LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

María Inés Gómez

Los comités de ética asistencial (CEA) surgen en la segunda mitad del siglo XX en respuesta a los grandes cambios en la atención en salud, al desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, a la complejidad creciente de las decisiones clínicas y terapéuticas, a la mayor participación de los pacientes y a la búsqueda de formas de aplicar principios éticos en esas situaciones.[1] Los comités se han desarrollado en un contexto de grandes cambios en la relación médico-paciente y de reconocimiento progresivo de los derechos de los pacientes.

De acuerdo con Diego Gracia, una de las características más importantes de un CEA es ser un órgano de deliberación[2] y que su objetivo es ser una instancia de ayuda en la toma de decisiones correctas sobre cuestiones complejas, con la intención de lograr un equilibrio entre los aspectos científico-técnicos, los valores del paciente y los principios éticos.

En la actualidad en Chile existen comités de ética asistencial en la gran mayoría de los hospitales y clínicas, con una importante expansión en los últimos años. También se han incorporado regulaciones y exigencias derivadas de los procesos de acreditación de calidad en salud[3] y de la reciente promulgación de la ley de derechos y deberes de los pacientes,[4] que obliga a las instituciones de

[1] Juan Pablo Beca, Miguel Kottow, "Orientaciones para comités de ética hospitalaria", Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 1996.

[2] Diego Gracia, "Teoría y práctica de los comités de ética", en Julio L. Martínez y Jorge José Ferrer (eds.), *Comités de ética. Dilemas de la medicina actual*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2003.

[3] Superintendencia de Salud. "Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada".

salud a tener acceso a un CEA, con el consiguiente riesgo de crear comités solo como respuesta formal a la exigencia de la autoridad, por lo que nos parece indispensable debatir sobre su importancia y el rol que deben cumplir.

Desarrollo histórico

Para comprender el rol de los CEA es necesario referirse brevemente a algunos hitos históricos en relación con su creación y desarrollo. Se originan en Estados Unidos y generalmente se considera que el primer comité fue el establecido en los años sesenta en Seattle para seleccionar pacientes que se iban a someter a la nueva técnica de hemodiálisis creada por el doctor Belding Scribner. Dicho comité, que contó con la participación de un grupo multidisciplinar con médicos expertos, legos y representantes de la comunidad, estuvo sometido a muchas presiones y críticas, aunque luego su labor fue reconocida como pionera.[5]

Un impulso fundamental para la creación de comités en muchos hospitales en Estados Unidos fue la sentencia del Tribunal de New Jersey en el caso de Karen Anne Quinlan en 1976. Esta paciente estaba en coma profundo sin posibilidad de recuperación, por lo cual los padres solicitaron la desconexión de la ventilación mecánica. Ante la negativa del equipo médico recurrieron a los tribunales. La sentencia, que se refiere al problema que implica judicializar conflictos derivados de las decisiones clínicas, plantea lo siguiente: "Si, además de existir acuerdo entre el tutor legal y la familia de Karen, los médicos responsables del caso llegan a la conclusión de que no hay ninguna posibilidad razonable de que esta salga del estado de coma y recupere sus capacidades cognitivas, así como de que los aparatos de soporte vital a los que se halla conectada podrían serle retirados, entonces debe consultarse al

Comité de Ética o cuerpo similar de la institución en que Karen esté hospitalizada".[6] El tribunal planteó que el comité debía estudiar los valores morales en conflicto, pero ello no es posible si no se conocen bien los hechos.

Posteriormente, a raíz de casos emblemáticos en el ámbito pediátrico, se crearon los Infant Care Review Committees, que contribuyeron a definir las funciones, composición y el carácter asesor de los comités.[7] En 1983, la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research estableció la necesidad de tener comités de ética hospitalarios, momento a partir del cual se crearon muchos comités con el objetivo principal de proteger la autonomía de los pacientes.

En 1992, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) incorporó en los estándares de acreditación de calidad de hospitales la necesidad de contar con un mecanismo de resolución de conflictos éticos, no necesariamente un CEA. Este requisito contribuyó en forma importante a la expansión del número de comités en Estados Unidos y en muchos países, ya que exige demostrar que la organización dispone de algún mecanismo para la consideración de las cuestiones éticas que surgen durante el cuidado de los pacientes. El modo en que está planteado permite saber si el comité existe y si funciona, pero no cómo lleva a cabo sus funciones.

