

Funciones de un Comité Hospitalario de Ética

GLADYS ALICIA DE SIMÓN*

Las actividades de un Comité Hospitalario de Ética se realizan habitualmente en tres áreas que implican otros tantos tipos de funciones; ellas son: educativa, normativa y consultiva o de revisión de casos. Estas funciones -que podrían recibir el nombre de tradicionales- se dan sobre todo en los Estados Unidos y países que siguen su modelo bioético y han ido surgiendo de las necesidades que se destacan en ese modelo. Como se trasladan a otros ámbitos, entre los cuales está nuestro país, nos ocuparemos antes que nada de ellas.

Función Educativa

La función educativa, como su nombre lo indica, es la ocupación de un CHE cuando transmite conceptos y experiencias en el intento de formar:

- 1) Sus propios miembros.
- 2) Miembros de la comunidad hospitalaria en la cual el CHE está inserto.
- 3) Miembros de la comunidad en general que son los posibles usuarios del hospital y por lo tanto del CHE.

1) La autoeducación de los miembros del comité es una tarea difícil. La naturaleza misma de los problemas que han hecho que surgieran los CHES son cuestiones básicas para los mismos. Las personas que desean formar parte de un CHE deben estar dispuestas a gastar tiempo y energías en aprender cosas como ética, derecho, historia de la bioética, temas importantes más habituales, toma de decisiones éticas en atención de la salud y funciones y

metas de un comité de ética. Es de suma importancia que los miembros entiendan *qué* hace y *qué* no hace un CHE; esta comprensión no es patrimonio previo de ninguna profesión u ocupación y llegar a alcanzarla incluye un esfuerzo -mínimo y satisfactorio, sin duda, pero esfuerzo al fin- que comprende la lectura y comentario de libros y revistas especializados sobre el tema, con una cierta guía de miembros más experimentados y puede incluir, si es posible hacerlo, la asistencia a un curso de bioética; reuniones con miembros del equipo de profesionales del hospital para asegurarse de que todos los participantes tienen la información básica necesaria y adecuada sobre temas de medicina, enfermería, trabajo social, etc., es decir, que comparten un cuerpo común de información sobre atención de la salud en sus aspectos médicos, legales, éticos, sociales, etc..

2) Para educar a la comunidad hospitalaria un CHE puede intentar hacerlo solo o pedir ayuda a personas con más entrenamiento en el tema. Lo importante es que el comité tenga claro a quién se dirige -al hospital entero, al equipo médico, al equipo administrativo, a enfermeras, a voluntarios, a trabajadores sociales, a pacientes y familiares.- Cada comité deberá decidir en algún momento a cuál de estos (u otros) grupos quiere o necesita alcanzar y desarrollará sus programas de acuerdo con ello. El tiempo, la frecuencia, la continuidad, todo estará afectado por el tipo de audiencia. Los CHES se plantean a menudo cómo atraer a los médicos a los programas educativos. Este es un problema en muchos hospitales. Algunos hacen encuestas sobre los temas que centralizan la atención del equipo médico y enfocan sus esfuerzos educacionales a esas áreas.

3) La comunidad extrahospitalaria se interesa con facilidad en temas de bioética. En general está

 Centro de Investigaciones Bioéticas
 Departamento de Humanidades
 Universidad Nacional del Sur
 Av. Alem 1253 - 8000 Bahía Blanca

interesada por saber cómo controlar las propias decisiones en el cuidado de la salud; quiere aprender a hablar con sus médicos para asegurarse de ser comprendidos y para poder participar en la toma de decisiones. Se puede decir que la comunidad profana necesita la misma educación que la comunidad hospitalaria, pero brindada de manera más sencilla y atractiva.

Función Normativa

Esta función no aparece de inmediato, es el resultado de la maduración del comité como grupo y refleja la verdadera inserción que éste ha logrado en el hospital; dado que se da por supuesto que si un comité comienza a redactar normas es porque ha sido autorizado para hacerlo. La redacción de normas es un proceso lento y trabajoso y puede parecer frustrante a los profesionales acostumbrados a resultados rápidos y concretos. En general una norma consta de cuatro elementos:

A) *Determinación de la norma*: Las normas son oraciones lo más breves posible que resumen el caso general y su posible excepción principal, por ejemplo:

- Los recién nacidos deben recibir tratamiento para salvar su vida a menos que dicho tratamiento sea inútil o pueda prolongar su agonía.
- Se debe respetar la voluntad de los Testigos de Jehová de no recibir transfusiones, siempre que no se trate de menores, mujeres embarazadas o padres, único sostén de familia.

