

# Los Comités de Ética Asistencial

F.Javier Estebaranz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico. Bioeticista (España).

---

En el ámbito sanitario, los Comités de Ética son grupos de reflexión y/o decisión cuyo objetivo principal es abordar los problemas éticos que surjan en este ámbito profesional, ya sea con la intención de ofrecer guías y consejos para la actuación u orientaciones para la toma de decisiones, de establecer pautas de obligado cumplimiento, de supervisar las acciones llevadas a cabo y/o de analizar los conflictos más habituales en dicho campo.

Podemos encontrar tres tipos de Comité Ético en función de la finalidad de su trabajo y de las características del mismo.

1.- Los Comités Éticos Nacionales, Internacionales o Regionales, sean estos o no específicos para una materia, son Comités Consultivos que reúnen bioeticistas y expertos en las materias específicas que se determinen y elaboran informes que habitualmente sirven para asesorar a los gobiernos o a los legisladores y que suelen, incluso, tener una gran influencia en la jurisprudencia. No tienen una conexión cercana con la práctica clínica in situ.

2.- Los Comités Éticos locales de Investigación, vinculados a un Centro o a un Área Sanitaria que se ocupan de aprobar o rechazar los proyectos de

investigación de su ámbito de influencia y cuyas decisiones son siempre vinculantes.

3.- Los Comités locales de Ética asistencial que siguiendo a Lydia Feito, profesora de ética de la Universidad Complutense de Madrid (UCEM) podríamos definir como órganos colegiados de deliberación, de carácter multidisciplinar, para el asesoramiento de pacientes y personas usuarias, profesionales de la sanidad y equipos directivos de los centros e instituciones sanitarias en la prevención o resolución de los conflictos éticos que pudieran generarse en el proceso de atención sanitaria. Sus recomendaciones no son, salvo para excepciones muy concretas, nunca vinculantes

Estos últimos son el objeto de este artículo y no tanto para caracterizarlos y describir sus funciones y procedimientos de trabajo de sobra conocidos y además muy similares en todo el mundo occidental sino para hacer un análisis crítico de su realidad actual en España.

En el proyecto de Investigación "*Estudio Cuantitativo y Cualitativo de los conflictos de valores presentes en la toma de decisiones por facultativos médicos en la práctica clínica hospitalaria, posibles repercusiones en la calidad asistencial percibida, tras una ac-*

*ción de mejora en el abordaje de estas situaciones de conflicto",* llevado a cabo en 2011 y 2012 por **FJ. Estebanz, D. J. Ruiz Resa y M J. Molero** en los hospitales de la ciudad de Málaga se observó que de los conflictos éticos detectados en la práctica clínica diaria por los facultativos médicos tan solo un 0,14% eran objeto de consulta al comité Ético del Centro), lo que suponía entre una y dos consultas anuales. Curiosamente este mismo estudio muestra que el numero de atenciones hospitalarias que conllevaban un conflicto ético se situaba en torno al 7 % según los facultativos médicos y en torno al 30% si la fuente era otra, enfermeras gestoras de casos, asistentes sociales, análisis de reclamaciones o asociaciones de pacientes por ejemplo.

Solicitado recientemente el dato por el autor de este artículo a un total de 45 comités ético-asistenciales de España (prácticamente la mitad de los existentes, excluidas las Comunidades de Cataluña y Galicia), se ha obtenido que la media de consultas que estos Comités han recibido anualmente (años 2010 y 2011) es de 1, solo algún Comité había recibido más de tres y varios no han recibido ninguna en al menos uno de los años analizados.

Estos datos que refieren una baja consulta a estos Comités, no serían signo de problema alguno si los conflictos de valores que se plantean a diario en la practica asistencial fueran bien detectados y resueltos en otro ámbito, en el del Facultativo, por ejemplo, o en el del Servicio o Unidad Asistencial. Este supuesto nos llevaría en todo caso a replantear la necesidad de los comités o tal vez mejor a modificar sus funciones. El problema es por un lado, como ya apuntábamos antes, que no siempre se de-

tectan , ya a veces si pero no en el momento idóneo para su abordaje, como demuestra el hecho de que no pocos de ellos acaban en una reclamación escrita ante el Centro y por otro que, como los propios facultativos reconocen, no siempre se resuelven bien (figura 1).

Porque entonces no se consulta a estos Comités. Porque su influencia parece estar poco presente en la práctica del día a día y en los conflictos éticos de esa práctica y sobre todo porque se sigue sin abordar de una forma integral y planificada este tipo de problemas?.

