

## **CONSIDERACIONES del Consejo de Bioética de Galicia sobre la puesta en marcha de la Ley orgánica de regulación de la eutanasia con especial referencia a los conceptos de MÉDICO RESPONSABLE y PROCESO DELIBERATIVO.**

### **Consejo de Bioética de Galicia. Secretaría General Técnica. Consellería de Sanidad.**

Coincidiendo con la promulgación de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), el Consejo de Bioética de Galicia (CBG) ha considerado necesario reflexionar sobre aquellos aspectos relacionados con el desarrollo del proceso y de los procedimientos sustentados por la LORE, con la finalidad de ayudar a dar una respuesta con la máxima garantía ética posible a las solicitudes de prestación de ayuda para morir.

Como ocurre habitualmente al plantear una deliberación sobre conflictos éticos, se han puesto de manifiesto cuestiones técnicas o de operatividad con un desarrollo inadecuado, por deterioro de lo previamente existente o por no incorporación apropiada de nuevas decisiones. Este hecho podría estar complicando la resolución de los potenciales conflictos morales generados, lo cual obliga a que estas cuestiones operativas aparezcan reseñadas en las consideraciones finales.

El **sentido principal** de esta comunicación es colaborar a que:

1- La decisión de nuestra sociedad de incorporar la prestación de ayuda para morir:

- No se desvincule de seguir trabajando por una sociedad que promueva una cultura que tenga en cuenta la vulnerabilidad como eje de la atención sociosanitaria, asuma la finitud y cuide a las personas desarrollando políticas que preserven la equidad.
- Se realice sin olvidar la importancia del desarrollo y mantenimiento de las condiciones esenciales de la relación clínica, cuidando los procesos deliberativos en un contexto de decisiones compartidas, a la vista de las circunstancias y de los valores y preferencias de las personas enfermas, asesoradas, acompañadas y apoyadas por los profesionales sanitarios.
- Se desarrolle lo más acorde posible con el marco ético común de la atención al final de la vida.

2- Las buenas prácticas que se identifican para el adecuado desarrollo de **los procesos relacionales y asistenciales que sustentan la prestación de ayuda a morir se mejoren también en otros escenarios de la atención sanitaria y sociosanitaria.**

#### SÍNTESIS DE LOS PRESUPUESTOS ÉTICOS Y CONCEPTUALES

En las reuniones del CBG se detectaron algunas áreas de especial consideración en cuanto a riesgo de problemas éticos o con potencial de mejora, en las que la actuación sobre las mismas permitiría un enriquecimiento de la atención sanitaria más allá del cumplimiento de la LORE. Esta ley recupera el concepto de “médico responsable”, ya presente en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, y hace aparecer por primera vez en una norma de este rango el término de “proceso deliberativo”. Las reflexiones que el CBG comunica a continuación han seguido como eje estos dos conceptos, teniendo también en cuenta para su elaboración las recomendaciones publicadas después de la entrada en vigor de la LORE por el Ministerio de Sanidad en el manual de buenas prácticas en eutanasia.

La LORE, en su artículo 3.d, define como **médico responsable** “el facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”. Entre otras funciones identificables en la LORE, el médico responsable realizará el proceso deliberativo con la persona solicitante.

**La forma más adecuada de identificar quien debe ser el médico responsable en el proceso eutanásico es recordar el marco relacional en que dicho proceso debería producirse.**

**El ser humano es un ser vulnerable y relacional, lo que abre la posibilidad a la existencia de relaciones de ayuda, entre las que se encuentra la relación médico-paciente<sup>1</sup>.** Siguiendo a Laín Entralgo, la estructura fundamental del acto médico queda expresada en tres puntos: un encuentro entre dos personas, una con voluntad de ayuda técnica y otra con voluntad de curación; un acto médico fundamentado en el diagnóstico y tratamiento; y un carácter a la vez personal y social, en cuanto que es la sociedad en la que ambos viven la que condiciona la forma del encuentro y los valores subyacentes<sup>2</sup>. La concepción más tradicional del acto médico y la atención sanitaria han ido evolucionando, pasando de un modelo paternalista a un modelo más colaborativo y centrado en el paciente.

---

<sup>1</sup> OMC. Manual de la Relación Médico-Paciente. 2019. Pag 27.

<sup>2</sup> Laín P. El médico y el enfermo. 2ª ed., Madrid: Triacastela, 2003.

El núcleo de la asistencia es el encuentro entre dos o más personas, siendo necesario tener en cuenta que la atención sanitaria no es comprensible en el contexto actual sin la intervención de distintos profesionales intentando desarrollar las diferentes intervenciones en un trabajo en equipo. Es deseable en toda atención sanitaria la identificación de un profesional de referencia que actúe como coordinador entre los diferentes profesionales asistenciales y pueda mantener viva la deliberación sobre preferencias a considerar, que conozca a la persona y su entorno, facilitando la relación de confianza y permitiendo la integración y coordinación del cuidado.

En la literatura se enuncian cuatro modelos que describen y valoran la relación clínica<sup>3</sup>: paternalista, informativo, interpretativo o personalizado y deliberativo. Este último implica establecer un **proceso de deliberación entendido como aquel que** propone una ponderación cuidadosa de los factores que intervienen en una situación concreta a fin de buscar la solución óptima o la menos lesiva. Exige la escucha atenta, el esfuerzo por comprender la situación, el análisis de los valores implicados y el diálogo sobre los posibles cursos de acción, dejando que sea el paciente quien defina su vida, sus valores y cómo éstos influyen en sus elecciones. Su objetivo es llegar a corresponsabilizar a profesionales y pacientes en el proceso y también en la decisión.