En Europa, el desarrollo de los CEA se inicia en 1976 en España. El doctor Francesc Abel creó el primer comité en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, "para analizar los hechos clínicos a la luz de los valores éticos con la finalidad de aunar rigor científico y deliberación ética en situaciones de incertidumbre o de conflicto de valores". Abel define a los CEA como "estructuras de diálogo y decisión en bioética cuya responsabilidad consiste en intentar resolver y clarificar los distintos conflictos de valores que se presentan en la práctica clínica".[8]

[6] Azucena Couceiro, "Los comités de ética asistencial, origen, composición y método de trabajo", en Azucena Couceiro (ed.), *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999, pp. 269-281.

[7] American Academy of Pediatrics, "Committees on Bioethics, Institutional Ethics Committees

En la década de 1990 los CEA se difunden y se avanza en la definición de sus funciones, composición, métodos de análisis y regulaciones administrativas y legales. Posteriormente se crean comités en otros países de Europa, cada uno de los cuales adopta modelos y regulaciones acordes a los sistemas de salud imperantes en cada uno de ellos.[9]

En América Latina, el primer comité hospitalario de ética se conformó en Argentina en 1984, y en 1989 la Fundación Mainetti organizó el Primer Curso de Comités Hospitalarios de Ética en La Plata, Argentina. Luego, el desarrollo de los CEA fue variando dependiendo del país.[10]

A partir de 2005 la Unesco comenzó a impulsar fuertemente la formación de comités y la capacitación de los profesionales de la salud en este ámbito.

Características y funciones de los comités de ética asistencial

Los CEA se definen como comisiones multidisciplinarias consultivas y deliberativas, al servicio de los profesionales y usuarios del sistema de salud, creadas para analizar y asesorar en la resolución de conflictos éticos que puedan surgir en la labor asistencial y que

[8] Francesc Abel, "Comités de ética asistencial", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Supl. 3), 2006, pp. 75-83.

[9] Norbert Steinkamp, Bert Gordijn, Ana Borovecki, Eugenijus Gefenas, Jozef Glasa, Marc Guerrier et al, "Regulation of healthcare ethics committees in Europe", *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 10, 2007, pp. 461-475; Anne Slowther, "Embedding clinical ethics in a health care system: The experience of the UK clinical ethics network", *Bioethics Forum*, 1(1), 2008; Vic Larcher, "The development and function of Clinical Ethics Committees (CECs) in the United Kingdom", *Diametros*, 22, 2009, pp. 46-63.

[10] Andrea Águila, Karin Lagos, "Actualización de registros de comités de ética y regulaciones en países de Latinoamérica y el Caribe", *Acta Bioethica*, 3, 2009, pp. 403-411; Andrés Peralta, "Perspectivas en Latinoamérica de los Comités de Ética Asistencial", en Francisco Javier León

tienen como objetivo final mejorar la dimensión ética de la práctica clínica y la calidad de la asistencia sanitaria.

Para cumplir este rol los CEA deben tener una determinada composición, organización y capacitar a sus miembros. Los CEA son órganos independientes al interior de las instituciones de salud, su composición debe ser plural y multidisciplinaria, y deben incorporar un miembro externo a la institución (miembro de la comunidad). El interés por participar y la capacidad de diálogo de los integrantes son requisitos fundamentales, además de la competencia profesional y la capacitación.

Existe consenso en que los CEA cumplen tres funciones básicas:

- Consultiva: es la base de las tareas del CEA. Refiere al análisis de casos en que existen conflictos éticos y de valores, a la solicitud de los médicos, profesionales o de los propios pacientes o sus familias.
- Educativa: consiste en la capacitación de los propios comités, de los equipos de salud, de la comunidad hospitalaria y de la comunidad usuaria. Algunos autores plantean que debería ser la principal función y preocupación de un comité.[11]
- Normativa o de generación de políticas institucionales: implica el desarrollo de pautas y guías de actuación frente a situaciones de conflicto ético-clínico repetidos. También puede tratarse de propuestas de mejoría a la calidad de la atención y de modificaciones de formas de trabajo al interior de la institución.

