

REVISTA SALE A LA CALLE LA MEDIACIÓN Y LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL PROCESO DE MORIR. REMEMORANDO LA III JORNADA DE MEDIACIÓN SANITARIA DE AMM (24 DE MAYO DE 2011) MEDIATION AND THE RIGHTS OF PEOPLE IN THE PROCESS OF DYING. REMEMBERING THE 3RD AMM HEALTH MEDIATION WORKSHOP (MAY 24TH, 2011)

Amparo Quintana García* y Ana Isabel Sánchez Martín**

* Abogada y mediadora. Servicio de mediación del CAF «Mariam Suárez», de la Comunidad de Madrid. Formadora de mediadores.

**Trabajadora social y mediadora. Personal sanitario del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid. Vocal de Mediación Sanitaria de AMM.

Resumen: Uno de los asuntos que más preocupan al ser humano es el morir y a ser posible evitando el padecimiento innecesario. Salvo en los casos en que alguien haya manifestado claramente su voluntad al respecto, a través del llamado «testamento vital», cuando llega el momento de aplicar determinados tratamientos o retirarlos, será el equipo sanitario y/o los allegados del paciente quienes determinen qué hacer. El dilema entre curar y cuidar a menudo produce discrepancias entre todos ellos, siendo difícil ponerse de acuerdo. En tales casos, acudir a la decisión de los tribunales de justicia no siempre resuelve el verdadero problema de fondo, pudiendo enquistar el conflicto indefinidamente.

Abstract: One of the issues that worry human beings the most is dying, avoiding, if possible, unnecessary suffering. Except for the cases in which someone has clearly expressed his/her will in this regard, by means of the so-called «living will,» when the time arrives to start administering certain treatments or removing them, it is up to the health care team and/or the relatives of the patient to determine what to do. The dilemma of curing or caring often gives place to discrepancies among all of them, and it is sometimes difficult to reach a consensus. In such cases, call on a Court of Justice decision does not always solve the real underlying problem, and can make the conflict to last for ever.

Palabras-Clave: Paciente, vida, eutanasia, fallecimiento, testamento vital, decidir, acción mediadora, equipo sanitario, familiares y allegados.

Key words: Patient, life, euthanasia, passing away, living will, decision making, mediation action, health care team, relatives and the closest ones.

UNA CUESTIÓN NUEVA Y, SIN EMBARGO, MUY ANTIGUA

En aquel lugar ideado por Tomás Moro llamado Utopía, cuando alguien padecía una enfermedad incurable que le hiciera sufrir mucho, los sacerdotes y magistrados consolaban al paciente y le hacían ver que, encontrándose desvalido y sin esperanza de salir de aquel trance, tal vez sería preferible morir, a cuyo efecto podría quitarse él mismo la vida o dejarse morir. De esta manera, si el desahuciado pensaba lo mismo, podría irse debilitando por medio de ayunos o, si esto no le gustaba, podría pedir que, una vez dormido, los médicos le quitaran la vida sin causarle dolor. Pero si el enfermo persistía en querer vivir, siempre había quien se prestara a asumir sus cuidados y asistirlo hasta el final de sus días.

Hemos elegido esta referencia a la obra de Moro porque, a pesar de haber sido escrita durante el Renacimiento, resulta completamente actual, pues en ella se condensan las diversas formas de afrontar la enfermedad terminal: la llamada eutanasia pasiva, la eutanasia activa o eutanasia propiamente dicha, y los cuidados paliativos.

Hasta donde sabemos, en todas las etapas de la Historia han estado presentes conceptos que concuerdan con lo que ahora conocemos como muerte digna, cuidados paliativos, limitación del esfuerzo terapéutico, etc. Por otro lado, los avances técnicos han hecho que hoy en día pueda prolongarse la vida humana hasta límites insospechados hace cuatro o cinco décadas, así como que muchas dolencias irreversibles, provocadoras de estados de dependencia total e incluso vegetativos, acompañen durante mucho tiempo a quien las padece. Los actuales soportes vitales, que contribuyen a mantener con vida a tantas y tantas personas, casi siempre dejan en manos de otros seres humanos la decisión de poner límite a su utilización y, en consecuencia, ocasionar el fallecimiento.

