

CONSIDERACIÓNS do Consello de Bioética de Galicia sobre a posta en marcha da Lei orgánica de regulación da eutanasia con especial referencia aos conceptos de MÉDICO RESPONSABLE e PROCESO DELIBERATIVO.

Consello de Bioética de Galicia. Secretaría Xeral Técnica. Consellería de Sanidade.

Coincidindo coa promulgación da Lei orgánica 3/2021, do 24 de marzo, de regulación da eutanasia (LORE), o Consello de Bioética de Galicia (CBG) considerou necesario reflexionar sobre aqueles aspectos relacionados co desenvolvemento do proceso e dos procedementos sustentados pola LORE, coa finalidade de axudar a darlles unha resposta coa máxima garantía ética posible ás solicitudes de prestación de axuda para morrer.

Como ocorre habitualmente ao propor unha deliberación sobre conflitos éticos, puxéronse de manifesto cuestións técnicas ou de operatividade cun desenvolvemento inadecuado, por deterioración do previamente existente ou por non incorporación apropiada de novas decisións. Este feito podería estar complicando a resolución dos potenciais conflitos morais xerados, o cal obriga a que estas cuestións operativas aparezan apuntadas nas consideracións finais.

O **sentido principal** desta comunicación é colaborar para que:

1- A decisión da nosa sociedade de incorporar a prestación de axuda para morrer:

- Non se desvincule de seguir traballando por unha sociedade que promova unha cultura que teña en conta a vulnerabilidade como eixe da atención socio sanitaria, asuma a finitude e coide as persoas desenvolvendo políticas que preserven a equidade.
- Se realice sen esquecer a importancia do desenvolvemento e mantemento das condicións esenciais da relación clínica, coidando os procesos deliberativos nun contexto de decisións compartidas, á vista das circunstancias e dos valores e preferencias das persoas enfermas, asesoradas, acompañadas e apoiadas polos profesionais sanitarios.
- Se desenvolva o máis acorde posible co marco ético común da atención ao final da vida.

2- As boas prácticas que se identifican para o adecuado desenvolvemento dos **procesos relacionais e asistenciais que sustentan a prestación de axuda para morrer se melloren tamén noutros escenarios da atención sanitaria e sociosanitaria.**

SÍNTESE DOS PRESUPOSTOS ÉTICOS E CONCEPTUAIS

Nas reunións do CBG detectáronse algunhas áreas de especial consideración en canto a risco de problemas éticos ou con potencial de mellora, en que a actuación sobre estas permitiría un enriquecemento da atención sanitaria máis aló do cumprimento da LORE. Esta lei recupera o concepto de “médico responsable”, xa presente na Lei 41/2002, básica reguladora da autonomía do paciente, e fai aparecer por primeira vez nunha norma deste rango o termo de “proceso deliberativo”. As reflexións que o CBG comunica a continuación seguiron como eixo estes dous conceptos, tendo tamén en conta para a súa elaboración as recomendacións publicadas despois da entrada en vigor da LORE polo Ministerio de Sanidade no Manual de boas prácticas en eutanasia.

A LORE, no seu artigo 3.d, define como médico responsable “o facultativo que ten ao seu cargo coordinar toda a información e a asistencia sanitaria do paciente, co carácter de interlocutor principal deste en todo o referente á súa atención e información durante o proceso asistencial, e sen prexuízo das obrigas doutros profesionais que participan nas actuacións asistenciais”. Entre outras funcións identificables na LORE, o médico responsable realizará o proceso deliberativo coa persoa solicitante.

A forma máis adecuada de identificar quen debe ser o médico responsable no proceso eutanásico é lembrar o marco relacional en que o devandito proceso debería producirse.

O ser humano é un ser vulnerable e relacional, o que abre a posibilidade á existencia de relacións de axuda, entre as cales se atopa a relación médico-paciente¹. Seguindo a Laín Entralgo, a estrutura fundamental do acto médico queda expresada en tres puntos: un encontro entre dúas persoas, unha con vontade de axuda técnica e outra con vontade de curación; un acto médico fundamentado no diagnóstico e tratamento; e un carácter á vez persoal e social, despois de que é a sociedade en que ambos viven a que condiciona a forma do encontro e os valores subxacentes². A concepción máis tradicional do acto médico e a atención sanitaria foron evolucionando, pasando dun modelo paternalista a un modelo máis colaborativo e centrado no paciente.

¹ OMC. Manual de la Relación Médico-Paciente. 2019. Páx. 27.

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

O núcleo da asistencia é o encontro entre dúas ou máis persoas, e é necesario ter en conta que a atención sanitaria non é comprensible no contexto actual sen a intervención de distintos profesionais tentando desenvolver as diferentes intervencións nun traballo en equipo. É desexable en toda atención sanitaria a identificación dun profesional de referencia que actúe como coordinador entre os diferentes profesionais asistenciais e poida manter viva a deliberación sobre preferencias que considerar, que coñeza a persoa e a súa contorna, facilite a relación de confianza e permita a integración e coordinación do coidado.

