

COMITÉS ASISTENCIALES ÉTICOS. UNA INFORMACIÓN PARA EL FISIOTERAPEUTA

GLORIA MARÍA TOMÁS Y GARRIDO
Profesora de Bioética de la UCAM

Correspondencia: gtomas@pdi.vcam.edu

RESUMEN

El CEA es un comité consultivo e interdisciplinar establecido para analizar y aconsejar sobre la resolución de posibles conflictos éticos que tienen lugar durante la práctica clínica en instituciones de salud (públicas) como resultado del trabajo social. Su objetivo último es mejorar la calidad de dicho cuidado médico, y su autoridad es sólo moral, dada su naturaleza consultiva. Debe disfrutar de absoluta autonomía en todos sus procedimientos, sin depender de ningún órgano o comité institucional. Los fisioterapeutas pueden jugar un importante papel en este comité.

Palabras clave: Comité asistencial Fisioterapia, Biotética.

ABSTRACT

The CEA is a consultative and interdisciplinary Committee, set up to analyse and advise about the resolutions of the possible ethical conflicts which occur during clinical practice at (Public) Health Institutions as a result of the welfare work. Its ultimate aim is to improve the quality of such medical care, and its authority is only moral, since it has an advice nature. It must enjoy absolute autonomy in all its proceedings, without depending on any Organ or Institutional Committee. Physiotherapists can play an important role in this Committee.

Key word: Committee.

1. UNAS PREMISAS

Asistimos a grandes diferencias en la utilización de los avances tecnológicos y científicos. En estos últimos años tenemos abundancia de datos sobre temas tan interesantes y controvertidos como la calidad de vida, el derecho a una muerte digna, la objeción de conciencia, la autonomía del paciente, etc. Se observa también que el progreso científico lleva en paralelo, y frecuentemente, grandes problemas humanos, contradicciones y, en algunos casos, abusos y resquebrajamiento notable en la estructura de valores en ámbitos colectivos¹.

Una de las causas de estos dilemas se debe a que el lenguaje de nuestra cultura occidental, y el modo de proceder que se ha creado en la órbita de la ciencia, resultan con frecuencia reductivos para transmitir realidades esenciales como son el valor y la dignidad de la vida humana², y mucho más para el valor de la vida enferma. Se tiene como prisma de aprendizaje solamente al cientifismo, que engendra una especie de conocimiento objetivo puro que todo lo juzga, todo lo

critica y no está comprometido con nada, sin más referencias que las leyes universales; de este modo, se corrompe lo que tiene de peculiar el conocimiento humano, que no es juzgar sólo desde un valor global e impersonal, sino desde ese prisma, y más particularmente, lo concreto de cada persona.

Evitar el reduccionismo científico es afirmar que el aumento de conocimiento ni es sólo lineal ni sólo científico. Es apostar por aprovechar la experiencia de los plurales acontecimientos que nos pasan cotidianamente para no dejar que se nos escapen aspectos de la realidad multiforme que puedan ser significativos en la vida personal y profesional.

Para el auténtico progreso hay que volver a descubrir, gozosamente, que el hombre alberga una capacidad superior al bien sensible y al bien racional que debe ser educada; es la adquisición de valores y de virtudes; hay que determinar "los paisajes" antropológicos y éticos que iluminan toda profesión para que desde esa referencia se formulen y desplieguen aquellos principios prácticos supremos que generan la competencia profesional, que es mucho más amplia que la sola ciencia, aunque parta de ella. Desde esta perspectiva, los avances científicos se justifican sobre la base del servicio que aportan al hombre concreto y, en consecuencia, a la humanidad.

1 CAVALLÉ, C. *Istmo*, n.239, XI-XII-98, págs. 8 ss.

2 NAVARRO VALLS, J. Director de la Sala de Prensa de la Santa Sede. Conferencia en Murcia, 2000.

2. EVOLUCIÓN EN EL MODELO ASISTENCIAL

La evolución social y científica, tal como someramente lo hemos reflejado, ha incidido en la evolución del modelo asistencial. De una parte, se observa que ha ido desapareciendo la rígida jerarquización sanitaria hasta constituirse en una relación interprofesional de equipos asistenciales integrados por todos aquellos que tienen una actuación que incide de forma más o menos directa en el enfermo. En nuestro país, este modelo se está desarrollando sobre todo en las Unidades de Cuidados Paliativos.

