

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 18

Comités de ética asistencial

Autor: Álvarez, Juan Carlos

Filiación: Universidad Pontificia de Comillas. Profesor de Bioética

Contacto: jcalvare@autovia.com

Fecha de creación: 01/04/2004

Para citar este documento:

ALVAREZ, Juan Carlos (2004). "Comités de ética asistencial". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 18. [Fecha de publicación: 02/04/2004].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/alvarez-comites.01.pdf> >

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Juan Carlos Álvarez

Denominación:

Los comités de ética de las instituciones sanitarias son fundamentalmente de dos tipos: comités éticos de investigación clínica (CEIC) y comités asistenciales.

Como es sabido las funciones de ambos son muy distintas y mientras los CEIC tienen como tarea evaluar los protocolos de investigación de los ensayos clínicos que se vayan a realizar en la institución, los comités asistenciales abordan otros problemas morales que surgen en la asistencia sanitaria.

Inicialmente se les denominó Comités asistenciales de ética (CAE), posteriormente fueron llamados Comités de ética asistencial (CEA) y más recientemente Comités de ética de la asistencia sanitaria (CEAS). En realidad la primera denominación no era la más adecuada pues en ella parece que lo asistencial sería el comité y este no proporciona ningún tipo de asistencia, lo que es asistencial es la ética. Por ello parece más apropiada la denominación de Comité de ética asistencial, donde el adjetivo es utilizado correctamente.

Recientemente se ha comenzado a utilizar la denominación de Comité de ética de la asistencia sanitaria en alguna Comunidad Autónoma. Con ella parecen restringirse estos comités al ámbito sanitario, bien sean comités de hospitales bien de áreas sanitarias. Pero en la actualidad se está produciendo una expansión de los comités de ética a otro tipo de instituciones que no son propiamente de asistencia sanitaria, como son comités de ética de residencias geriátricas o comités de ética de instituciones sociales. La sensibilización ante los problemas éticos que se producen en las relaciones y en la asistencia no meramente sanitaria y en instituciones no propiamente sanitarias ha propiciado el incipiente desarrollo de estos comités. Por ello sería preferible utilizar una denominación en la que no se excluyesen los comités de ética asistencial no sanitarios.

Por esta razón creemos preferible la denominación de Comités de ética asistencial, donde están incluidos tanto los comités de ética de la asistencia sanitaria y los de asistencia no sanitaria, como puedan ser los de asistencia geriátrica o los de asistencia social, por ejemplo.

Como ya hemos mencionado dentro de los Comité de ética de la asistencia sanitaria se han puesto en marcha comités de ámbito exclusivamente hospitalario, otros que atienden los problemas tanto del hospital como del área y otros exclusivamente para la asistencia extrahospitalaria.

¿Por qué son necesarios los Comités de ética asistencial?

Las decisiones morales se han tornado decisiones de gran complejidad durante el pasado siglo XX, por varias razones: por un lado la gran dificultad intrínseca de los problemas nuevos que se nos plantean: manipulación genética,

diagnóstico prenatal, técnicas de reproducción asistida, consentimiento informado, muerte cerebral, trasplante de órganos, limitación del esfuerzo terapéutico, etc.

Por otro lado el ámbito donde se plantean estos problemas se ha transformado. La creciente complejidad de las relaciones asistenciales, debido al desarrollo de la Nueva Medicina, la especialización técnica, la estructura de los grandes hospitales, la socialización de la asistencia sanitaria, ha cambiado la clásica relación médico-enfermo. Los nuevos problemas se dan, además, en un ámbito de complicadas relaciones y procesos asistenciales. El paciente se relaciona con muchos profesionales sanitarios: médicos de diferentes especialidades, varios de un mismo Servicio, enfermeras, auxiliares, psicólogos, etc. La relación médico-enfermo ya no es una relación sólo con dos individuos. Además se añaden a la relación las llamadas terceras partes: familia, sociedad, jueces, gerentes, etc.

Un factor determinante es el desarrollo de lo que se ha denominado la Nueva Medicina: las técnicas de soporte vital, el consejo genético, los trasplantes, etc. Donde cada vez tenemos más dudas de cómo se debe actuar correctamente, de cuál es el verdadero beneficio para el enfermo, de hasta dónde debemos llegar en la utilización de determinadas técnicas, etc. Todo ello genera un sin fin de problemas que hemos de analizar, sobre los que hemos de reflexionar y a los que hay que dar respuesta.

Los actos morales que se dan en las relaciones clínicas actuales y en los problemas mencionados más arriba, son actos complejos, cuya anatomía presenta muchas facetas: el acto en sí mismo, la voluntad del agente moral, la voluntad del paciente moral, los motivos, los intereses (el fin perseguido), las creencias, el contexto, las circunstancias, los medios utilizados, las consecuencias, el fin conseguido, etc. Es decir, los actos morales son actos poliédricos, presentan muchas caras, múltiples componentes en su anatomía. Todos estos componentes deben ser analizados para hacer un buen juicio moral.

Pero todavía se complica más el análisis del acto moral si tenemos en cuenta que vivimos en sociedades plurales, multiculturales, multiétnicas, de pluralismo axiológico, por lo que cada uno tiene una perspectiva distinta de cada uno de esos aspectos del acto moral. Cada individuo desde su diferente formación académica, desde su especialidad, desde sus creencias religiosas, desde sus valores morales, etc., ve unos determinados aspectos del acto moral y no otros, y los aspectos que ve, lo hace desde un punto de vista condicionado por todos esos factores personales. Con esto se complica aún más el análisis de los actos morales. Por ejemplo, un mismo paciente es descrito de forma diferente por un internista, por un cirujano y por un anatómo-patólogo, cada uno lo ve desde perspectivas distintas. Un problema es planteado de forma diferente por un abogado, un filósofo, un psicólogo, una enfermera o un sacerdote. Cada uno aporta una perspectiva y enriquece el conocimiento y el análisis de los actos morales, de los problemas morales.