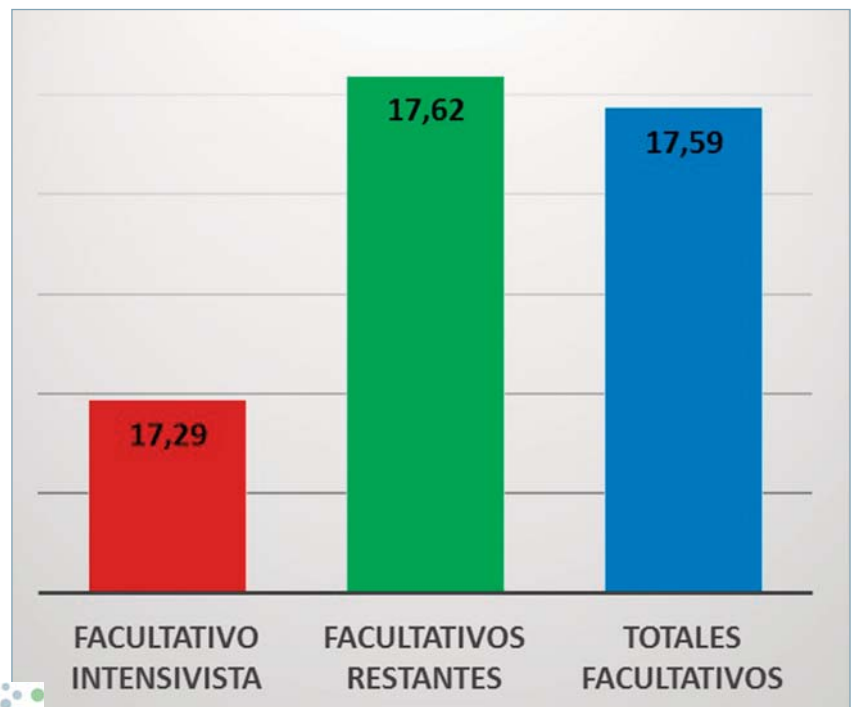


Figura 1. Porcentaje promedio de de casos en los que, se resuelva o no el conflicto, se lesionan valores comprometidos en el problema ético, en cada estrato.

Existen experiencias fácilmente cotejables como la del Hospital de Reus en Cataluña donde su Comité Ético tiene una larga trayectoria de trabajo en el desarrollo de estrategias para sensibilizar a sus profesionales sanitarios e ir creando una cultura bioética en la práctica asistencial del Hospital, estrategia que además de incluir una actividad formativa, ha supuesto , entre otras cosas, la puesta en marcha de Consultas de

Bioética abiertas a pacientes y a profesionales. No es el único Centro en España que ha puesto en marcha toda una estrategia planificada de Bioética dentro del Centro, aunque si uno de los primeros en hacerlo. En Andalucía la propia Administración Sanitaria Regional ha desarrollado una Estrategia de Bioética como parte de su tercer Plan de Calidad, estrategia que ha incluido una remodelación de los Comités Éticos Locales y una formación tutelada de los mismos y que además ha normalizado la consulta al Comité Ético Autonómico para la elaboración de las normas, como ha ocurrido con la Ley 2/2010, conocida como Ley de Muerte Digna. El Hospital Clínico de Málaga dentro de la dinámica de un proyecto de Investigación específico de Bioética ha realizado una intervención durante dos años que ha implicado a casi el 50% de sus facultativos médicos y a la práctica totalidad de los mandos intermedios de enfermería. Sin duda existen multitud de experiencias locales además de estas tres referidas que reflejarían la inquietud de profesionales concretos o de grupos y asociaciones profesionales, de equipos directivos o incluso de administraciones.

Quizás no se ha medido suficientemente el impacto de estas estrategias y de estos movimientos a favor de una cultura de bioética, pero las pocas medidas que existen, entre las que modestamente se puede incluir el proyecto de investigación antes referido, muestran una muy escasa penetración de lo que podríamos llamar una cultura de bioética entre los profesionales sanitarios, con la excepción, tal vez, de las Unidades de Intensivos, excepción, no obstante que en mi experiencia me parece parcial e incompleta.

En general se sigue sin explorar el ámbito de los valores del paciente cuando se inicia una relación asistencial y esto tiene una especial trascendencia cuando esta relación asistencial es debida a un proceso complejo o que coloca al paciente en una especial situación

de vulnerabilidad y si bien es cierto que para la toma de decisiones importantes y ante situaciones de incapacidad del paciente se consulta el Registro de Voluntades Anticipadas, lo cierto es que solo un pequeño porcentaje de pacientes las ha realizado, y no habría que esperar a esos momentos para conocer la esfera de los valores de la persona enferma.

Cuando una persona enferma, enferma un ser humano y no solo su colon o sus pulmones, una exploración que no incluya la esfera humana del paciente, sus valores, su actitud y sus preferencias, sobre todo cuando no se trata de pequeños problemas puntuales, sino de procesos graves, complejos y/o sensibles, es una exploración incompleta y ello supone una importantísima traba para la calidad y excelencia del proceso asistencial y sin duda dificulta enormemente la resolución satisfactoria de cualquier conflicto ético que pueda producirse en la posterior toma de decisiones clínicas. Pues bien esta sencilla idea de explorar los valores y actitudes de un paciente, algo que sería clave en una cultura de bioética, aunque no la única, pues a ella habría que añadir, entre otras, la escrupulosa salvaguarda de la confidencialidad, de la intimidad, el inviolable respeto a la titularidad de la información clínica o las garantías de un acceso igualitario. Esta sencilla idea, como decía, está muy lejos de tener una amplia implantación.