Todas estas cuestiones a menudo desencadenan conflictos entre las personas que rodean al enfermo, ya se trate de sus

allegados y familiares, o bien del equipo sanitario que lo atiende. Desde antiguo se han analizado tales conflictos a través de diversos prismas (ético, jurídico, biológico, etc.) que, lógicamente, muchas veces han sido rehenes de su tiempo y de la ideología dominante y, aunque hayan aportado luz sobre estas cuestiones tan delicadas, sin embargo siempre han acabado delegando la solución de los problemas en terceras personas ajenas al conflicto. Es decir, como en la Utopía de Moro, en lo relativo al derecho a morir con dignidad siempre han tenido la última palabra los jueces y los representantes de las distintas religiones. Pero la pregunta que cabe hacerse ahora es la siguiente: ¿esto resuelve el problema?

El amplio abanico de dificultades y dilemas que pueden darse en torno a las situaciones de enfermedad terminal podrá zanjarse desde el dogma o desde la ley, pero las personas que se encuentran con la responsabilidad de tomar una decisión respecto a su vida o la vida de un ser próximo, en realidad necesitan sentirse escuchadas y, al menos, respetadas, cuando no comprendidas.

Puede decirse, por tanto, que la posibilidad de realizar una jornada sobre mediación sanitaria, en la que se abordaran estos temas, llegaba desde la necesidad que se percibía de presentar la mediación como un método eficaz para disminuir la controversia y acercar posturas, resolviendo el conflicto de forma pacífica y devolviendo a las personas involucradas su verdadero protagonismo. Era necesario, pues, difundir que se debe avanzar hacia un modelo social en que la dualidad ganar/perder sea sustituida por la premisa de ganar/ganar.

EVOLUCIÓN DEL PANORAMA LEGAL

Durante el siglo XX y especialmente tras finalizar la II Guerra Mundial, la sensibilización hacia los derechos civiles se fue expandiendo cada vez más, hasta alcanzar la práctica totalidad de las esferas del acontecer humano, entre ellas la salud. Así, el colectivo de enfermos va a ir con-

tando poco a poco con un catálogo de derechos que, en síntesis, consagrará los valores de individualidad, libertad y autonomía, provocando un cambio de actitud entre los profesionales sanitarios, y abandonándose esa relación de carácter paternalista que durante siglos presidió la relación médico-paciente.

En este primer estadio, los movimientos sociales estadounidenses a favor de los derechos de pacientes y enfermos desembocan en que se reconozca a las asociaciones de consumidores y usuarios la participación en el primer código de derechos de los pacientes (Organización Conjunta de Hospitales, año 1970). Posteriormente, la Asociación Americana de Hospitales aprobó su CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES (1973) que, aunque era parcial y poco precisa, supuso que el Departamento Federal de Salud, Educación y Bienestar recomendará en 1974 que todos los centros sanitarios adoptasen un código de derechos de los pacientes, para distribuirse de forma efectiva entre los mismos, de tal forma que quienes acudieran a dichos centros tuvieran conocimiento de ellos.

En 1976, el CONSEJO DE EUROPA promulga un documento elaborado por la Comisión de Salud y Asuntos Sociales, apremiando a los Estados miembros a que adopten las medidas necesarias para que los pacientes puedan recibir alivio a sus dolencias, se les tenga informados sobre sus enfermedades y los tratamientos propuestos y cuenten con la posibilidad de prepararse psicológicamente para morir. Igualmente recomienda a sus Estados miembros que armonicen los criterios relativos a los derechos de los enfermos y moribundos. Dicho documento, además, compele a los gobiernos a crear una comisión específica que establezca normas éticas orientadas a lo siguiente:

- a) Regular el tratamiento de los moribundos.
- b) Determinar los principios médicos orientadores en el uso de medidas especiales para prolongar la vida.
- c) Examinar la situación de los médicos ante posibles sanciones, cuando

hayan renunciado a utilizar medios artificiales para prolongar el proceso de muerte en enfermos terminales, o bien cuando los médicos hubieran adoptado medidas destinadas a aliviar el sufrimiento que, no obstante, pudieran acelerar el proceso de la muerte.