Vemos la altísima complejidad que suponen en la actualidad no sólo los problemas nuevos que se nos plantean, sino también el intento de realizar un análisis profundo de las cuestiones morales, conociendo y respetando las diferentes creencias, perspectivas e intereses.

¿Cómo se toman las decisiones morales de alta complejidad actualmente? De forma muy parecida a las decisiones clínicas. Cuando las decisiones son sencillas cada uno las toma en solitario, pero cuando el problema es difícil y no sabemos cómo resolverlo llevamos el caso a la sesión clínica del Servicio para que pensando entre todos y escuchando las opiniones de todos los componentes del Servicio, llegar a una diagnóstico o tomar una decisión sobre el tratamiento más conveniente. En las decisiones morales se hace de forma muy similar.

Hemos de distinguir las decisiones morales que tomamos sobre nosotros mismos, sobre nuestros problemas personales, decisiones intransitivas y las decisiones que tomamos sobre los demás, decisiones transitivas. Las decisiones que toman los profesionales sanitarios son, generalmente, transitivas. Ante una decisión intransitiva, personal, de gran dificultad, solemos pedir consejo a nuestros familiares, amigos o personas prudentes en las que confiamos, recogemos los consejos, deliberamos con nosotros mismos y tomamos la decisión. Pero cuando la decisión que hemos de tomar afecta a otras personas hay que tener en cuenta su perspectiva, sus puntos de vista, sus intereses y para poder conocer todas las caras del problema y todos los enfoques de las diferentes formaciones, creencias, etc., hemos de incorporar a la toma de decisiones a personas prudentes que nos aporten todos esos diferentes puntos de vista. Así se toman las decisiones morales difíciles en el momento actual.

Ese es el papel de los Comités de ética asistencial, ser órganos de deliberación, interdisciplinarios e independientes, que integren las diferentes creencias e ideologías y que analizan, asesoran y ayudan a tomar decisiones en los problemas morales que surgen en la asistencia de los pacientes.

Historia¹.

Los Comités de Ética Asistencial (CEA) se iniciaron en Estados Unidos en los años sesenta del pasado siglo XX. El primer Comité suele considerarse al denominado "Comité de la muerte" establecido, en 1960 en Seattle con el fin de seleccionar a los pacientes que se iban a someter a la recién desarrollada técnica de la hemodiálisis. El Dr. Belding Scribner había desarrollado un método de tratamiento para los pacientes con insuficiencia renal, la hemodiálisis; el primer centro para aplicar esta terapia fue el *Seattle Artificial Kidney Center*. La necesidad de seleccionar los pacientes utilizando criterios distintos de las meras indicaciones médicas, llevo a crear, por primera vez, un grupo multidisciplinar en el que participaban legos en la materia y representantes de la comunidad, además de médicos expertos. Su trabajo consistía en introducir criterios morales en la selección de los pacientes.

Otro de los hitos históricos en el desarrollo de estos comités fue la necesidad de establecer criterios para el diagnóstico de "muerte cerebral" ante la necesidad de

¹ Ferrer, JJ., *El porqué y el qué de los comités de ética*, en: Santos y Vargas L., Ferrer JJ. y Daminani BM. (Eds.), **Humanities and the Health Sciences**, Potomac, Maryland, Scripta Humanistica, 2001, 117-132.

obtener órganos para trasplantes. En 1968 se elaboraron por primera vez este tipo de criterios por el *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School*.

En la sentencia del juez Richard Hughes, del Tribunal Supremo de New Jersey, el 31 de Marzo de 1976, en el caso de Karen Ann Quinlan, se recomendaba que los problemas éticos, como los del caso que versaba la sentencia, deberían ser resueltos dentro del ámbito clínico, sin tener que recurrir a los tribunales. Este juez proponía que un comité de ética ayudara a tomar las decisiones a aquellos que les correspondiese y citaba un artículo de la pediatra Karen Teel en el que se proponía la creación de comités de ética para la evaluación de los conflictos morales que se producen en la práctica clínica².

La *President's Commission for the Study of Problems in Medicine and Biomedical Research*, en dos de sus informes recomendó, en 1983, que los hospitales desarrollasen procedimientos de toma de decisiones en los casos de pacientes incapacitados. Los comités de ética son la instancia más adecuada para la elaboración de dichos protocolos.

Desde 1992 el manual para la acreditación de hospitales de la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, exige como requisito que las instituciones hospitalarias tengan establecidos mecanismos para la resolución de problemas morales. Aunque la existencia de comités de ética no es exigida, es el mecanismo que más se ha desarrollado y de mayor utilidad para la resolución de este tipo de conflictos.

En España, el primer comité se implantó en 1974 en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona con ocasión de la inauguración del Departamento de Obstetricia y Ginecología para resolver los casos conflictivos desde la perspectiva ética³. Pero la mayor expansión de los CEA en España se produce durante la pasada década de los años noventa. Poco a poco, se han ido multiplicando los Comités por toda la geografía española y en este momento nos encontramos todavía inmersos en el proceso de expansión de los mismos. No sólo los hospitales del Insalud han implantado los CEAs, sino que todos los Departamentos de Sanidad de las autonomías se han preocupado de la creación de los Comités en sus hospitales. La formación en bioética de los profesionales sanitarios se ha ido facilitando con la aparición de diversos cursos de postgrado en varias Universidades Españolas.

Funciones de los Comités de Ética Asistencial.

Las funciones que tienen estos comités son principalmente tres:

1. Analizar, asesorar y facilitar el proceso de toma de decisiones clínicas en las situaciones que creen conflictos éticos entre sus intervinientes: el personal sanitario, los pacientes o usuarios, las familias y las Instituciones.

² Teel K., *The Physician's Dilemma, a Doctor's View: What the Law Should be?*, **Baylor Law Review** 27 (1975) 6-9, citado por Tealdi J. y Mainetti J.A., *Los comités hospitalarios de ética*, en **VVAA, Bioética. Teorías y perspectivas**, Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990, 54; nota 2, 59.

