

# Editorial

## Comités de bioética hospitalarios

**E**n la actualidad, en función de las exigencias sociales, culturales y legales en el campo de la medicina asistencial, existen diferentes instancias o Comités de Ética actuando en el ámbito de las instituciones de salud. Las primeras en surgir fueron las Comisiones de Ética Médica. En seguida las Comisiones de Ética para la Investigación en Salud, recién, derivadas de las Comisiones Nacionales de Bioética, los Comités Institucionales (hospitalarios) de Bioética.

Por tradición y necesidad actual –regidas por normas voluntarias aceptadas y hasta por medidas legales-, todas las instituciones de salud debieron constituir sus Comités de Ética y Deontología Médica, instancias que tienen como objetivo *velar por el cumplimiento de los deberes y derechos inherentes al ejercicio profesional de los médicos con respecto a los derechos de los pacientes*. En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, la Comisión Nacional de Bioética ha procurado la consolidación actuante de estos Comités. Sus miembros deben ser seleccionados (elección restringida) entre los miembros del cuerpo médico clínico y de investigación, de enfermería, un abogado y un sacerdote o ministro religioso. De esta forma, el Comité de Ética Médica se ha integrado a los nuevos críticos de la bioética.

Además de médicos de la propia institución, debe preverse la integración de otras personas de renombre vinculadas indirectamente en la asunción de funciones complementarias, de asesoría en proyectos nuevos de investigación o apoyar en cuestiones legales sobre la atención a pacientes, comprometidos por sistemas de seguros, entre otros.

A los Comités de Investigación, previstos con las normas de investigación en salud, contenidas en la Ley General de Salud, para la adecuación bioética de pro-

yectos que involucren seres humanos, se suma la autoridad y conocimientos bioéticos del Comité, que también debe revisar los proyectos de investigación con animales de experimentación.

Los Comités de Bioética revisan y opinan sobre cuestiones y dilemas morales originados en la práctica clínica y los procedimientos que se realicen en el ámbito de la institución. Entre sus atribuciones puede surgir el deber de discutir las políticas institucionales, prioridad de algunos servicios a la población más vulnerable y en la distribución de recursos.

La primera sugerencia de creación de Comités de Ética en Hospitales, publicada en periódicos científicos, fue hecha por la doctora Karen Teel. La propuesta tenía como objetivo posibilitar mayor diálogo en situaciones clínicas individuales, como una forma de deslindar responsabilidades.

Las funciones del Comité Ético Hospitalario deberá considerar:

- a. Revisar casos problemáticos para confirmar o rectificar diagnósticos o pronósticos controvertidos.
- b. Revisar decisiones unilaterales del médico y/o el responsable legal sin el consentimiento del paciente, así como los aspectos éticos de los tratamientos instituidos.
- c. Intervenir sobre tratamientos de pacientes discapacitados para tomar decisiones.
- d. Promover para todos los miembros de la institución programas educacionales, relacionados a la identificación y solución de cuestiones bioéticas.
- e. Formular normas para ser seguidas por el personal de la institución en casos generales y de excepción guía para una buena práctica médica.

- f. Servir como cuerpo consultivo para los médicos, los pacientes y familiares, facilitando la toma de decisiones bioéticas específicas.

Con base a lo anterior, surge la cuestión del *poder de decisión*; es decir, si es o no determinante; para lo cual, deberá ser necesario considerar lo siguiente:

1. Siendo un Comité de deliberación relativo a cuestiones bioéticas y de responsabilidad médica, debe mantener y respetar su autoridad moral. Al tratar pacientes graves, un médico puede tomar decisiones basándose en hechos médicos, pero sus deberes bioéticos hacen que tome en cuenta siempre la voluntad del paciente y/o de su familia, en caso de que éste sea incapaz de tomar decisiones por sí mismo para cumplir con sus responsabilidades ético-científicas.
2. Dándose el poder decisorio o provisional en Comité, un proceso de toma de decisiones éticas queda diluido en vez de fortalecido, perjudicando –quizá- la búsqueda principal del bien del paciente. Una decisión que es de todos puede ser de ninguno. La decisión –siendo revisada en un Comité- puede agregar nuevos factores, tales como los económicos, que puede generar un incremento en la complejidad de las decisiones desviando la cuestión de su objetivo central.
3. Los Comités donde predominen criterios médicos avanzados –con poder decisorio o provisional sobre pacientes terminales, por ejemplo-, pueden brindar su facultad ampliada para avalar el uso de alta tecnología en el diagnóstico y terapéutica.

Los Comités de Bioética no son la única instancia del hospital con responsabilidades éticas, ya que los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares, el director del hospital, el consejo directivo y el personal administrativo, no pueden declinar sus responsabilidades hacia los derechos y dignidad mutuas de los pacientes.