La incidencia de profesionales distintos sobre el enfermo es cada vez mayor por haberse promocionado de forma espectacular las especializaciones dentro de la sanidad. Por este acúmulo de profesionales, por la superespecialización –con todo lo que supone de cientifismo, que hemos citado al comienzo del trabajo– y por la judicialización de la medicina, la figura de los sanitarios ocupan lugares distintos a los de comienzo del siglo anterior, y no siempre es fácil ni asequible lograr que sea realmente eficaz la actuación del profesional sobre el enfermo, y que cada uno de los profesionales que actúan ocupe el lugar que le corresponde.

Hemos pasado de la relación médico-enfermera a encontrar dentro del equipo a auxiliares de clínica, psicólogos, terapeutas de distinta índole, trabajadores sociales, técnicos de radiología, laboratorio, de enfermería, coordinadores de voluntariado social, voluntarios, agentes de pastoral, etc., aparte de los alumnos diversos que pululan por los hospitales.

Estos cambios en el modo de proceder a nivel de la ciencia y a nivel de la sanidad hacen también que se vayan desarrollando cada vez más los derechos y deberes de los pacientes y la sustitución de la dependencia paternalista por el respeto a la autonomía.

Una consecuencia de esta evolución es que han comenzado a proliferar de modo llamativo en nuestro país, desde 1993, los Comités Éticos Asistenciales, también llamados Comités de Ética Asistencial, aun a costa de no saber ni qué era la Bioética, ni sus competencias, ni considerar si era o no necesaria su creación en determinados centros. Lo importante era tenerlos. Los hospitales con más de 500 camas son a los que mayoritariamente se debe el incremento de CEAS.

3. QUÉ SON COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL³

Los CEA son una Comisión consultiva e interdisciplinar, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen durante la práctica clínica en las instituciones sanitarias, a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo

objetivo final es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria. Su autoridad es solamente moral, pues tienen un carácter de asesoramiento y consulta y han de gozar de autonomía absoluta en todas sus actuaciones, no dependiendo funcionalmente de ningún órgano o Comisión Institucional.

Los miembros que lo componen han de serlo por decisión voluntaria. Y se aconseja que sean personas abiertas al diálogo, prudentes, competentes profesionalmente y con capacidad para trabajar en el grupo como iguales.

Los CEA son el equivalente a los "Institutional Ethics Committees" de los Estados Unidos. Sus precursores han sido los Comités de Investigación Clínica, que sustituyen a los conocidos desde 1978 como Comités de Ensayos Clínicos y tienen su equivalente en Estados Unidos en los denominados "Institutional Review Boards". Están muy implantados en los hospitales que realizan investigación y surgieron con la finalidad de evaluar la calidad de los ensayos clínicos y proteger a los sujetos que participen en los mismos.

En realidad se crearon para potenciar el respeto a la autonomía del paciente, para favorecer la información y el consentimiento que se ha de dar y obtener, respectivamente, antes de cualquier intervención y para ayudar a los profesionales en la elaboración de protocolos de actuación en situaciones urgentes, conflictivas o de difícil pronóstico que les protejan ante posibles demandas judiciales.

Es en 1978 cuando ve la luz en Estados Unidos el documento que podemos considerar crucial para el desarrollo bien controlado, tanto desde el punto de vista técnico como ético, de la investigación biomédica. Se trata del Informe Belmont, elaborado por la Comisión Nacional para la protección de personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta. Este informe constituye también una base fundamental para enjuiciar los aspectos éticos de la práctica clínica.

En Europa no se implantan hasta 1989, cuando se publican las "Normas de buena práctica clínica para ensayos clínicos con medicamentos en la Comunidad Europea". Constan de cinco capítulos y un anexo. El primer capítulo es el dedicado a establecer la protección de los sujetos del ensayo, el papel de los comités éticos y el consentimiento informado.