³ Abel, F., *Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento*. Labor Hospitalaria, 1993; 229: 136-146.

2. Colaborar en la formación en bioética de los profesionales del hospital y del área de salud, y muy en particular en la de los miembros del Comité.
3. Proponer a la institución los protocolos de actuación para las situaciones en que surgen conflictos éticos y que se presentan de manera reiterada u ocasional.

Los Comités de ética asistencial son comisiones consultivas, cuya función es exclusivamente de asesoramiento y por tanto su autoridad es únicamente moral. Todas las legislaciones y normativas insisten en que sus informes no son vinculantes y por tanto nunca pueden sustituir las decisiones de los profesionales, ni asumir sus responsabilidades.

La función más importante, más dura y menos valorada es la de formación en bioética de los profesionales sanitarios y de todo el personal de la institución. La docencia, el intentar cambiar el talante de los profesionales en sus relaciones y en la toma de decisiones, la difusión del nuevo estilo de hacer Medicina que supone la bioética, es la función más importante, pero a la vez la más lenta, la más dura y menos espectacular. Generalmente es más atractiva la resolución de casos, pero lo que a la larga hace cambiar las actuaciones de los profesionales, es la educación, la formación, el conocimiento de los problemas y de la manera de solucionarlos. Esta es una tarea silenciosa e ingrata, cuyos frutos no se ven ni a corto ni a medio plazo, pero sin duda es la función principal que nunca debe abandonar el CEA.

Los CEA deben ser totalmente autónomos en todas sus actuaciones y únicamente dependen para cuestiones burocrático administrativas y de intendencia de la gerencia de la institución.

Es interesante resaltar las que **no son en ningún caso funciones** de esta clase de comités:

1. Promover o amparar actuaciones jurídicas directas para las personas o la Institución. Ni peritar o manifestarse sobre las denuncias o reclamaciones de la actividad sanitaria.
2. Realizar juicios sobre la ética o las responsabilidades profesionales, ni las conductas de los pacientes y usuarios. No tiene por tanto capacidad para proponer sanciones.
3. Subrogarse o reemplazar la responsabilidad de quien ha pedido su asesoramiento.
4. Tomar decisiones de carácter vinculante.
5. Substituir a los Comités Éticos de Investigación Clínica.

Hay que diferenciar muy bien entre los problemas éticos que son competencia de los CEA y los problemas deontológicos que son competencia de los colegios profesionales. Los CEA no pueden sustituir ni asumir las funciones de los Comités Deontológicos de los Colegios de Médicos, estos tienen funciones de investigación y sanción de conductas profesionales incorrectas. Quizás los profesionales que comienzan a conocer la existencia de los CEA en los hospitales intentan presentar ante ellos los problemas que hasta ahora dirigían a los Comités Deontológicos, lo cual es un grave error. Ambos son Comités completamente diferentes, no se pueden confundir ni mezclar sus funciones. Hacerlo llevaría irremisiblemente a la destrucción de los CEA.

Llama la atención que entre las funciones especificadas por algunas legislaciones y normativas se incluya, incluso como la primera y principal función de los CEA, *proteger los derechos de los pacientes*.

Hemos de tener mucho cuidado con afirmaciones grandilocuentes, políticamente correctas, que a primera vista resultan bonitas y espectaculares: *El CEA debe ser el defensor de los derechos de los pacientes*. Tal afirmación puede crear serios conflictos.

Reflexionemos brevemente sobre esta función. El CEA debe defender los derechos del paciente en la misma medida que los derechos de cualquiera de los implicados en la relación clínica (el profesional sanitario, la familia, la institución, la sociedad, etc.) o de los involucrados en el problema ético que se nos plantee. Parece evidente que los intereses y los derechos de todos y cada uno de los implicados deben ser tenidos en cuenta y defendidos. Pero no con mayor o menor diligencia unos que otros.

Si por defender los derechos del paciente se entiende que el CEA es **defensor de oficio** de los mismos, creo que es un gran error. Si fuese así, el CEA se convertiría en una especie de investigador, de escudriñador, de “ojo del Gran Hermano”, que en cuanto observase la más mínima lesión de los derechos del paciente en su institución debería actuar de oficio informando, denunciando y poniendo en marcha los mecanismos para su rápida resolución. Creo que esto no es, ni debe ser, así.

La inclusión de esta función en algunas normativas, en mi opinión, quizás se deba a una excesiva mentalidad jurídica y sobre todo a un cierto autonomismo radical que influyó originalmente en la constitución de los Comités en E.E.U.U., pues fue la reivindicación de los derechos de los pacientes la causa fundamental de su desarrollo. Pero intentar importar directamente los conceptos, los mecanismos o las instituciones del modelo USA, es un craso error. Debemos digerir la experiencia que nos aportan dichos modelos, pero necesitaremos una minuciosa adaptación a nuestro contexto y circunstancias. El modelo mediterráneo o latino es muy diferente del anglosajón.

El CEA debe ser el defensor de los derechos del paciente, pero en la misma medida que lo es de los derechos del resto de los implicados en la relación clínica. Y nunca debe actuar de oficio, ni convertirse en una instancia de vigilancia permanente de dichos derechos. Si así lo hiciésemos terminaríamos con los CEA, crearíamos tal animadversión, tales anticuerpos, en todos los trabajadores de las instituciones sanitarias, que sería imposible la realización de las verdaderas funciones del Comité.

Composición de un CEA.

Como ya hemos explicado un Comité de ética asistencial debe ser multidisciplinar e incluir en su composición las diferentes creencias e ideologías presentes en el medio social donde desarrollan su actividad. En él deben estar representadas las especialidades médicas más significativas, fundamentalmente las que suelen presentar problemas morales con más frecuencia (intensivos, urgencias,

cirugía, anestesia, neurología, ginecología, psiquiatría, atención primaria, etc.), así como varios representantes de la enfermería (de diversas especialidades), un trabajador social (a ser posible del Servicio de atención al paciente), un abogado, un filósofo, un pastor religioso (de la creencia dominante en ese medio) y un miembro de la comunidad ajeno al ámbito sanitario.