Deben mencionarse, asimismo, el conocido como CONVENIO DE OVIEDO (Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de Ser Humano con respecto a la aplicación de la Medicina y la Biología), que fue suscrito en 1997 por los Estados miembros del Consejo de Europa y que entró en vigor el 1 de enero de 2000, así como la CARTA EUROPEA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE, redactada en 2002.

En los últimos años, el DICTAMEN DEL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE (Diario Oficial de la Unión Europea de 15 de enero de 2008) afirma que los derechos de los pacientes se inscriben dentro de la categoría general de los derechos humanos y, desde esta óptica, no prescriben, señalando tres de ellos como transversales o previos a todos los demás: el derecho a la información, el derecho al consentimiento libre e informado y el derecho a la dignidad.

En España, LA LEY 14/2002, 14 DE NOVIEMBRE, DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE consagra los derechos de los pacientes como exigencias irrenunciables en cualquier relación sanitaria, pudiendo afirmar que existen cinco principios básicos de los que dimanar los derechos reconocidos en esta ley:

- Derecho a la información.
- Derecho a la intimidad.
- Derecho de acceso a la historia clínica.
- Derecho a recibir explicación comprensible sobre el tratamiento.

- Derecho a que se respete su voluntad.

El 17 de junio de 2011 se publicó en el Boletín Oficial de las Cortes el Proyecto de Ley Reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida, cuyo Título I establecía los siguientes derechos:

- Derecho a la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida.
- Derecho a la información asistencial.
- Derecho a la toma de decisiones.
- Derecho a otorgar instrucciones previas.
- Derecho a revocar o modificar las instrucciones previas.
- Derecho al tratamiento del dolor.
- Derecho al acompañamiento.
- Derecho a la intimidad personal y familiar.

Habiendo concluido la IX legislatura sin haberse aprobado este proyecto de ley, a nivel estatal todavía carecemos de una norma que regule un aspecto tan importante de la vida humana, como es su etapa final, por lo que el panorama en nuestro país se circunscribe a tres leyes autonómicas: las de Andalucía¹, Aragón² y Navarra³, las dos últimas promulgadas poco antes de celebrarse la III Jornada de mediación sanitaria.

DIVERSAS FORMAS DE ENFOCAR LOS CONFLICTOS QUE SE DAN EN EL PROCESO DE MORIR

Durante la Jornada, se tuvo la oportunidad de escuchar a personalidades de diversos campos, que disertaron acerca de dos temas principales: «Tratamiento agresivo: ¿hasta dónde llegar?» y «Cuando deciden los otros. Algunos supuestos especiales en torno a la muerte digna». Asimismo, se contó con la participación de D^a Rosario Padilla Toledano, del Servicio Madrileño de Salud, y de D.

Federico de Montalvo Jääskeläinen, de la Universidad de Comillas, que pronunciaron sendas conferencias.

En general, cada ponente fue desgranando los conflictos más frecuentes que, a su entender, podían surgir en las etapas finales de la vida. Así, el doctor D. Juan Carlos Tejedor⁴ fijó su atención en los bebés moribundos y lo difícil que resulta para sus progenitores o tutores tomar una decisión acerca de continuar o suspender un tratamiento. Igualmente, alertó acerca de los problemas que se plantean cuando el recién nacido no fallece después de retirársele el soporte vital, cuando se solicita la autopsia y la donación de órganos, para concluir que, a su juicio, debería prestarse más interés a la familia del neonato y prestar atención a sus necesidades desde el punto de vista práctico, sin olvidar un seguimiento de su duelo.