Como funciones propias se cita la "Tríada fundamental".

- a) Función educativa o docente: globalmente se propone organizar un plan de formación, motivar y facilitar al personal poderlo cumplir, bien por la formación que recibe a nivel interno, dirigida por miembros del Comité; bien por recibir esa formación con profesionales de otros estamentos, y también porque el Comité pueden impartir cursos, o difundir sus resoluciones fuera del ámbito hospitalario.

³ Resumen del capítulo de SIMO MARTINEZ, R. A. "El centro de trabajo y su dimensión ética. Los comités éticos multidisciplinarios" (pág. 111-123) en *Manual de Bioética* (coord. Gloria Tomás), Ariel 2001.

- b) Función de asesoramiento o consultiva: en realidad es la más específica en la creación del Comité. Y consiste en el estudio, resolución y asesoramiento en decisiones clínicas y sanitarias a los profesionales de la salud, así como a los enfermos y familiares.
- c) Función normativa o de protocolizar. A través de ella se trata de formular orientaciones y pautas éticas institucionales en problemas que se presentan con mayor frecuencia. Considerando siempre que las soluciones han de apuntarse de forma amplia para que permita que la toma de decisión última por parte del responsable adecuado, que, habitualmente, será el médico.

Estas funciones básicas han ido desplegándose en la actualidad en muchos otros campos, como promover políticas y procedimientos éticos que maximicen el bien de los pacientes, así como velar para que la pluralidad de los miembros que constituyen un hospital tengan una función representativa. El papel del Comité es siempre asesor, por lo que deben ser excluyentes en un Comité las funciones siguientes:

- El amparo jurídico directo del personal del hospital. El comité, de hecho, protege indirectamente a los profesionales sanitarios desde el momento en que son menos probables los pleitos sobre casos que han estado precedidos por las deliberaciones del CEA. A su vez, los jueces suelen tomar en consideración las recomendaciones previas de un comité correctamente constituido;
- Una función sancionadora, emitiendo juicios sobre la ética profesional del personal sanitario o las conductas de los pacientes y usuarios, porque son funciones que corresponden a otras instancias;
- La toma de decisiones, usurpando el puesto a quien le corresponda, ya sea el enfermo, el tutor, el médico... Del mismo modo que tampoco puede tomar decisiones vinculantes.

4. REGULACIÓN DE LOS CEA EN ESPAÑA

No se ha promulgado norma estatal respecto a los Comités de Ética Asistencial y su desarrollo, no es por tanto el mismo en las distintas Comunidades Autónomas. En el año 1974, junto con la inauguración del Departamento de Obstetricia y Ginecología en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, se constituyó el Comité de Orientación Familiar y Terapéutica, origen del Comité de Ética actual; este hospital es el pionero en la formación de un Comité de Ética Asistencial en España.

En la década de los años ochenta se acusa, como ya se ha señalado, una carencia de formación en bioética en los profesionales sanitarios, lo que hace difícil plantearse y acometer la tarea de constitución de los Comités; además, las propias administraciones sanita-

rias carecen de propuestas concretas en el campo de la ética asistencial. No cabe duda de que en este tiempo existen ámbitos de reflexión ética sanitaria y orientaciones, incluso normativas, que pueden seguirse, pero son normas intraprofesionales, elaboradas por los propios colectivos: se trata de los Códigos Deontológicos propuestos en general por los Consejos Generales de los Colegios Profesionales (Médicos y Enfermeros a los que se une recientemente, y casi en el anonimato, el de Farmacéuticos).

Se van formando grupos de trabajo y estudio en hospitales y universidades; comienzan a ofertarse cursos de formación para titulados superiores y diplomados, multidisciplinares, que van a facilitar los análisis y las discusiones en grupo.

La normativa sobre los comités asistenciales es dispersa, cada entidad gestora, transferida o no, puede y de hecho ha elaborado su forma y modo de constituir los comités. La situación en estos momentos es bastante esperanzadora, en muchos hospitales se realizan cursos y se forman grupos de trabajo interesados en constituir en su día el CEA. Pero esta situación no puede hacer obviar otra realidad cual es el poco peso que tienen los CEA en el día a día de la institución⁴.