La naturaleza especial del proceso deliberativo en este contexto hace que sea de gran importancia que los participantes (paciente y médico responsable, así como equipo asistencial y familiares si se incorporan al proceso), compartan información, perspectivas, pensamientos y sentimientos. El médico responsable deberá facilitar dicho proceso y se ha propuesto que el marco en el que desarrollarlo podría ser la toma de decisiones compartida<sup>4</sup>. Ésta se ha definido como "un enfoque en el que los médicos y los pacientes comparten la mejor evidencia disponible cuando se enfrentan a la tarea de tomar decisiones, y donde los pacientes reciben apoyo para considerar opciones, para lograr preferencias informadas"<sup>5</sup>.

De una forma sintética la relación deliberativa es aquella que permite integrar los valores en los procesos de toma de decisiones y, por lo tanto, es el modelo de relación clínica que debe establecerse en el contexto eutanásico.

---

<sup>3</sup> Enmanuel E, Enmanuel L. Cuatro modelos de la relación médico paciente. En: Couceiro A, editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999:95-108. (Versión en español de Four models of the physician-patient relationship. J Am Med Assoc 1992;267:2221-6).

<sup>4</sup> Dees MK et al. Perspectives of decision-making in requests for euthanasia: A qualitative research among patients, relatives and treating physicians in the Netherlands. Palliative Medicine 2012;27(1) 27-37.

<sup>5</sup> Elwin G et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med 2012;27(10):1361-7.

Atendiendo a este modelo de relación es necesario también recordar la posición y características que definen la atención primaria en el sistema asistencial. La atención a la persona a lo largo del tiempo y la coordinación con los otros niveles asistenciales, características que englobamos en este texto con el término de continuidad asistencial, se consideran dos de los pilares de la atención primaria. El acompañamiento y la atención a lo largo del tiempo tiene implicaciones distintas a los análisis éticos que se centran en un acto en particular, aislado en el tiempo.

**A partir de estas reflexiones y puntos de partida conceptuales, el CBG llama a tener en cuenta las siguientes CONSIDERACIONES, con implicaciones en la atención sanitaria más allá del desarrollo de la LORE:**

- La relación clínica que sustenta el proceso eutanásico, por su trascendencia y el tipo de enfermedades o procesos que dan lugar a su planteamiento, debe estar presidida por el modelo deliberativo. Este modelo es más fácil de establecer en el seno de una relación clínica significativa y de confianza previa, facilitada por la continuidad asistencial, por lo que lo adecuado es que la figura del médico responsable sea establecida a solicitud del paciente entre aquellos profesionales que sean conocedores de la persona demandante de la prestación, su contexto, sus valores y sus preferencias.
- Las mencionadas cualidades de la atención primaria, que sustentan la continuidad asistencial, hacen del médico de atención primaria candidato adecuado a ejercer el papel de médico responsable, siempre que el paciente así lo considere y respetando el derecho a la objeción de conciencia del facultativo. No obstante, si las personas que solicitan la prestación han establecido relaciones continuadas y significativas con especialistas de otros niveles asistenciales, éstos también podrían ser candidatos para ejercer el compromiso de médico responsable.
- Aunque es esencial la identificación del médico responsable, en el contexto asistencial actual es importante la ayuda y el apoyo, personal y profesional, de otros profesionales, especialmente aquellos que han intervenido en la asistencia previa a la persona. En decisiones complejas como las que estamos abordando es necesaria la participación de equipos interdisciplinarios. Los procesos deliberativos deben incluir a la enfermería y a la familia y personas cuidadoras si el paciente así lo desea.
- El sistema sanitario deberá garantizar el asesoramiento y apoyo al médico responsable durante todo el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir, facilitándole el acceso a médicos consultores, interconsultas y otros trámites necesarios en el proceso. Asimismo, los pacientes y familiares deben recibir asesoramiento y apoyo durante el proceso.

- Se debe procurar la formación necesaria y continuada a los médicos para que puedan ejercer correctamente su función en los términos que establece la LORE. Los profesionales necesitan formación para abordar las conversaciones sobre el final de la vida y para poner en marcha procesos de toma de decisiones compartida.
- Es necesario trabajar por recuperar y mejorar la continuidad asistencial como sustento de relaciones clínicas interpersonales significativas facilitadoras de procesos deliberativos más adecuados, especialmente ante decisiones de especial trascendencia para las personas enfermas.
- El Consejo de Bioética de Galicia percibe como un importante deterioro de la atención sanitaria los cambios frecuentes de los profesionales que atienden a cada persona. La atención sanitaria en general, y en particular la atención paliativa, está dificultada en sus requisitos técnicos y éticos cuando no se produce en el seno de relaciones interpersonales de conocimiento y confianza. El sistema sanitario debe cuidar especialmente los recursos y requisitos organizativos necesarios para mantener la continuidad asistencial y proporcionar las prestaciones sanitarias con garantías éticas.

Consejo de Bioética de Galicia

Santiago de Compostela, 16 de febrero de 2022.