En palabras del doctor Tejedor, «en la unidad de Neonatología nos encontramos con situaciones vitales muy comprometidas, donde hay que tomar decisiones que afectan a la vida del neonato». Igualmente manifestó, citando fuentes del Proyecto EURONIC, sobre estudios de Neonatología, que durante la vida profesional de los neonatólogos, al menos una vez se han visto implicados en una decisión de limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

El criterio que sigue el médico para tomar una decisión en esas situaciones de LET, varía en función del mejor interés del paciente (el bebé) y la evaluación de los beneficios y perjuicios dimanantes del tratamiento que se aplique. Existen circunstancias en las que someter a tratamiento al paciente neonato no es lo más apropiado, resaltando D. Juan Carlos Tejedor que el mejor interés no equivale siempre a prolongar la vida.

¹ Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

² Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

³ Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

⁴ Neonatólogo. Magíster en Bioética.

Asimismo, cuando se llega a la situación de tomar una decisión que puede afectar a la vida del paciente, debe compartirse entre los médicos y los progenitores, debiendo mantenerse a estos últimos siempre bien informados, para que sean capaces de discernir sobre las consecuencias. En este sentido, los padres del neonato deben tener la suficiente capacidad y responsabilidad moral para consentir o denegar la limitación del esfuerzo terapéutico.

Por su parte, los médicos deben apoyarse y buscar ayuda en otros profesionales sanitarios (enfermeros, psicólogos, auxiliares, etc.), con el fin de valorar los datos y detalles del caso, para evaluar objetivamente los supuestos beneficios del tratamiento que hipotéticamente se pueda aplicar. Es necesario tomar las decisiones en equipo, ponderando diversas visiones del problema.

El Dr. Tejedor resaltó que existe la posibilidad de que los padres discrepen con los profesionales sanitarios, entrando así en conflicto. En tales casos, a veces se opta por aplicar el tratamiento al paciente, no tanto porque esto sea lo más beneficioso para el niño, sino para dar tiempo a replantearse la situación, reunir mayor información y poder luego tomar una decisión en la que no quepa duda alguna.

No obstante, se dan situaciones en las que no hay tiempo para discutir las opciones con los progenitores, como ocurre en la sala de partos, por ejemplo, donde los padres deciden si continuar con la asistencia médica o retirarla. En estas situaciones prima la información clara del médico, habiéndose observado que algunos padres prefieren que sea el médico quien decida por ellos.

También habló el doctor de aquellas ocasiones en las que los padres rechazan tratamientos con altas probabilidades de eficacia, pero con la posibilidad de desencadenar secuelas severas o graves en el neonato, a pesar de que el equipo asistencial no ve justificación para retirar los soportes vitales. En estos casos, se pide una segunda opinión al Comité de Ética del centro hospitalario, como órgano de asesoramiento y, en caso de persistir el conflicto, se recurre al juez.

Por todo ello, el Dr. Tejedor se refirió a que sería muy interesante para los profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricas que se pudieran incorporar equipos de mediación para aquellos casos que puedan degenerar en conflictos entre los mismos padres o entre estos y los profesionales que atienden a su hijo.

Por su parte, D^a Rosario Padilla Toledano⁵ planteó tres puntos de partida de los que se derivan la mayoría de las disputas ligadas a estas fases vitales: a) qué se considera una enfermedad terminal; b) cómo se maneja la información en esta etapa; y c) qué participación tienen en dicha fase los allegados y el propio paciente. Asimismo, matizó que los derechos de los pacientes no se limitaban a su estado físico, sino también al moral y que la atención del médico hacia el paciente debería ser siempre comprensiva y compasiva, pues de esa forma se gestionarán mejor los problemas y dificultades surgidos en torno a la toma de decisiones, al actuar los facultativos con mayor empatía. En este sentido, se mostró claramente a favor de que los equipos médico-sanitarios reciban una buena formación dirigida a dotarse de herramientas para saber informar de las ma-

las noticias tanto a los enfermos como a sus familiares o allegados. A su modo de ver, ahí reside una de las claves que podrían limitar los conflictos o, al menos, la escalada de los mismos.