La composición del comité debe intentar que estén representadas el mayor número de perspectivas posibles y se puedan tener en cuenta los intereses de todos los afectados por las decisiones a tomar. Si por algo se caracteriza la bioética es por manejar desde sus comienzos una metodología multidisciplinar, como se pone de manifiesto en las definiciones de bioética que dan autores con W.T. Reich⁴ o Marciano Vidal.

En cuanto al número de miembros del comité deber ser un número suficiente pero al mismo tiempo manejable. Suficiente, como ya hemos dicho, para que la representación sea lo más variada posible y para que en caso de no poder asistir todos a las reuniones –como es frecuente- el número de asistentes sea significativo. Manejable para poder deliberar adecuadamente en las reuniones, pues un número excesivo dificulta mucho el diálogo y la participación de todos. Un número adecuado puede oscilar entre 15 y 20 miembros, menos puede resultar insuficiente en algunos momentos en que la asistencia no sea plena y más puede hacer que las reuniones sean multitudinarias.

Procedimiento de toma de decisiones y actitud de aplicación.

Es muy importante que cada comité decida qué procedimiento de toma de decisiones va a utilizar y que se habitúen a su manejo y dominio. Hay muchos y muy diferentes procedimientos o protocolos para tomar decisiones en bioética⁵. Deberemos conocer, dominar y seguir, siempre, al menos un procedimiento, el que se quiera y acuerde entre todos los miembros del comité, pero lo que no se debe hacer es convertir la toma de decisiones en una deliberación sin rumbo, en una superposición de monólogos, o en la expresión de meras opiniones sin fundamento alguno. No es este el lugar adecuado para describir ningún procedimiento de toma de decisiones en particular, para lo cual remitimos a la bibliografía citada al respecto.

Además de utilizar un procedimiento de toma de decisiones hemos de acompañarlo de una adecuada actitud en su aplicación, esto es imprescindible. La actitud de los individuos a la hora de enfrentarse a los problemas morales es una cuestión esencial. Creo que hay de entrada dos actitudes bien distintas que podemos observar no sólo ante los problemas morales, sino también ante cualquier otro tipo de problemas, por ejemplo ante la investigación científica, ante la realización de una tesis doctoral, etc.

⁴ Reich WT., *Introduction, Encyclopedia of Bioethics*, t.1, xxi.

⁵ Gracia D., **Procedimientos de decisión en ética clínica**, Madrid, Eudema, 1991; Drane J.F., *Métodos de ética clínica*, en Couceiro A. **Bioética para clínicos**, Madrid, Triacastela, 1999, 187-199; Jonsen AR., Siegler M. y Winslade WJ., **Clinical ethics**, 3ª ed., New York, McGraw-Hill, 1992; Ferrer JJ. y Álvarez JC., **Para fundamentar la bioética**, Bilbao/Madrid, Desclée de Brouwer/Universidad Pontificia Comillas, 2003, 486-506.

Hay individuos que se sitúan ante el problema con una actitud de búsqueda, de investigación, sin importarles la conclusión a la que puedan llegar. Su preocupación se centra en las razones, los argumentos, etc., su mirada siempre es hacia delante, sin tener una solución a priori. Cuando llegan a una conclusión no la toman por definitiva, sino que están dispuestos a modificarla siempre que les den mejores razones y argumentos, teniendo una actitud abierta dispuesta siempre a la evolución, al cambio, basado en datos, argumentos y razones. Y sin miedo a desdecirse de lo dicho, a cambiar de opinión, si las nuevas razones son mejores que las defendidas con anterioridad.

Por el contrario hay otros sujetos que ante un problema, sobre todo si es moral, se adhieren a una solución inmediatamente, toman partido por una postura, y buscan hacia atrás las razones que avalen esa solución, esa postura. Lo que les importa es dar razones para una solución en concreto. Una vez abrazada una postura no están dispuestos a modificarla por muchas buenas razones que les den. Alcanzada la verdad moral sería absurdo, para ellos, cambiar. Primero tienen la solución al problema, conocen la verdad, y luego buscan las razones.

Creo que ante cualquier problema y sobre todo ante los problemas morales, debemos adoptar la primera postura. Una postura de búsqueda, de investigación, sin posturas prefijadas, abiertos a los mejores argumentos y dispuesto a cambiar la solución, sin miedo a desdecirse. La segunda postura suele ser fruto de la inseguridad, de la escasez de conocimientos y del miedo a razonar por uno mismo, defendiendo soluciones diseñadas desde otras instancias.

Esto sería una actitud general ante los problemas pero ahora vamos a referirnos a la actitud a la hora de aplicar el procedimiento de toma de decisión. D. Gracia⁶ señala acertadamente que muchos buenos procedimientos no funcionan en determinadas manos, que los aplican de forma mecánica y sin tener en cuenta la riqueza y los matices de la realidad y en cambio otros procedimientos, incluso más deficientes, sí funcionan en las manos adecuadas⁷. Por lo cual parece que el que un procedimiento funcione o no, depende, no del procedimiento mismo sino de la actitud o mentalidad del que lo utiliza, lo que él denomina *marco de referencia*.

Hay dos formas de abordar los problemas morales una que denomina dilemática y otra problemática. La actitud dilemática se plantea los conflictos morales al modo de la teoría de la elección racional, es decir, hemos de buscar la solución más racional (más probable y preferible) y partimos de la premisa de que una y sólo una solución de las posibles es verdadera, y nuestra tarea consiste en desvelar la verdadera frente a la que es falsa. Es la misma postura que adoptamos ante los problemas matemáticos, la solución verdadera es única y si la encontramos es que necesariamente las demás son falsas. No puede haber varias soluciones correctas a la vez. En esta actitud los problemas morales se suelen plantear en forma de dilemas morales; hay dos posibles soluciones, sí o no, blanco o negro, y sólo una de ellas es la verdadera.