5. CÓMO SE VALORAN LOS CASOS PRESENTADOS

Muchos expertos señalan que la valoración de los casos presentados por personal sanitario ajeno al CEA o por alguno de sus miembros debe seguir un método procedimental similar al que se sigue en un caso clínico, y que serían los siguientes:

- a) Identificación. Anamnesis. Antecedentes.
- b) Problemas biológicos: enfermedad, síntoma, síndrome.
- c) Problemas humanos: personales, sociales, jurídicos, éticos.
- d) Evolución de los problemas biológicos.
- e) Evolución de los problemas éticos.
- f) Informe final.

6. TEMAS DE PARTICULAR IMPORTANCIA

Cualquier profesional que quiera colaborar en el CEA ha de tener muy presente, y cuidar con especial esmero, los temas que se exponen a continuación.

Confidencialidad

La relación médico-enfermo (y por extensión, profesional sanitario-enfermo) se ha dicho que es el encuentro de una confianza con una conciencia: un hombre pone su vida, su salud, también su reputación,

4 ESPEJO ARIAS, M.D., "Actualidad de los Comités Asistenciales Éticos en España". Bioética y Ciencias de la Salud, Vol.3 N°1

en manos de otro. Surgen confidencias, incluso íntimas y vergonzosas que, de ser divulgadas, arruinarían su buena fama, su crédito social, etc.

El juramento hipocrático incluía este deber de guardar secreto médico: "Guardaré silencio sobre todo lo que, en mi consulta o fuera de ella, vea u oiga, que se refiera a la vida de los hombres y que no deba ser divulgado. Mantendré en secreto todo lo que pueda ser vergonzoso si lo supiera la gente".

La Declaración de Ginebra obliga al médico a prometer por su honor "guardar y respetar, aun después de muerto el paciente, los secretos que me hubiera confiado".

Actualmente con la informatización de los datos, y la existencia de las grandes instituciones, la confidencialidad y el secreto médico debe guardarse más celosamente.

Todo el equipo sanitario es responsable de la totalidad del secreto.

Objeción de conciencia

J. Martínez-Torrón la define como: "La actitud de abstención ante un deber jurídico, impulsada por imperativos morales que tienen para el sujeto el rango de suprema instancia normativa".

Por lo tanto, es un juicio de carácter ético lo que produce la desobediencia a la ley. No puede ni debe confundirse conciencia con subjetividad, tendencia, gusto, hábito o deseo.

Se trata de la resistencia que el individuo ofrece al cumplimiento de una norma cuando entra en conflicto con sus propias convicciones. En la actualidad, como ya hemos explicado, el ejercicio de las profesiones sanitarias se entiende como un servicio a la sociedad, de modo que sus organizaciones públicas, aquellas que tienen capacidad mandataria, actúan ordenando conductas, imponiendo actividades relacionadas con el progreso y la aplicación de las ciencias médicas. Por estas condiciones se presentan situaciones contradictorias (eutanasia, aborto) con el propio fundamento de la profesión. De ahí la necesidad de poder recurrir legal y éticamente a la objeción de conciencia.

Consentimiento informado

Consiste en la explicación a un paciente atento, y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados para, a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometidos a esos tratamientos.

La información al paciente debe ser comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción, el profesional sanitario no debe sacar partido de su potencia psicológica sobre el

paciente. Por lo que debe entenderse como un proceso gradual, donde el documento no es más que el soporte material del proceso que trata de garantizar que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico o el profesional de la salud competente y recibida por el paciente.

Aspectos que exigen una reflexión ética peculiar

- a) de orden estrictamente sanitario:
 - los avances científicos y tecnológicos inciden en el desarrollo de la medicina
 - la aparición de nuevos síndromes
 - la futilidad y/o el encarnizamiento terapéutico
 - la intervención sobre las etapas iniciales y finales de la vida
 - la medicina genómica
- b) de orden socioeconómico:
 - el gasto sanitario y la distribución de los recursos, que siempre son limitados
 - y su contrapartida: la deshumanización de la medicina
 - necesidad de saber armonizar la proporcionalidad de los cuidados y la proporcionalidad económica.