Desde otro ámbito, D^a Manuela Carmena Castrillo⁶ se mostró crítica con el tratamiento que, desde el punto de vista jurídico-penal, reciben muchos casos de sedación a enfermos terminales que han terminado en denuncias y con los médicos procesados por un delito de homicidio por imprudencia. Para ella, este ilícito penal debería desaparecer, derivándose en todo caso tales cuestiones a la jurisdicción civil.

Igualmente, la magistrada abogó por un nuevo modelo de juez, el juez Hermes, distanciado del juez Júpiter (la norma dimana «de arriba» y se acata por mandato cuasi-divino) y el juez Hércules (juez todopoderoso y único que sabe qué es lo correcto). Ese juez Hermes es conciliador, está siempre en movimiento y puede ser representado por el símbolo de la red, con multitud de puntos en interacción. Es una especie de mediador universal y un gran comunicador, pues promueve el diálogo. Se trata de un intérprete del Derecho, adecuando la norma a la realidad social del momento. Reflexivo y discursivo, el juez Hermes se maneja bien en la desjudicialización de las disputas, promoviendo los métodos no adversariales de resolución de conflictos, como es la mediación.

Claramente a favor de la mediación se mostró D. Jesús Rodríguez Torrente⁷, que fue desgranando multitud de ejemplos prácticos extraídos de su experiencia como sacerdote en localidades pequeñas, destacando que cada enfermo y cada familia va siempre a gestionar su

⁵ Titulada en Medicina y Derecho. Especialista en mediación sanitaria, pertenece al equipo técnico del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid. Hasta hace poco más de un año, formó parte de la oficina del Defensor del Paciente de esta comunidad autónoma.

⁶ Magistrada. Exvocal del Consejo Gral. del Poder Judicial. Hasta su jubilación en diciembre de 2010, fue Presidenta de la Sección 17^a de la Audiencia Provincial de Madrid.

⁷ Doctor en Teología moral. Especialista en Bioética. Fue secretario técnico del Instituto Universitario de la Familia, entidad desde la que diseñó e impulsó el curso de mediación de la Universidad de Comillas.

enfermedad de una manera particular y «única», debiéndose respetar por todos.

En la misma línea de respeto, comprensión y compasión se declararon D^a Pilar Bueno Moral⁸ y D. Javier Barbero Gutiérrez⁹.

La Sra. Bueno destacó que, ante los temores de los pacientes, el quipo médico-sanitario lo que tiene que hacer es analizar las cosas con ellos y dejar que se expresen. Patrocinó igualmente la humanización de la medicina, lo que convierte al paciente en el centro de atención, del que no hay que olvidar jamás que ve y escucha, 'incluso cuando están sedados'.

Por su parte, Javier Barbero disertó sobre el trabajo con las familias de los enfermos terminales y la importancia que esto tiene en la prevención de conflictos. Para él, un mediador sanitario ayudaría a metabolizar y asumir la mala noticia recibida por el paciente o sus allegados.

El Dr. D. Rafael Suárez¹⁰ habló de la limitación del esfuerzo terapéutico y la retirada de los soportes vitales, mostrándose favorable a un tratamiento paliativo, en vez de un tratamiento agresivo que prolongue la agonía del enfermo. Para este facultativo, la primera vía asegura mejor la autonomía del paciente, a quien se le informa puntual y convenientemente, así como su dignidad, pues se le propicia terminar su vida en el entorno y en la forma que haya elegido.

El profesor D. Federico de Montalvo Jääskeläinen¹¹ analizó uno de los instrumentos que, en principio, pudieran ir destinados a prevenir conflictos en las etapas finales de la vida: el llamado testamento vital, documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas. Sin embargo, el ponente advirtió que la Ley de Autonomía del Paciente no define cuál es el derecho subjetivo que lo

fundamenta y que tampoco establece la forma en que dichas instrucciones previas vinculan al médico. Este vacío legal puede conllevar diversas interpretaciones y, en definitiva, originar no pocos conflictos paciente-médico, paciente-familia, familiares-médico e, incluso, entre los diversos componentes del equipo médico-sanitario.