Na literatura enúncianse catro modelos que describen e valoran a relación clínica³: paternalista, informativo, interpretativo ou personalizado e deliberativo. Este último implica establecer un **proceso de deliberación entendido como aquel que** propón unha ponderación coidadosa dos factores que interveñen nunha situación concreta co fin de buscar a solución óptima ou a menos lesiva. Exixe a escoita atenta, o esforzo por comprender a situación, a análise dos valores implicados e o diálogo sobre os posibles cursos de acción, deixando que sexa o paciente quen defina a súa vida, os seus valores e como estes inflúen nas súas escollas. O seu obxectivo é chegar a corresponsabilizar profesionais e pacientes no proceso e tamén na decisión.

A natureza especial do proceso deliberativo neste contexto fai que sexa de grande importancia que os participantes (paciente e médico responsable, así como equipo asistencial e familiares se se incorporan ao proceso), compartan información, perspectivas, pensamentos e sentimentos. O médico responsable deberá facilitar o devandito proceso e propúxose que o marco en que desenvolveo podería ser a toma de decisións compartida⁴. Esta definiuse como “un enfoque en que os médicos e os pacientes comparten a mellor evidencia dispoñible cando se enfrontan á tarefa de tomar decisións, e onde os pacientes reciben apoio para considerar opcións, para lograr preferencias informadas”⁵.

Dunha forma sintética a relación deliberativa é aquela que permite integrar os valores nos procesos de toma de decisións e, por tanto, é o modelo de relación clínica que debe establecerse no contexto eutanásico.

³ 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).

⁴ 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.

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

Atendendo a este modelo de relación é necesario tamén lembrar a posición e características que definen a atención primaria no sistema asistencial. A atención á persoa ao longo do tempo e a coordinación cos outros niveis asistenciais, características que englobamos neste texto co termo de continuidade asistencial, considéranse dous dos piares da atención primaria. O acompañamento e a atención ao longo do tempo ten implicacións distintas ás análises éticas que se centran nun acto en particular, illado no tempo.

A partir destas reflexións e puntos de partida conceptuais, o CBG chama a ter en conta as seguintes CONSIDERACIÓNS, con implicacións na atención sanitaria máis aló do desenvolvemento da LORE:

- A relación clínica que sustenta o proceso eutanásico, pola súa transcendencia e o tipo de enfermidades ou procesos que dan lugar á súa formulación, debe estar presidida polo modelo deliberativo. Este modelo é máis fácil de establecer no seo dunha relación clínica significativa e de confianza previa, facilitada pola continuidade asistencial, polo que o adecuado é que a figura do médico responsable sexa establecida por solicitude do paciente entre aqueles profesionais que sexan coñecedores da persoa demandante da prestación, o seu contexto, os seus valores e as súas preferencias.
- As mencionadas calidades da atención primaria, que sustentan a continuidade asistencial, fan do médico de atención primaria candidato adecuado para exercer o papel de médico responsable, sempre que o paciente así o considere e se respecte o dereito á obxección de conciencia do facultativo. Con todo, se as persoas que solicitan a prestación estableceron relacións continuadas e significativas con especialistas doutros niveis asistenciais estes tamén poderían ser candidatos a exercer o compromiso de médico responsable.
- Aínda que é esencial a identificación do médico responsable, no contexto asistencial actual é importante a axuda e o apoio, persoal e profesional, doutros profesionais, especialmente aqueles que interviñeron na asistencia previa á persoa. En decisións complexas como as que estamos a abordar é necesaria a participación de equipos interdisciplinares. Os procesos deliberativos deben incluír a enfermería e a familia e persoas coidadoras se o paciente así o desexa.
- O sistema sanitario deberá garantir o asesoramento e apoio ao médico responsable durante todo o proceso de solicitude e realización da prestación de axuda para morrer, facilitándolle o acceso a médicos consultores, interconsultas e outros trámites necesarios no proceso. Así mesmo, os pacientes e familiares deben recibir asesoramento e apoio durante o proceso.

- Débese procurar a formación necesaria e continuada aos médicos para que poidan exercer correctamente a súa función nos termos que establece a LORE. Os profesionais necesitan formación para abordar as conversacións sobre o final da vida e para poñer en marcha procesos de toma de decisións compartida.
- É necesario traballar por recuperar e mellorar a continuidade asistencial como sustento de relacións clínicas interpersoais significativas facilitadoras de procesos deliberativos máis adecuados, especialmente ante decisións de especial transcendencia para as persoas enfermas.
- O Consello de Bioética de Galicia percibe como unha importante deterioración da atención sanitaria os cambios frecuentes dos profesionais que atenden a cada persoa. A atención sanitaria en xeral, e en particular a atención paliativa, está dificultada nos seus requisitos técnicos e éticos cando non se produce no seo de relacións interpersoais de coñecemento e confianza. O sistema sanitario debe coidar especialmente os recursos e requisitos organizativos necesarios para manter a continuidade asistencial e proporcionar as prestacións sanitarias con garantías éticas.

Consello de Bioética de Galicia

Santiago de Compostela, 16 de febreiro de 2022.