⁶ Gracia D. *La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica*, en: Sarabia J. y De los Reyes M. (edit.), **Comités de ética asistencial**, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000, 21-41.

⁷ *Ibidem*, 21.

Así pues en este tipo de mentalidad la importancia técnica del método o procedimiento es muy grande, el llegar a la solución correcta depende de la técnica que se use. Si el procedimiento es técnicamente bueno llegaremos a la verdadera respuesta con suma facilidad. La cuestión ética se reduce así a cuestión técnica.

Para D. Gracia *la racionalidad moral no es dilemática. Las soluciones dilemáticas no son sólo poco realistas sino por lo general inmorales.*⁸ *La razón humana es problemática y deliberativa.*⁹

Este tipo de mentalidad dilemática se da tanto entre los utilitaristas como entre los deontologistas fuertes. Ambos presuponen que los juicios morales se pueden resolver con certeza, con exactitud, que sólo una respuesta es correcta y que la verdad moral es universal.

La actitud problemática es muy distinta, cuando nos planteamos un conflicto moral no lo vemos en forma de dilema. Los problemas morales son eso, problemas y no dilemas. Los problemas morales pueden tener muchas soluciones y varias de ellas pueden ser correctas a la vez. La corrección de una no implica necesariamente la incorrección de todas las demás. Por supuesto habrá algunos cursos de acción claramente incorrectos pero puede haber varios correctos al mismo tiempo. Lo importante no es la solución a la que lleguemos, sino el proceso, el camino por el que hemos llegado a esa solución. Esto es lo verdaderamente importante, la búsqueda de una solución propia, razonada, pero admitiendo que otros pueden dar otra solución diferente al mismo problema y no por ello ser incorrecta. Para Gracia *la bioética ha estado más influenciada durante toda su corta historia por la idea de erradicar los dilemas y tomar decisiones acerca de situaciones conflictivas, que por la de deliberar sobre los problemas.*¹⁰

La actitud dilemática utiliza una aproximación decisionista, su metodología se basa en la teoría de la elección racional. En cambio la actitud problemática es deliberativa y su método de resolver los problemas es la deliberación. Es muy importante una u otra actitud o marco de referencia a la hora de aplicar el procedimiento. La deliberación es un método aplicable a diferentes procedimientos de decisión. Tanto la actitud problemática como la deliberación como método de resolución de problemas morales son aplicables a diferentes procedimientos. Un buen procedimiento junto con una actitud de aplicación problemática que se ponen en práctica mediante la deliberación colectiva y multidisciplinar son los requisitos más importantes a la hora de enfrentarnos a los problemas morales de gran dificultad.

En la deliberación lo fundamental no es el cálculo, la cuantificación de las probabilidades y de las preferencias como en la teoría de la elección racional, sino la argumentación, lo razonable. Esta argumentación siempre permanece abierta a nuevas razones, nunca está definitivamente concluida, dispuesta a ser modificada en virtud de los mejores argumentos.

⁸ *Ibíd.*, 26.

⁹ *Ibíd.*, 35.

¹⁰ *Ibíd.*, 32.

La deliberación es, antes de nada, la fe en la inconmensurabilidad de la realidad, y por tanto en la necesidad de incluir todas las distintas aproximaciones y perspectivas, a fin de enriquecer el debate y la comprensión de las cosas y de los hechos. En otras palabras, la deliberación es la capacidad de relativizar la propia perspectiva acerca de los fenómenos, teniendo en cuenta la perspectiva de los demás, discutiendo racionalmente sus puntos de vista y modificando progresivamente la propia visión del proceso. La deliberación es un modo de conocimiento, porque durante la misma todos los implicados se hallan en un continuo proceso, pacífico y no coactivo, de evaluación y cambio de sus propios puntos de vista¹¹.

En este párrafo de su artículo D. Gracia define la deliberación y condensa los aspectos más importantes de su propuesta actual. Se ha de llamar la atención sobre la frase “*la fe en la inconmensurabilidad de la realidad*”; es muy importante darse cuenta de que este es un presupuesto del que hay que partir para aceptar este tipo de visión y metodología. Los individuos que no lo aceptan y creen que la realidad es cognoscible completamente mediante la razón y que la verdad es una y alcanzable, no aceptarán nunca la actitud problemática y la deliberación como método de resolución de los problemas.

Además de aceptar presupuestos gnoseológicos tan importantes como el citado, la deliberación precisa de *ciertos conocimientos, ciertas habilidades y sobre todo de algunos rasgos de carácter*¹². Esto es de suma importancia, hay individuos con serias dificultades para deliberar, sobre todo acerca de cuestiones morales, porque les remueven y hacen temblar los cimientos más íntimos de sus convicciones; no son conscientes de sus propios presupuestos y no son capaces de criticarlos y admitir sus limitaciones y cuando esto se les muestra crea un desasosiego tal que impide el diálogo pacífico y la argumentación.

La deliberación precisa de unas condiciones fundamentales sin las cuales difícilmente se puede desarrollar: *ausencia de restricciones externas, buena voluntad, capacidad de dar razones, respeto por los demás cuando se está en desacuerdo, querer llegar al entendimiento, cooperación y colaboración*.¹³ Es evidente la dificultad para que se den todas estas condiciones, tanto las que son estructurales, las colectivas como las individuales. Los conocimientos, las habilidades, los rasgos de carácter, la madurez de los individuos, la profundización necesaria en cuestiones morales, etc., es muy difícil que se den conjuntamente para poder realizar una verdadera deliberación. En la mayoría de los casos nos tendremos que conformar al menos con la buena voluntad de los participantes para poder deliberar, aunque no sea en las condiciones óptimas.

Es importante señalar que diálogo y deliberación son dos cosas muy distintas y no deben confundirse. En la mayoría de las ocasiones cuando hablamos con otras personas, transmitimos información, dialogamos, opinamos, pero no deliberamos. La deliberación requiere unas condiciones imprescindibles, que si no se dan no hay deliberación. En toda deliberación tiene que haber diálogo, pero en la mayoría de las

¹¹ *Ibíd*em, 37-38.