En el hospital en cuyo Comité Ético llevo más de 9 años se ha venido desarrollando una estrategia en la que además de difundir la existencia, funciones y disponibilidad del Comité Ético, se ha venido participando puntual y periódicamente en las sesiones clínicas de Servicios Asistenciales. Se ha puesto en marcha un curso anual para médicos y enfermeros sobre bioética y se viene organizando una conferencia o sesión clínica hospitalaria anual a la que se invita a un experto bioeticista externo de reconocida trayec-

toria y ello además de haber puesto en marcha un proyecto de investigación sobre bioética en el que se han implicado bastantes profesionales del Centro. Sin embargo mi impresión, avalada con ciertos datos obtenidos en un intento de medir el impacto de esta estrategia es que el avance es pequeño, existe, pero no es aun suficientemente significativo y la influencia del Comité Ético Asistencial es escasa.

En este contexto y con tal panorama, cual sería, pues la respuesta a la pregunta que formulo a final de la segunda página de este artículo.

Lo cierto es que la Bioética es una disciplina muy joven, desde que Van R. Potter la sugiriera en 1971, apenas han pasado 40 años y tiene aun mucho camino por recorrer y muchas cosas que hacer para consolidarse y para implicarse de forma efectiva en la práctica clínica diaria. Seguramente hay que seguir con el despliegue de estrategias como las que describo en este artículo y desarrollar otras nuevas, pero existe un elemento que aun no se ha desplegado de forma significativa ,al menos en España y que es crucial si queremos que el panorama descrito cambie.

Me refiero a la formación específica en Ética Clínica y en Ética de la Investigación en el grado y postgrado de las profesiones sanitarias y en la inclusión de un modulo práctico específico en los programas de formación postgrado de sanitarios.

Sería deseable que los médicos internos y residentes de al menos ciertas especialidades como cuidados intensivos, anestesia, medicina interna, medicina familiar y comunitaria, geriatría, oncología, neurología, neurocirugía, cardiología, neumología, pediatría, cirugía general, cirugía cardiaca , cirugía vascular, obstetricia y ginecología y C.O.T tuvieran al menos 6 meses de participación en el Comité Ético del Hospital donde se están formando y que todas las Facultades de Medicina, Farmacia, Psicología, Trabajo Social y Escuelas de

Enfermería, Fisioterapia tuvieran en el programa de grado una asignatura de Ética y/o Bioética, como también sería necesario que todo programa, curso de doctorado, asignatura o materia que forme en metodología de la investigación tenga un modulo extenso de formación en ética.

Esta es, en mi opinión la clave, que no sin las otras estrategias comentadas, nos llevara poco a poco a un cambio sustancial en la relación clínica en el sentido que la bioética nos apunta.

## Bibliografía

1. Bioéthic A bridge to the futur Van Rensselaer Potter. Engle Wood Cliff P. HALL-PUB 1971.
2. Bioética, Estado de la Cuestión, Lydia Feito, Diego Gracia, Jesús Conil, Miguel Sánchez y otros, Ed. Triacastella, Madrid 2011.
3. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Andaluz. Monografía Editada por la Junta de Andalucía. Pablo Simon Lorda. Rafael Carretero Guerra y otros. Sevilla 2011.
4. Decreto 439/2010 de 14 de Diciembre de la Junta de Andalucía por el que se regulan los Organos de Ética Asistencial y de Investigación Biomédica en Andalucía. Sevilla B.O.J.A. 251 de 27 de Diciembre.
5. Curso de Metodología práctica Magister de Bioética. Lydia Feito, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2008.
6. Clinical Ethics Consultation and Ethics Integration in an Urban Public Hospital, Mark P. Aulisio, Jessica Moore, May Blanchard, Marcia Bailey and Dawn Smith. Cambridge Quaterly of Health Care Ethics CQ, 2009,18(4) 371-383



RevistaeSalud.com es una publicación electrónica que intenta promover el uso de TICs (Tecnologías de la Información y las Comunicaciones) con el propósito de mejorar o mantener la salud de las personas, sin importar quiénes sean o dónde estén.

Edita: FESALUD – Fundación para la eSalud  
Correo-e: [cperez@fesalud.org](mailto:cperez@fesalud.org)  
ISSN 1698-7969



Los textos publicados en esta revista, a menos que se indique lo contrario, están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 2.5 de Creative Commons. Pueden copiarse, distribuirse y comunicarse públicamente, siempre que se citen el autor y la revista digital donde se publican, RevistaeSalud.com. No se permite su uso comercial ni la generación de obras derivadas. Puede consultarse la licencia completa en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/deed.es>