muy bien. Que nos acusasen de haber cometido 400 homicidios a lo largo de tres años era algo inaudito. Que lo hiciesen encima con unanimidad era como tratar a todos los profesionales de oligofrénicos profundos. Sentí muy mal. Ninguno de los dieciocho médicos que trabajaban entonces conmigo sigue en el hospital. También fueron represaliados cinco jefes de servicio y cuatro supervisores. Fue un conflicto muy duro.

- ¿Qué sintió cuando le tacharon de homicida?

- Al principio sientes sorpresa aunque con el tiempo te das cuenta de que fue una campaña en toda regla orquestada desde la Consejería de Sanidad. Se inició el 11 de marzo, el día de mi cese, y siguió con la presentación del informe de los supuestos sabios escogidos para escribir un dictamen ajustado a las necesidades de la consejería. Luego prolongaron la crisis poniendo la denuncia en un juzgado. En un primer momento estás como alucinado pero a medida que se van sucediendo los acontecimientos sientes rabia por la impotencia ante la maquinaria del poder.

- Escribió un libro en el que avanza la teoría de que la denuncia fue una maniobra de distracción de la Consejería de Sanidad para realizar una reordenación hospitalaria que favoreciese al sector privado.

- Durante todos estos años no hemos parado de preguntarnos por qué ocurrió aquello. Las respuestas surgen al analizar las estructuras económicas e ideológicas que resultaron favorecidas por el escándalo. Llegamos a la conclusión de que fue claramente una campaña de desprestigio de la Sanidad pública. Durante el periodo de la campaña mediática la consejería hizo las concesiones públicas de las construcciones de ocho nuevos hospitales, uno de ellos de iniciativa totalmente privada. Como todo giraba en torno al escándalo de las sedaciones no hubo ningún debate sobre aquella transformación. Fue una gran cortina de humo mientras se ponía la Sanidad pública en manos de empresas privadas.

- Volvamos al presente. ¿En qué casos se aplican los cuidados paliativos?

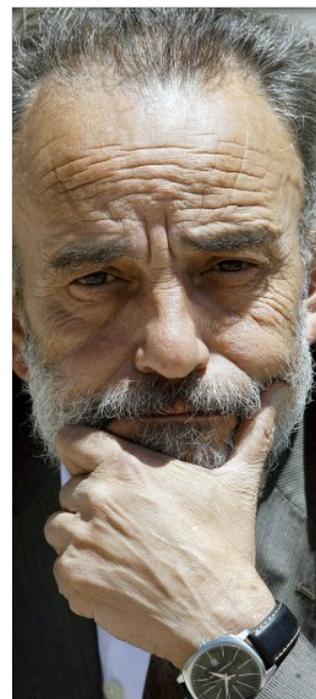
- Hoy en día son una prestación restringida a los pacientes oncológicos, que representan sólo un veintitantos por ciento de las causas de muerte en España. Son por así decirlo un privilegio reservado a los casos de cáncer. Cuando un tumor se extiende y alcanza a órganos vitales llega el momento de los cuidados paliativos para que el paciente tenga el máximo de calidad de vida en ese tramo final. Pero eso es algo que habría que hacer con todas las enfermedades. Una dolencia degenerativa del sistema nervioso, una enfermedad crónica terminal del aparato respiratorio o del circulatorio tendrían que tener el mismo nivel de prestaciones.

- ¿Debería haber una regulación por ley del derecho a los cuidados paliativos o del derecho a la muerte digna?

- Es que son dos cosas distintas. El Código Penal únicamente penaliza la eutanasia activa, la inducción al suicidio y la colaboración necesaria. La eutanasia pasiva, que es la omisión o retirada de medidas de soporte vital, está permitida. Tenemos el caso de Inmaculada Etxebarria, una paciente que deseaba que se le retirase la ventilación mecánica que le mantenía con vida y hubo que retirársela. La eutanasia indirecta, que es la sedación terminal, no aparece en el Código Penal y además forma parte del código de buenas prácticas del médico. Lo que habría que hacer es universalizar la muerte digna, universalizar la sedación terminal.

- ¿A quién le corresponde tomar una decisión cuando una persona está en esa situación terminal? ¿A la familia, al médico, al propio paciente si está consciente...?

- Es una lástima que no se haya hecho un mayor desarrollo pedagógico de la Ley de Autonomía del Paciente, que contempla el testamento vital. Si lo tenemos hecho no hay más que hablar porque ahí queda recogida nuestra voluntad. A mí me parece una crueldad plantear a un paciente que está consciente un consentimiento para que firme en el momento de la agonía. Normalmente se habla con él y se produce una confirmación relativa. No se le plantea en términos de 'despidase de la familia que se va a quedar dormido', sino que se le dice 'está usted muy cansado' o 'ahora necesita descansar' y él de alguna forma acepta. Desde luego los que siempre dan su consentimiento son los familiares y los amigos. Pero todo se simplificaría mucho si se extendiese el testamento vital.



El doctor Luis Montes. /EFE

[Cuenta AZUL de iBanesto, alta remuneración con total disponibilidad](#)