¹² *Ibíd*em, 38.

¹³ *Ibíd*em, 41.

ocasiones hay diálogo sin deliberación. Hay cierta tendencia, actualmente, a creer que todo es deliberación y no es así.

Es muy importante a la hora de plantearnos las decisiones morales la utilización de un procedimiento adecuado, que conozcamos bien, que estemos acostumbrados a utilizar (la experiencia en su uso es un factor relevante) y que lo articulemos con una actitud de aplicación problemática, utilizando el método deliberativo en cada uno de sus pasos. Articular ambos elementos es imprescindible. Sin procedimiento deliberaremos sin rumbo, la deliberación probablemente sea estéril; sin la actitud adecuada haremos una aplicación rígida, mecánica y poco fructífera de un buen procedimiento.

El procedimiento nos ayudará a no pasar por alto ningún aspecto fundamental, a tener una sistemática en el abordaje de los problemas, tendremos unos instrumentos de gran utilidad cuando la dificultad en el discernimiento es grande. La mentalidad problemática será la predisposición necesaria, el medio adecuado en el que se tiene que utilizar el instrumento.

¿Siempre deberemos aplicar el procedimiento? Esta es una pregunta que frecuentemente plantean aquellos que se acercan por vez primera a estas cuestiones. En esto ocurre como en los problemas de decisiones clínicas. Cuando un caso es fácil, cada clínico lo resolvemos a solas sin aplicar el protocolo exhaustivamente; pero cuando nos encontramos ante un paciente que no sabemos resolver, un caso difícil, lo que hacemos es llevarlo a la sesión clínica del servicio y aplicar el protocolo en toda su extensión para así asegurarnos por un lado que no se nos olvida nada y contemplamos todas las posibilidades y por otro obtenemos la opinión de los demás compañeros que pensando conjuntamente y deliberando nos ayudarán a enfocar y resolver el problema. Con los problemas morales es igual; los casos muy fáciles los resuelve cada uno individualmente, pero cuando el problema es muy complejo busca ayuda en el Comité de Ética Asistencial. Los Comités deben aplicar siempre el procedimiento, porque los casos que le llegan no son fáciles, esos se resuelven antes de llegar al Comité.

El procedimiento requiere un aprendizaje, el desarrollo de unas habilidades, que se consiguen aplicándolo muchas veces. Al no iniciado le cuesta mucho tiempo y esfuerzo, por ejemplo, la identificación de los problemas éticos o el diseño de los posibles cursos de acción; cuantos más casos se analizan y más se aplica el procedimiento, más fácil resulta. Con la deliberación pasa algo similar, el mismo proceso de deliberar enseña a deliberar, pero aparte de adquirir las habilidades necesarias requiere en muchas ocasiones de un cambio en las actitudes, esto precisa más tiempo y es más difícil. Cambiar la mentalidad, la actitud, de las personas es muy complicado, pero necesario y posible.

Siempre que nos enfrentemos a un problema moral complejo debemos aplicar el procedimiento paso a paso, sin mezclar los diferentes apartados y dentro del marco de una actitud problemática, utilizando la deliberación como método para resolver cada uno de los pasos por el que nos lleva de la mano el procedimiento.

Análisis de casos.

Antes de comenzar la resolución de un problema en el seno del comité hemos de plantearnos, siempre, una serie de preguntas previas:

- ¿Qué nos preguntan?
- ¿Por qué nos lo preguntan?
- ¿Para qué nos lo preguntan?
- ¿Es competencia del Comité?

El análisis y la contestación, siempre, de estos cuatro interrogantes previamente a comenzar la metodología de la decisión es imprescindible y evita incurrir en graves errores.

En primer lugar, debemos siempre tener claro cuál es la pregunta concreta que se nos hace. No se deben aceptar casos para su valoración de una forma genérica. Por tanto hemos de solicitar, al demandante de ayuda al Comité, que especifique el problema concreto que le preocupa. No se debe perder de vista nunca la pregunta que se nos hace y frecuentemente después de varias horas de deliberación, habrá que volver a releer la pregunta para no desviarnos en su resolución.

La segunda y tercera preguntas están íntimamente relacionadas. En muchas ocasiones no conocemos la causa por la que ha llegado el caso al Comité. Sabemos la pregunta que se nos hace pero no el conflicto de valores que subyace, ya que este no se encuentra en ningún informe, ni en la historia clínica. Si investigamos y llegamos a conocer el porqué se nos pregunta lo que se nos pregunta, tendremos bastante probabilidades de responder la siguiente cuestión: para qué, o lo que es lo mismo, qué intención tiene el solicitante y cómo pretende usar el informe del Comité.

Existe una tendencia a la instrumentalización del Comité y de sus informes. En muchas ocasiones eso es inevitable, pero por lo menos es bueno conocer de antemano qué se pretende con el informe y para qué va a ser utilizado, aunque no podamos eludirlo.

Y llegamos a la cuarta y crucial pregunta: ¿es competencia del Comité lo que se solicita? La respuesta depende a su vez de tres cuestiones:

- Lo que preguntan
- Quién lo pregunta
- Cuándo lo pregunta

Si el caso es o no competencia del CEA no depende únicamente de lo que se nos pregunta, que es donde se suele centrar la respuesta, sino también de quién pregunta y cuándo se realiza la pregunta.

Primero deberemos analizar si lo que se pregunta es o no competencia de un CEA, es decir, si la decisión a tomar tiene implicados problemas morales o si estos son de otro tipo y su análisis no corresponde al Comité.