También se han planteado como funciones de los comités la protección de los derechos de los pacientes y la colaboración con la gestión institucional, aunque no son aceptadas por todos.[12]

Como se ha mencionado, la función más conocida es el análisis de casos, pero no es la única ni tampoco es necesariamente la más

[11] Mark Siegler, *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas, 2011.

importante, ya que eso depende de cada institución. Para cumplir esta función un aspecto fundamental es que el análisis de casos se efectúe siguiendo un método riguroso y objetivo, fundamentando éticamente sus acuerdos y recomendaciones.

Los comités se caracterizan por ser órganos de deliberación, asesoramiento y consulta, con autonomía en sus actuaciones, cuya autoridad es únicamente moral, ya que sus pronunciamientos no tienen fuerza obligatoria, es decir, no son vinculantes.

En general los comités utilizan el método de la deliberación. La deliberación moral parte siempre de la existencia de un problema concreto, que se analiza con el fin de ayudar a tomar decisiones prudentes. "Solamente el que delibera obra con prudencia y obra de manera plenamente moral".[13] "El Comité delibera sobre el modo de resolver los problemas, analizando racionalmente los medios y los fines morales, e intentando respetar los valores de todos los implicados".[14] Luego del análisis entrega una recomendación o sugerencia por escrito, respondiendo a las preguntas del médico tratante.

Los comités, para que realmente aporten a la comunidad hospitalaria o de su centro de salud, requieren consolidarse como grupo y ser reconocidos por la institución y por sus pares. La institución que alberga el Comité debe proporcionar facilidades y recursos materiales para su funcionamiento; su trabajo debe ser ordenado y sistemático, contar con reglamentación interna y sistema de capacitación.

Por otro lado existe consenso respecto a lo que no son funciones de los CEA: no deben analizar problemas relacionados con mala práctica profesional, tampoco problemas gremiales o conflictos interpersonales, no constituyen amparo jurídico de los profesionales, ni deben emitir juicios éticos sobre la conducta de éstos. Finalmente nunca deben sustituir la toma de decisiones del tratante.

[14] Fernando Javier León, Jorge Araya, Mónica Nieto, "Propuesta Comités de Bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile". *Revista de Medicina y Humanidades*, 2(1), 2010.

Situación en Chile

En nuestro país los CEA nacen en la década de 1990 con la Norma Técnica N° 2 de 1994, que aprueba las normas generales sobre los comités de ética en los servicios de salud y hospitales. Inicialmente también revisaban proyectos de investigación, pero a partir de 2001 se crearon los comités ético-científicos o de investigación.

La Ley 20.120 de 2006 establece la obligatoriedad de contar con comités ético-científicos y la Ley 20.584 de 2012, que regula los deberes y derechos de las personas en relación con su atención de salud, establece que pueden constituirse comités de ética asistencial en los establecimientos de salud tanto públicos como privados, que es obligatorio para los de atención cerrada y que aquellos que no cuenten con un comité deberán adscribirse al de otro establecimiento.

El sistema de acreditación de prestadores institucionales vigente en el país también exige a los prestadores de atención cerrada el acceso a un CEA, lo que ha contribuido en forma importante al interés de la instituciones de salud por formar estas estructuras, aunque también representa el riesgo de que se formalicen solo para cumplir la regulación y no cumplan con los objetivos para los que fueron creados.

Situación actual

Existen comités de ética asistencial en la gran mayoría de los hospitales y clínicas tanto en el ámbito público como privado, y en el último tiempo se está impulsando también su creación en establecimientos de atención primaria.[15] No se dispone de un catastro actualizado de los comités en Chile, pero se sabe que existe una gran variedad en lo que respecta a su composición, número de

[15] Jorge José Ferrer, "Historia y fundamento de los comités de ética clínica", en Julio L. Martínez y Jorge José Ferrer (eds.), *Comités de ética. Dilemas de la medicina actual.* Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2003.

integrantes, reconocimiento institucional, niveles de capacitación, periodicidad de funcionamiento y otros aspectos.