Además, hizo hincapié en que la figura del testamento vital procede de la práctica estadounidense, de donde lo importamos sin adecuarlo a las especiales características de la población y cultura españolas, razón por la cual es un documento que no se utiliza demasiado, de ahí el desconocimiento, muchas veces, de la clase médica sobre cómo proceder cuando un paciente lo ha suscrito.

Las instrucciones previas, para de Montalvo, son una clara expresión del principio de autonomía de la voluntad, indicando que en Estados Unidos, donde nació su utilización, ha surgido una nueva corriente de opinión que apoya cierta relación paternalista entre médico y paciente, recuperándose el principio de confianza.

Asimismo y en cuanto a las leyes autonómicas que regulan la muerte digna, D. Federico de Montalvo destacó la necesidad de una norma estatal que iguale y unifique criterios, para evitar que similares hechos se resuelvan de forma diferente en unas comunidades u otras.

CONCLUSIONES

Al plantearse la Jornada desde un punto de vista multidisciplinar, los asistentes tuvieron la oportunidad de escuchar diversas opiniones, todas ellas razonadas y muchas veces divergentes. Sin embargo, todos los ponentes coincidieron en varios puntos:

- Alrededor de lo que popularmente llamamos muerte digna, no hay axiomas ni patrones que sirvan para todos los casos. Lo que para unos es válido, para otros no sirve.
- La mayoría de los conflictos en las etapas finales de la vida acontecen en la fase de toma de decisiones.
- Existen principalmente cuatro partes implicadas en el proceso terminal: el paciente, el médico o médicos que lo atienden, el resto del personal sanitario y los familiares y allegados del enfermo.
- Los conflictos pueden surgir entre cualquiera de esas partes, implicando a varias de ellas a la vez e incluso a todas, como puede apreciarse en el gráfico adjunto.
- Las normas jurídicas y morales ayudan, pero no resuelven estos conflictos.

De todas estas dificultades pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- Es necesario fomentar la empatía y el diálogo entre pacientes, equipo médico-sanitario y familiares.
- Saber transmitir las malas noticias y acompañar en el duelo son premisas que cada vez han de estar más presentes en la relación con enfermos terminales.
- Muchas demandas y denuncias proceden de una deficiente gestión de la información suministrada por parte del equipo médico.
- Todas las partes implicadas necesitan sentirse comprendidas y legitimadas.
- La mediación es un método eficaz para resolver estas disputas. Como no se trata de un sistema de confrontación, posibilita la comunicación entre las partes, disminuyendo así la tensión o antagonismo entre ellas, lo que auspicia acuerdos con-

⁸ Enfermera de la UVI de Hospital Clínico S. Carlos.

⁹ Psicólogo clínico. Profesor del Centro de Humanización de la Salud. Especialista en cuidados paliativos.

¹⁰ Médico intensivista del Hospital Clínico S, Carlos.

¹¹ Abogado. Doctor en Derecho. Profesor de Derecho Constitucional de la Universidad de Comillas. Especialista en Derecho Sanitario.

sensuados y, en consecuencia, fomenta la paz social.

El mediador que intervenga en esta clase de conflictos deberá favorecer los canales de comunicación entre las personas afectadas, creando para ellos espacios de encuentro que contribuyan a desdibujar las posiciones opuestas o enfrentadas.

Para ello es necesario que al mediador se le informe sobre del papel que representa cada paciente dentro de su familia, el tipo de relaciones que se dan en el entorno familiar, los valores, las costumbres, las expectativas de todos sus componentes y las posibles alteraciones que en todo ello puede provocar una decisión u otra.

Asimismo, es imprescindible que los mediadores conozcan los valores que inspiran a todos y cada uno de los integrantes del equipo médico-sanitario, sus prioridades y el tipo de relación que mantienen entre sí (si es vertical y jerarquizada, o igualitaria y horizontal).