Los CEA no están para judicializar la medicina, ni tampoco para llegar, a través de un consenso, a solucionar superficialmente los temas. Por ello se precisa de mucha formación, rectitud de juicio, experiencia práctica para resolver los asuntos, de modo que el Comité abra horizontes para una solución acorde con la dignidad de las personas y con las posibilidades reales del centro sanitario.

En el dominio de la investigación, el protocolo es la pieza fundamental para poder evaluar un proyecto; siendo necesario que su contenido cumpla correctamente todos los aspectos científicos antes de pasar a considerar los éticos. Es decir, que un protocolo no será evaluado éticamente si no es correcto técnicamente.

En el caso de la asistencia sanitaria la historia clínica es el documento que sirve de base para las valoraciones o controversias éticas que se puedan suscitar. Y también en este caso una historia clínica técnicamente incorrecta no va proporcionar la información necesaria a la hora de emitir una valoración ética.

7. COMPOSICIÓN DEL CAE

Es fundamental que exista variedad de profesionales, y que esta variación corresponda al tipo de especialidades médicas existentes en ese centro asistencial y al número de camas hospitalarias de que disponga. Se supone que el mayor porcentaje ha de ser de médicos, y los demás es variable: enfermeros, farmacéutico, fisioterapeuta., asesor jurídico, asesor bioético, trabajador social. De todos modos, es recomendable que el núme-

ro no sea muy elevado, y también que cuente con el apoyo institucional, pues éste facilitará no sólo su constitución, sino también la continuidad de sus miembros.

8. PROBLEMAS QUE PUEDEN AFECTAR A LA MARCHA DEL CAE

- Suele ser muy común la poca consideración con respecto a la Ética
- Ver también si es necesaria su existencia
- La desmotivación de sus componentes
- Objeciones y recelos por parte del resto de profesionales, quizás por no comprender bien su función.
- El concepto de calidad de vida y su aplicación en la toma de decisiones.
- La obstinación terapéutica
- La aplicación de la analgesia y la sedación
- El acceso a la atención especializada: trasplantes
- La reanimación y el soporte vital
- La objeción de conciencia
- La subordinación relacionada con el disenso ante órdenes médicas, protocolos de actuación (testigos de Jehová), la política asistencial de determinadas instituciones
- La autonomía del enfermo, que en ocasiones se presenta de manera radical. Y relacionado con esa autonomía: el consentimiento informado
- Las demandas judiciales
- El gasto sanitario
- Confidencialidad e informatización de los Hospitales.

9. FORMACIÓN BIOÉTICA PARA PARTICIPAR EN LOS COMITÉS

La formación bioética que reciben los alumnos de Fisioterapia de la Universidad Católica San Antonio de Murcia los hace especialmente idóneos para poder formar parte de los CEA. Todos ellos han asimilado la base bioética que, a continuación, brevemente, se explicita. Ya que hay que adquirir una especie de sabiduría combinatoria en la que se integre la diversidad del saber con la unidad esencial de lo humano. Tomar decisiones es vivir, madurar y, particularmente, elegir y renunciar. Las actuaciones personales en cualquier ámbito, y muy particularmente en el profesional, vienen afectadas por el resultado de estas decisiones.

Para decidir hay que saber sobre qué se decide, hay que conocer; recordemos que la ciencia tiene su origen en el hombre y en los valores que en él prevalecen; de él recibe su incremento, su dirección, su finalidad su significado y, muy particularmente, la conciencia del límite. Todos somos conscientes de la existencia de incertidumbres y del resquebrajamiento notable en la estructura de valores en ámbitos colectivos. Es lógico que el concepto "dilema ético" sea un entresijo universal y pujante de cualquier persona, particularmente en un colectivo del ámbito sanitario.