El reglamento de la ley (Decreto 62/2012) define los CEA de la siguiente forma: "Los comités son órganos colegiados de deliberación de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud, para contribuir a mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en relación con ella".[16] Establece también lo que hemos planteado respecto de la autonomía e independencia para desarrollar sus funciones, y la disponibilidad de los recursos humanos y materiales necesarios. Define que su composición debe ser multidisciplinaria, con un mínimo de siete miembros y un máximo de nueve, que debe contar con un mínimo de tres profesionales de la salud (al menos un médico), un licenciado en derecho y un miembro de la comunidad.

Esta reglamentación asigna las siguientes funciones específicas a los CEA:

- Asesorar a los usuarios o prestadores en la toma de decisiones relativas a los conflictos ético-clínicos que se susciten en la atención en salud
- Contribuir a la protección de los derechos de los usuarios
- Velar por el respeto a la dignidad, autonomía e intimidad de las personas
- Elaborar y aprobar reglamento interno
- Proponer a la institución protocolos y orientaciones de actuación frente a conflictos ético-clínicos frecuentes
- Contribuir a la formación en bioética de los profesionales, miembros del comité y directivos, y a la difusión a usuarios
- Elaborar una memoria anual de actividades

[16] Subsecretaría de Redes Asistenciales, Decreto N° 62, Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de Comités de Ética Asistencial. Chile, 2012.

Es importante hacer notar que estas funciones son consistentes con las recomendaciones y planteamientos de la mayoría de los autores, y que se les asigna también la función de contribuir a proteger los derechos de los usuarios.

El reglamento establece también algunas prohibiciones al CEA, tales como proponer sanciones y adoptar decisiones de carácter resolutivo, actuar como tribunal de ética sobre la conducta de los profesionales, reemplazar la decisión clínica del profesional tratante, y sustituir las funciones y competencias de los comités ético-científicos.

Un aspecto muy relevante que se debe debatir, analizar y evaluar es el referente a aquellos casos en que los artículos 17 y 18 de la ley[17] obligan a solicitar un pronunciamiento del CEA, aunque este tendrá carácter de recomendación y la decisión corresponde al profesional tratante. También explicita que sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal derivada del pronunciamiento. Estos casos se detallan a continuación:

- Duda del tratante acerca de la capacidad de autonomía personal en casos de riesgo de muerte o daño grave
- Decisión autónoma de la persona o representante legal en casos de riesgo de morir o graves daños "que serían evitables prudencialmente" siguiendo los tratamientos indicados
- Aplicación de alta forzosa por negativa o interrupción de tratamiento prescrito
- Aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles en personas con discapacidad psíquica o intelectual

De acuerdo con este planteamiento, la presencia de CEA en las instituciones de salud será cada vez más necesaria.

[17] Ministerio de Salud, Ley 20.584, Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Chile, 2012.

Comentarios finales

No cabe duda de que los CEA están llamados a cumplir un importante papel en lo que respecta al apoyo a la toma de decisiones en situaciones ético-clínicas complejas, frente a consultas tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes o sus familias. Asimismo, cumplen un rol muy relevante en la capacitación de la comunidad hospitalaria y los usuarios en temas de bioética y en colaborar con las políticas institucionales dando respuesta a la función normativa.

Para cumplir con estos objetivos es necesario reflexionar, debatir y hacer propuestas sobre una serie de desafíos relacionados con aspectos de la organización, del funcionamiento y del reconocimiento de los CEA, tales como:

- La actualización del catastro, los objetivos y las funciones
- La necesidad de formar redes de comités
- La disponibilidad de recursos y de tiempo de sus integrantes
- La capacitación de los miembros del comité y de la comunidad hospitalaria o del centro de salud (relevancia de la función educativa)
- El reconocimiento institucional y de los pares
- La apertura hacia la comunidad
- La evaluación de su funcionamiento
- Los desafíos derivados de las nuevas regulaciones que obligan a los profesionales a consultar en determinadas situaciones

Un comité estará cumpliendo su rol solo si los médicos, los profesionales de la salud y los pacientes lo consultan y confían en sus recomendaciones. Por lo tanto, es muy importante preocuparnos de apuntalar su desarrollo y capacitación para que efectivamente constituyan un apoyo en la toma de decisiones y colaboren con la protección del respeto a la dignidad y los derechos de los pacientes.