

Expertos reclaman rigor científico, reflexión ética, humanización, profesionalidad y un glosario consensuado de conceptos en la atención al final de la vida

11 Feb 2023

Expertos reunidos en el VIII Congreso Nacional de Ética y Deontología Médica, organizado por la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y el Colegio de Médicos de Sevilla, han coincidido en la necesidad de contar con un glosario de conceptos basado en el consenso de los profesionales en torno al final de la vida; y han resaltado que el rigor científico, la reflexión ética, la humanización y la profesionalidad son elementos clave en este proceso.

Esta mesa redonda fue moderada por la Dra. María del Carmen Delgado, miembro de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos de Sevilla; y el Dr. Ángel Hernández Gil, presidente de la Comisión Andaluza de Deontología Médica.

De la experiencia sobre la ley de eutanasia en España habló el Dr. Serafín Romero, presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Andalucía; en cuanto a la polisemia y eufemismos al final de la vida. Por un glosario necesario, habló el Dr. José María Domínguez Roldán, presidente de la Comisión Central de Deontología del CGCOM; y finalmente, se cuestionó si los ciudadanos y los profesionales de la salud necesitan una ley estatal sobre el final de la vida de la mano del Dr. Bernabé Robles, miembro de la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos de Barcelona.

Polisemia y eufemismos al final de la vida, necesidad de un glosario consensuado entre los profesionales

Inició el turno de intervenciones el Dr. José María Domínguez, quien defendió la necesidad de crear un glosario que contenga los conceptos y definiciones en torno al final de la vida como son la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, los cuidados paliativos, la medicina paliativa, la sedación o la propia eutanasia. “Necesitamos un consenso entre todos los profesionales, sentarnos a definir los conceptos y evitar así los eufemismos y la polisemia”.

Muerte digna, dignidad de la persona, ayuda médica para morir, ayudar a morir o buena muerte son algunos de los eufemismos que deberían evitarse en torno al final de la vida, tal y como expuso el Dr. Domínguez, defendiendo que se trata de palabras que sustituyen temas tabú y esquivan la realidad.

Por otro lado, eutanasia, eu-tanasia (del griego buena muerte), muerte digna, ayuda médica a morir, eutanasia pasiva o eutanasia indirecta son palabras que caen en la polisemia, tal y como expuso el Dr. Domínguez para después resaltar que hay que tener claro la diferencia entre “permitir la muerte o desencadenar la muerte”.

En su opinión, hay que tener presente que “a diferencia de la eutanasia, el rechazo a la medicación o el suicidio asistido donde los pacientes si tienen autonomía y voluntad de decisión, la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico si es responsabilidad de los profesionales médicos”.

La limitación del esfuerzo terapéutico “obliga a los profesionales a la decisión clínica y técnica con justificación moral para no hacer encarnizamiento terapéutico”, explicó. Otro de los conceptos en los que incidió fue la objeción de conciencia sanitaria en relación con la eutanasia, entendida como el derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria regulados por esta ley que resulten incompatibles por sus propias convicciones.

“La objeción de conciencia existe en el marco legal pero su base es moral, porque produce un quebranto moral y un deber de conciencia. No significa estar en contra de un deber jurídico sino en contra de hacer algo que me produce un daño”, matizó.

Finalmente, definió el concepto “pendiente resbaladiza” aplicado al debate sobre la eutanasia, también. “El argumento afirma que la aceptación de ciertas prácticas, como el suicidio médicamente asistido o la eutanasia conducirá invariablemente a la aceptación o prácticas que actualmente se consideran inaceptables”.

El contexto eutanásico y las expectativas del paciente

Por su parte, el Dr. Serafín Romero centró su intervención en definir conceptos, aportar datos y experiencias en torno a la aplicación de la Ley de la Eutanasia “a pesar del periodo corto de tiempo que lleva desde su implantación”.

La eutanasia se define como la actuación que produce la muerte de una persona de una forma directa e intencionada mediante una relación causa efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. “Delimitar el concepto de eutanasia en una ley es crear muchas expectativas a los pacientes en relación con un derecho que se aplica en torno al contexto eutanásico”, subrayó.

En este sentido, el contexto eutanásico se trata de la situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, que produce un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables.