Pero aunque la cuestión sea un problema moral eso, por sí solo no quiere decir que el CEA tenga que entregar el informe con su recomendación, pues otro factor de importancia crucial es quién solicita el informe. En ocasiones el solicitante

pregunta sobre las acciones de otras personas, sin estar él implicado en la decisión a tomar. En mi opinión únicamente se debe emitir el informe cuando el que pregunta es uno de los implicados en la decisión y no un mero espectador externo. Si informamos a cualquiera que pregunta sobre las acciones morales de otras personas nos estaremos convirtiendo en jueces de las conductas de terceros. La cuestión no es únicamente si la pregunta contiene problemas morales, sino también si el que pregunta tiene derecho a recibir la respuesta. El Comité no puede nunca convertirse en juez de las conductas de las personas, por muy interesado, preocupado y de buena fe que pregunte el solicitante, si él no es uno de los involucrados en la decisión. Una misma pregunta deberá ser o no informada según quién realiza la consulta.

Otra cuestión importante, a mi entender, es el cuándo se pregunta. Los CEA tienen como función **asesorar en la toma de decisiones que tengan conflictos éticos**, lo cual implica que la pregunta tiene necesariamente que ser realizada antes de tomar la decisión. Si se pregunta por hechos acaecidos en el pasado, es decir, sobre lo que ya no cabe decisión alguna, sobre los que ya no puede modificar su curso de acción, la función de asesoramiento no cabe. Cuando uno pide consejo o ayuda, siempre es necesariamente antes de tomar la decisión o realizar la acción, pero no después. Si se pregunta después, desde luego no es para pedir asesoramiento en la resolución del problema.

Estamos acostumbrados a analizar casos ocurridos en el pasado en el entrenamiento académico, durante los cursos de formación, etc.; pero, no olvidemos, eso es sólo para aprender, para adquirir las habilidades necesarias. Lo cual no quiere decir que ese tipo de casos, ya finalizados y donde no se puede modificar lo ocurrido, sean aceptables para el análisis del Comité.

Todos estos factores deberán tenerse en cuenta a la hora de decidir si el caso planteado es competencia del Comité y se debe analizar o, por el contrario, la pregunta no es competencia del CEA o el que pregunta no es la persona adecuada para obtener una respuesta o bien, si ya no hay ninguna decisión que tomar porque el caso está concluido.

La resolución de las preguntas planteadas forma parte de la deliberación necesaria del caso y se debe realizar al comienzo de cualquier análisis. La contestación, sobre todo de la cuarta pregunta, requiere en muchas ocasiones una deliberación extensa y tiene que ser resuelta por el mismo Comité, no dándola por contestada implícitamente.

Problemas frecuentes en el CEA:

1. Transferencia de responsabilidades:

Una de las tentaciones más frecuentes que suelen tener los solicitantes es la de pretender transferir su responsabilidad al CEA. Siempre se debe informar, claramente, a cualquiera, que voluntariamente pregunte, que la responsabilidad de la decisión es exclusivamente de quien tiene que tomarla. El informe del Comité no exonera de ningún tipo de responsabilidad y ésta no puede ser transferida.

El intento de transferir la responsabilidad al Comité tiene como ejemplo, más característico, en este momento, la exigencia de un Informe en los casos de trasplante con donante vivo.

2. Juicio moral de terceras personas:

Otro de los problemas que tiene que evitar denodadamente el CEA es caer en la trampa de emitir informes que, en lugar de aconsejar en la toma de decisiones, emitan juicios sobre las actuaciones de las personas. Ya hemos comentado más arriba que una forma de evitarlo es preguntarnos previamente si quien solicita el informe es uno de los concernidos por la decisión y si cuando se solicita es precisamente como ayuda ante la elección de múltiples cursos de acción. De cualquier manera, deberemos poner todas las cautelas para asegurarnos que nuestro informe no emite juicios morales sobre terceras personas. No podemos convertir al CEA en un tribunal de enjuiciamiento moral.

3. Informes en casos *sub judice*:

Un problema muy interesante, aunque afortunadamente poco frecuente, es la solicitud de informes de casos que están *sub judice*, bien sea por una de las partes (médico, paciente o familia), bien por el juez. Este problema fue debatido en el I Congreso Nacional de la ABFyC en Junio de 1996 en Madrid, y se llegó a algunas conclusiones muy razonables, que luego se han olvidado.

Cuando un caso está *sub judice*, evidentemente es que ya se han tomado todas las decisiones clínicas de ese caso. Cualquier informe, en ese momento, no serviría para *asesorar en la toma de decisiones sanitarias*, sino en otro tipo de decisiones que no son competencia alguna del Comité. Si aceptamos convertir al CEA en perito del juez, del fiscal o de la defensa, habremos asestado un golpe mortal de necesidad a los Comités de Ética. Si hoy se lo damos al juez, ¿por qué mañana no se lo vamos a dar a la defensa o al fiscal? Es un terrible error.

Los problemas morales son de tal índole, que el que recomendemos una solución consensuada y razonada por el Comité no implica que sea la única correcta, ya que puede haber varias soluciones correctas al mismo tiempo. Lo importante no es la decisión, la respuesta, sino el proceso que se sigue hasta llegar a ella, es decir las razones que demos para justificar el curso de acción elegido. Esto puede ser difícil de comprender para las personas no habituadas a las cuestiones éticas y en las que predomina fundamentalmente la actitud dilemática¹⁴.

Cuando nos solicitan un informe sobre un caso pasado, lo que se nos pide es que decidamos, que juzguemos, desde el punto de vista moral, si el curso de acción que eligió la persona que tomó la decisión fue el correcto o no. Ese es el planteamiento que se hace. Esto es un cúmulo de errores. Por un lado se nos pide que juzguemos la actuación pasada de alguien, por otro se nos plantea la pregunta sobre si lo hecho es o no correcto moralmente. Ninguna de las dos son funciones del CEA.

¹⁴ Gracia, D., *La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica*. En: Sarabia, J. y De los Reyes, M.; **Comités de Ética Asistencial**. Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. 2000, pp 21-41.