Está en alza el carácter dialógico, la tolerancia, el respeto a las opiniones; de nada servirían estos aspectos positivos de la comunicación si no se sabe discernir entre opinión, opinión autorizada, verdad y certeza. Con frecuencia la defensa de la opinión defendida como cierta oscurece el razonamiento y pliega las posibilidades de verdad y de trabajo en equipo. Queda flotando en el aire no el sano y conveniente desprendimiento de lo accidental, sino un demoledor relativismo, destructor de compromisos con las personas y con la ciencia.

La riqueza de la argumentación ética supera los planteamientos técnicos, científicos y racionales, aunque en nuestra cultura occidental, con alguna frecuencia, se presente la eficacia técnica como el argumento definitivo; defendemos que lo técnicamente posible no es, por esa sola razón, lo éticamente admitido. Incluso, tenemos la experiencia global y universal de que para expresar nuestras actitudes más profundas, nuestras situaciones anímicas, nos faltan herramientas intelectuales. Se deduce de ello la necesidad, a veces urgente, y siempre serena, de un aprendizaje constante en los contenidos y en los procedimientos. Que éstos mejoren, hasta donde pueda ser, la toma de decisiones en el ámbito sanitario, e incluso en todos los ámbitos. Es importante contar con una metodología, por supuesto flexible, que facilite a cada cual un estilo correcto y honesto –y en ocasiones rápido– en el modo de resolver las incertidumbres y los dilemas que le acontece en su actuación profesional.

Como la ética es siempre un paradigma práctico y personal, hay que contar con una serie de evidencias que impregnan nuestra acción de modo atemático; es la conciencia, lo constitutivo de la persona y que, con la herencia de la tradición, ha ido tomando cuerpo y estableciendo modelos. Cuando surgen situaciones inéditas se plantea buscar nuevas formas del ethos.

La ética no es un proyecto más en la investigación hospitalaria en la universidad, en el centro de investigación –sería instrumentalizar la ética y el hospital y el organismo pertinente–, sino aquello que nos enseña lo que hace falta para paliar la situación conflictiva.

No pueden existir en las instituciones representante de la ética de esa institución, en donde se delegan las responsabilidades. La ética no puede estar representada por una Comisión, sino que la Institución está sostenida por sus Ethos, y cada cual tendría que poder mostrar la verdad común, precisamente porque es verdadera, aunque haya situaciones plurales difíciles, y aunque tantas evidencias éticas puedan ser quebrantadas.

Vivir "en bioético", actuar así, es un reto de confianza en el hombre, en su capacidad para la humildad intelectual y moral, en su capacidad para la tolerancia y la flexibilidad, e incluso para la habilidad negociadora⁵.

5 HERRANZ, G. En *Memorias del Congreso Internacional de Bioética*, U. de La Sabana, (Colombia), 1997.

Bien es cierto que, desgraciadamente, la necesidad de los Comités de Ética Asistencial no se percibe como tal en muchos ambientes sanitarios y equipos clínicos. Sin embargo, según se vayan afianzando en su trabajo, pasarán a ser también una necesidad, puesto que garantizarán las buenas relaciones sanitarias, el trato y respeto adecuado a cada paciente y ayudarán al personal sanitario a tomar las decisiones clínicas conflictivas o difíciles con la máxima prudencia.

No olvidemos que por encima de la diversidad profesional y de investigación está la unidad de lo humano. Por encima de las carencias de cualquier

índole –enfermedad, pobreza, indigencia– está, repetimos, la unidad de lo humano⁶. El estilo interdisciplinar ayuda mucho. Cada una, cada uno, somos engrandecidos cuando tratamos de excedernos a nosotros mismos; aportar el propio criterio, la experiencia, escuchar, rectificar... va enriqueciendo el saber del conjunto: nadie sabe todo; todo lo sabemos entre todos; la pedagogía en la bioética, ciencia de encrucijada de las grandes realidades humanas, como toda pedagogía que se precie de serlo, protege miedos y protege esperanzas, es para el hombre, también para el aún no nacido, para el enfermo y para el sano... para cada hombre concreto, singular, irrepetible.

6 MILLÁN PUELLES, A. *La libre afirmación de nuestro ser*. Rialp, 1994. En el contexto