La mediación es una vía adecuada para solucionar las diferencias y dificultades que giran alrededor de los enfermos terminales, evitando la escalada del conflicto o que se enquisten indefinidamente. Quienes nos dedicamos a la mediación sabemos que, cuando a la gente se le da la oportunidad de expresarse y sentirse escuchada, ya está recorrida la mitad de un camino que, a priori, se presentaba como dificultoso y duro. En nuestra mano está, también, saberlo difundir a la sociedad entera.

Y para terminar, una recomendación: la película «En estado crítico»¹² desarrolla el problema de las diferentes posturas que sostienen dos hermanas sobre si mantienen con vida a su padre o, por el contrario, lo desconectan de los soportes vitales. Su controversia salpica al médico intensivista que atiende al anciano y al propio centro hospitalario. Ahora bien, las verdaderas razones que impulsan a las dos hijas del enfermo terminal sólo

salen a la luz cuando se sientan juntas todas las partes involucradas y comienzan a dialogar entre sí, o lo que es lo mismo, a mediar.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ PÉREZ, J.C. (2007): «Limitación del esfuerzo terapéutico». Dentro de la obra colectiva: 10 palabras clave ante el final de la vida. Ed. Verbo Divino.
- ARRIBAS, S., CANO, G. y UGARTE, J. (Coords.) (2010): Hacer vivir, dejar morir. Biopolítica y capitalismo. CSIC, Arbor.
- BARBERO, J., ROMEO, C., GIJÓN, P. y JÚDEZ, J.: «Limitación del esfuerzo terapéutico». Rev. Medicina Clínica nº 117, año 2001.
- CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. Bioethics Committee (1986): «Treatment decisions for infants and children». Rev. CMAJ, nº 135; 135.
- MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F. DE (2009): Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital. Universidad Pontificia de Comillas.
- MONTERRAT QUINTANA, A. (2008): «El derecho a la salud y a las prestaciones sanitarias». Dentro de: Nuevos derechos fundamentales en el ámbito de Derecho privado. Cuadernos de Derecho Judicial. CGPJ.
- QUINTANA GARCÍA, A. (2007): Apuntes de mediación sanitaria. ICAM.
- MORO, T. (1971): Utopía. Ed. Zero, 1971.
- SÁNCHEZ BAYLE, M.: Lo posible y lo probable. El País Salud, 8 de septiembre de 2007, pág. 22
- SANZ, J. (2000): «El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción». Rev. Medicina Clínica, nº 114.
- SECCIÓN DE NEONATOLOGÍA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (1991): Bases Éticas en Neonatología. Decisiones de tratamiento selectivo en recién nacidos. Normas básicas de actuación.



IV JORNADA DE MEDIACIÓN SANITARIA «LA MEDIACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA DEPENDENCIA»

27 DE MARZO DE 2012
COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID

Programa

- 16:00 Recogida de documentos y acreditación de los asistentes.
La presentación de la Jornada y de los ponentes correrá a cargo de:
D.ª Ana Isabel Sánchez Martín (Vocal de Mediación Sanitaria).
D.ª Amparo Quintana García (Secretaria de AMM).
- 16:15 Ponencia inaugural:
D.ª Esther Riaza Barrera (Vicedecana del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid).
- 17:00 D.ª M.ª Luisa Peña Roldán (Directora ejecutiva de la Oficina Permanente Especializada del Consejo Nacional de Discapacidad).
- 17:45 D.ª Pilar Munuera Gómez (Mediadora, Socióloga y Trabajadora Social. Profesora titular de Trabajo Social y Servicios Sociales, E.U. de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid. Doctora por la UCM).
- 18:30 Descanso
- 18:45 D.ª Ana Sastre Campo (Delegada del Comité Español Representante de Personas con Discapacidad –CERMI–).
- 19:30 Coloquio
- 20:00 Clausura:
D.ª Ana Criado Inchauspé (Presidenta de la Asociación Madrileña de Mediadores –AMM–)

¹² Sidney Lumet, 1997.