Además de los *Comités de Ética Hospitalaria*, se ha sugerido incorporar a profesionistas especializados en bioética para actuar en la clínica con los pacientes y con los equipos humanos de cada departamento. Así, la *Consultoría en Bioética*, estaría integrada por tres o cuatro profesionales de diferentes áreas, con suficiente capacitación en *bioética*, que puedan auxiliar –a sus colegas, pacientes y familiares- en la reflexión de problemas éticos y vigilancia de sus preceptos. O bien, la realización de reuniones clínico-éticas, con la parti-

cipación de todos los segmentos involucrados, con propósitos de instrucción y adiestramiento para la adecuación de la conducta sobre bases bioéticas en el proceso de la toma de decisiones y relación de los médicos entre sí con el consentimiento informado de los pacientes.

Tres décadas después de la Declaración de Nuremberg, que condenó muchos abusos en la experimentación con seres humanos, se creó la Comisión de Calidad Médica de la Asistencia de la Salud en E.U.A, a raíz de la divulgación de las experimentaciones realizadas en Tuskegee, en el Hospital Universitario de Cincinnati. Cuarenta años de evolución del cuadro clínico de pacientes negros, portadores de sifilis, no recibieron tratamiento.

Un segundo estudio patrocinado por el Departamento de Defensa de los E.U.A, sobre efecto de las radiaciones en seres humanos realizadas en pacientes oncológicos, dio como resultado la creación de una nueva Comisión Permanente: la *Comisión Nacional para la Protección de Seres Humanos*, incluyendo aspectos éticos, científicos y asistenciales. En 1978 se creó la Comisión Presidencial para el estudio de los problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica.

El primer Comité de Ética en Hospitales, también producto de la disputa judicial en el caso de Karen Quinlan, que estuvo en estado vegetativo persistente por iatrogenia nunca bien esclarecida. La familia pidió que se retirara el respirador, a pesar de lo cual la paciente siguió viviendo en estado vegetativo 9 años. Por sentencia de la Suprema Corte de New Jersey, el 31 de marzo de 1976 se creó un Comité de Ética en el hospital de Saint Clair. En ese mismo año, en el Massachusetts General Hospital, se creó el Comité de Cuidados Clínicos para revisar 15 casos de pacientes con cáncer. Dicho Comité estaba integrado por un abogado, una enfermera, un intensivista, un oncólogo, un cirujano y un lego.

Entre los parámetros de validación de calidad de los Comités de Bioética, deben considerarse las características de estructura y funcionamiento, así como actividades educativas asistenciales.

En los orígenes de los Comités de Bioética o de Ética Institucional, figura el que surgió en Seattle con motivo de las discusiones y debates relativos a pacientes con insuficiencia renal crónica, "seleccionados para la diálisis". El exceso de pacientes y la limitación de los equipos que recién había inventado W. Kolff y que llamaba la atención de contar con "principios sociales" para determinar la selección de los pacientes: casados, con hijos, empresarios, de buen

salario o activistas comunitarios.

Después el Congreso de los Estados Unidos creó la Comisión de Ciencia de la Salud y Sociedad (1968), casi como consecuencia del primer trasplante de corazón hecho en Sudáfrica con Christian Barnard. Se propuso que las cuestiones éticas deberían ser discutidas por toda la sociedad.

Al crear las primeras Comisiones de Ética médica, no faltaron expresiones como: "*sería un insulto a los médicos y un enorme retroceso opuesto al progreso*".

Después, Henry Beecher -de Harvard- denunció que en muchos artículos científicos publicados se encontraba una falta absoluta de ética, reforzó la propuesta de la creación de la Comisión.

A pesar y a favor de la interdisciplinariedad de la bioética, en los Comités de Bioética, se centra en el respeto a la dignidad y autodeterminación de los enfermos; a la validez del consentimiento informado, sosteniendo la construcción de una bioética auténtica, portadora de las bases esenciales de la vida humana.

La categoría ontológica del hombre supone aceptar que está dotado de atributos exclusivos y diferentes del resto de los seres vivos, lo que obliga a reflexionar sobre el por qué de la bondad y maldad, lo bueno y malo, de la verdad auténtica y de las limitaciones subjetivas para escoger con libertad lo que nos parece éticamente bueno y lo que es comprobable en el proceso dialético de la discusión, la reflexión y el consenso.

Nadie niega que la medicina sea una profesión esencialmente bioética, a pesar de que en ocasiones tenga aspectos negativos en la conducta personal que también ocurre fuera de la misma.

La medicina ética se encuentra en el respeto a los derechos y objetivos del paciente como en los límites técnicos y financieros del tratamiento médico.

Dr. Humberto Mateos Gómez  
Editor