Un Comité de Ética que afronte los debates con una actitud problemática, no debe emitir opiniones sobre si la acción ha sido correcta o no. Lo importante, desde el punto de vista moral, son las razones para haber elegido ese curso de acción y el proceso de deliberación para llegar a esa solución. Criticar y juzgar la solución final, la actuación, decidida por la persona que ha sido encausada, me parece que no procede y menos desde un Comité de Ética Asistencial.

4. Formularios de consentimiento informado:

Otra de las tareas que se le suele solicitar al CEA es la validación de los formularios de consentimiento informado. Generalmente esto se vincula a la firma del contrato programa de la Institución para el año siguiente.

En mi opinión eso no es función del Comité. El CEA no tiene que validar o desechar los formularios de consentimiento elaborados por los servicios clínicos que los van a utilizar. Lo más que debe hacer es orientar a los servicios, que voluntariamente se lo soliciten, sobre la elaboración de dichos formularios. Y si una vez redactado, aquellos que lo han diseñado quieren voluntariamente solicitar la opinión del CEA, este se la dará y ellos harán o no las modificaciones que el Comité le sugiera, según lo estimen oportuno.

Creo que ninguna de las partes debe estar obligada. Ni a los servicios se les debe obligar a pedir ayuda al Comité si ellos no lo estiman necesario. Ni deben ser obligados a modificar los formularios elaborados por ellos, en función de lo informado por el CEA. Ni este debe estar obligado a “validar” decenas o cientos de formularios, siempre con fecha tope para poder firmar el citado contrato programa.

El Comité debe ayudar a quien voluntariamente se lo pide. Si la petición no es voluntaria, si el Comité se siente obligado y además su opinión es para validar o invalidar algo, es decir es vinculante, evidentemente no es función de este tipo de comités.

Obligaciones morales de los miembros del CEA:

Hemos de distinguir claramente entre las funciones del CEA y las obligaciones morales de cada uno de sus miembros.

Que el Comité no tenga funciones ejecutivas y que no tengamos que emitir informes en ciertas situaciones, como ya hemos explicado, no quiere decir que ante el conocimiento de ciertas inmoralidades, por ejemplo, ante el conocimiento de la coacción de alguien para que done un órgano, no tengamos la obligación de actuar. Pero no en nombre del Comité, sino a título personal hasta donde nuestras posibilidades y exigencia moral nos lo permitan.

Los miembros del Comité somos sujetos morales y como tales tenemos obligaciones morales, independientes de las funciones o actuaciones del CEA. No podemos esconder nuestras obligaciones personales detrás de las limitaciones que tiene el Comité al no poder tomar decisiones vinculantes ni poder realizar funciones ejecutivas.

El Comité tiene sus limitaciones y buenas son, intentar que no las tenga, llevará necesariamente a la destrucción de los Comités. Pero los miembros de los Comités tenemos unas obligaciones morales y legales, ante el conocimiento de determinados hechos, que debemos cumplir.

La vía para mejorar muchas deficiencias en las instituciones sanitarias no es la imposición de lo que se considera correcto moralmente por los Comités o la denuncia de lo que se considera incorrecto. La vía mejor es, en muchas situaciones, que las personas respetadas y respetables que pertenecen al CEA, asuman sus obligaciones morales como personas e intenten mediante el dialogo, el razonamiento, la deliberación, convencer a quienes corresponde de la necesidad de modificar determinadas actitudes, planteamientos o actuaciones. La imposición, a cualquier precio, no es la mejor vía para solucionar los problemas.

Después de esta exposición ha quedado claro el modelo de Comité de Ética Asistencial que proponemos. Un modelo donde el Comité es una instancia de deliberación, de debate racional, plural y crítico de los problemas morales, de asesoramiento, de ayuda para quien la solicita. Pero que no se debe dejar llevar por la tentación de tener funciones que le den capacidad de decidir, capacidad para ejecutar acciones, capacidad para establecer lo correcto o lo incorrecto moralmente en su Institución; todo ello dará poder al Comité, dará importancia a sus miembros, pero llevará a su disolución en un plazo más o menos corto.

BIBLIOGRAFÍA

Abel F., *Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento*. Labor Hospitalaria, 1993; 229: 136-146. Reproducido también en: Couceiro A., **Bioética para clínicos**, Madrid, Triacastela, 1999, 241-267.

Álvarez JC., *Comités de ética asistencial: Reflexión sobre sus funciones y funcionamiento*, en: Ferrer JJ. y Martínez JL., **Bioética: un diálogo plural**, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2002, 367-384.

Álvarez JC., *Comités de ética asistencial: problemas prácticos*, en: Martínez JL. (Ed.), **Comités de bioética**, Bilbao/Madrid, Desclée De Brouwer/Universidad Pontificia Comillas, 2003, 71-90.

Cortina A., *Comités de ética*, en: Guariglia O. (Ed.), **Cuestiones morales**, Madrid, Trotta, 1996, 291-306.

Feito L., *Comités de ética*, en: García Férrez J. y Alarcos FJ., **10 palabras clave en humanizar la salud**, Estella, Editorial Verbo Divino, 189-228.

Ferrer JJ., *El porqué y el qué de los comités de ética*, en: Santos y Vargas L., Ferrer JJ. y Daminani BM. (Eds.), **Humanities and the Health Sciences**, Potomac, Maryland, Scripta Humanistica, 2001, 117-132.

Gracia D., *La ética de los comités de ética*, en: **Ética y Vida (t.2) Bioética clínica**, Santa Fe de Bogotá, El Búho, 1998, 123-129.

Martínez JL. (Ed.), **Comités de bioética**, Bilbao/Madrid, Desclée De Brouwer/Universidad Pontificia Comillas, 2003.

Sánchez González M., *Los comités de bioética y los derechos de los enfermos*, en: **Actas del III Congreso de Servicios de Atención al Usuario de la Sanidad**, Málaga, 1990, 35-47.

Sarabia J. y De los Reyes M. (edit.), **Comités de ética asistencial**, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000.

VV AA. *Comités de bioética*, **Labor hospitalaria** (Número monográfico); 1993; 229: 134-220.