“El contexto eutanásico debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento y a las convicciones morales de la

persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal”, dijo.

Asimismo, el Dr. Serafín Romero explicó que “deben de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos y familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresurada”.

Con todo ello, el Dr. Romero destacó cual es el rol que tiene la profesión médica en la aplicación de la Ley de la eutanasia. “No reside solo en la ayuda a morir, es el complejo dilema de explorar el contexto eutanásico para delimitar si el paciente tiene derecho a la prestación de ayuda a morir que la Ley de eutanasia delimita”, señaló.

La ley establece que “el médico responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte” y que “el médico responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento”.

“Como médico responsable para decidir se necesita un enfoque multifactorial y holístico, es decir bio-psico-social y para considerar el sufrimiento insoportable ha de evaluarse desde el punto de vista médico, psico-emocional, socio ambiental y existencial”, señaló el Dr. Romero para después reflexionar “si los médicos estamos capacitados para tener en cuenta todo esto y defender “que los cuidados paliativos son esenciales”.

En cuanto a los datos de España, dio a conocer que en 2021 fueron 173 las solicitudes de eutanasia presentadas, de las cuales 98 no fueron realizadas y que, de todas las solicitudes, un 54% fueron por patologías neurológicas y un 29% por enfermedades oncológicas.

Revisión y redacción de leyes

Por último, el Dr. Bernabé Robles abordó si los ciudadanos y los profesionales de la salud necesitan una ley estatal sobre el final de la vida. “La buena muerte debería ser buena praxis, obstinarse y producir malas muertes o, ya antes, malas vidas, y como consecuencia muertes malas debe ser considerado mala praxis”, indicó.

En este sentido, hizo alusión a los deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico en relación con la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. “El médico responsable, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación deberá constar en la historia clínica”, expuso el Dr. Robles para después abogar por el consenso profesional y la atención paliativa.

Para el doctor “las leyes autonómicas de muerte digna no establecen nuevos derechos para la ciudadanía, aunque los clarifican en negro sobre blanco con la adecuación terapéutica y los cuidados paliativos”. Únicamente, a su juicio, “dan forma a los ya reconocidos

previamente: información, toma de decisiones, consentimiento informado, instrucciones previas, rechazo de tratamientos, acompañamiento y a la intimidad persona”.

El derecho a los cuidados paliativos y al tratamiento del dolor, también se reconocían en Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS/RD 1030/2006 sobre cartera de servicios comunes del SNS. “No conocemos bien su impacto sobre la calidad de vida al final de la misma, allí donde se ha implantado. Aquí y ahora, no sabemos si se muere mejor en Sabadell, sin ley de final de vida o en Huelva, con ella”, subrayó.

“Conceptos como la adecuación, la obstinación o la futilidad son claves también en la atención a las personas que no están próximas al fallecimiento. Las necesidades paliativas tampoco son exclusivas del final de vida (cronicidad) y las soluciones deberían estar en el rigor científico, la reflexión ética, la humanización y la profesionalidad”, expuso.

Finalmente, sobre cómo evitar la mala praxis al final de la vida señaló la necesidad de “revisar, aplicar y difundir cartas de derechos y deberes; revisar, aplicar y difundir nuestros códigos deontológicos; y revisar la redacción de las leyes relacionadas con la atención a la salud de las que ya disponemos”.

“Aprovechemos los textos ya aprobados y mejorémoslos, corrigiendo errores o ambigüedades sobre la vida y la salud o la necesidad terapéutica. Si uno de los objetivos es generar confianza y seguridad jurídica, evitemos, siempre que sea posible, la judicialización de las cuestiones clínicas al final de la vida. Revisemos nuestros planes docentes para los nuevos profesionales, y para los nuevos ciudadanos, es muy importante el ejemplo que transmitimos a ambos”, expuso.

Además, en su opinión “deberían ser incluidos en leyes que regulen la atención sanitaria en general. Son leyes para mejorar la vida y las leyes no las hacemos los médicos, las hacen los ciudadanos”, concluyó.

Nota: texto reproducido en forma íntegra de fuente <https://www.comsevilla.org/expertos-reclaman-rigor-cientifico-reflexion-etica-humanizacion-profesionalidad-y-un-glosario-consensuado-de-conceptos-en-la-atencion-al-final-de-la-vida/>