B) *Determinación de principios*: Hay principios y valores relevantes que subyacen a las normas; a veces pueden estar implícitos porque pertenecen a la comunidad en la cual está inserto el hospital, pero generalmente es preferible explicitarlos para que la comunidad hospitalaria y la profana recuerden cuáles son y se debe hacer de manera breve y concisa, por ejemplo:

- Porque la vida es valiosa, los tratamientos para preservarla se harán siempre en caso de duda (santidad de la vida).
- Los pacientes competentes pueden rechazar tratamiento siempre que entiendan las consecuencias de su elección y las posibilidades de todo otro tratamiento alternativo (autonomía).

C) *Lista de definiciones*: Todo término ambiguo debe ser explícitamente definido para que la interpretación de la norma no lleve a resultados no

queridos. Muchas veces hay términos que tienen significado contextual y cada hospital puede definirlos de manera ligeramente diferente; por ejemplo el hospital A puede decidir que *inminente es dentro de una semana*, y el hospital B que es, *mientras esté hospitalizado*, ambas definiciones son aceptables porque son **específicas para ese hospital**, sirven para que la gente de ese hospital interprete la palabra; ejemplos:

- Terminal o enfermedad terminal
- Muerte inminente
- Paciente competente/incompetente
- Tratamiento proporcionado/desproporcionado
- Calidad de vida

D) *Lista de procedimientos*: Los procedimientos son pasos prácticos específicos que deben tomarse para implementar una norma, incluyen contenidos tales como: qué debe escribirse en la historia clínica, a quién debe consultarse en caso de desacuerdos y quién debe ser informado si se dan ciertos hechos.

Función Consultiva

En la actualidad tiende a llamarse a esta función "de revisión de casos". Consiste en revisar y analizar -prospectiva y retrospectivamente- casos clínicos con la finalidad de ofrecer consejo y ayudar a llegar a conclusiones a quienes están directamente involucrados en el caso, sea como pacientes, como familiares o como profesionales de la salud. Salvo raras excepciones los comités no actúan tomando decisiones, sino que ofrecen su capacidad de información y consejo para ayudar a la triada paciente-familia-médico a tomar decisiones más meditadas y fundamentadas.

Funciones no tradicionales de un Comité Hospitalario de Ética

Si bien las funciones hasta ahora mencionadas aparecen como las típicas de un CHE en casi cualquier bibliografía consultada, empiezan a verse testimonios de que no siempre se cumplen tal cual se enuncian y de que a menudo se ven acompañadas de otras tareas. Se ha calculado que clarificar hechos y restablecer comunicaciones entre médicos y pacientes (u otros protagonistas del acto de atención de la salud) ocupa del 80 al 90% del trabajo. Al mismo tiempo se ve que los comités son consultados en cuestiones que no se encuadrarían en las tres tradicionales y así se proponen nuevas funciones

posibles tales como:

- Identificar conflictos de intereses, derechos y deberes y ayudar a su reconciliación.
- Promover la reflexión sobre decisiones en los conflictos planteados por el uso de recursos escasos o limitados.
- Brindar apoyo a las familias, pacientes y equipos de profesionales.
- Moderar y asesorar en caso de que surjan conflictos entre los profesionales, o entre estos y los familiares del paciente.
- Asesorar en caso de investigaciones en que intervengan sujetos humanos.
- Trabajar para la sociedad para determinar la utilidad social de los recursos y propender a una justa distribución.

En nuestro país, donde los Comités Hospitalarios de Ética no tienen aún una larga trayectoria, las funciones difieren de las que se señalan en la bibliografía especializada; en la práctica nuestros comités tienden a incluir funciones que aparecen allí como posibilidades futuras; por ejemplo, la Ley 11.044 de la Provincia de Buenos Aires establece que un comité de ética habrá de emitir dictamen sobre proyectos de investigación que se realicen en hospitales de su jurisdicción y que impliquen experimentación en sujetos humanos. Al mismo tiempo, otras funciones, que son canónicas en otros países, no pueden llevarse a cabo inmediatamente por el tipo de funcionamiento y la idiosincrasia de nuestras instituciones hospitalarias, por ejemplo, la función normativa.

Si bien en este trabajo no aparecen citas textuales, muchas afirmaciones se deben a la lectura de una gran cantidad de bibliografía especializada; se menciona al final la que se considera más importante. Quiero destacar la colaboración de mis colegas del Comité de Ética del Hospital Penna, Silvia Lelli y Rafaela Conte, que me brindaron una gran ayuda.

Bibliografía

- 1.- Wilson Ross, Judith y otros: "Handbook for Hospital Ethics Committees". American Hospital Publishing, Inc., Chicago, Illinois, 1986.
- 2.- Spicker, Stuart: "Editorial: The Principal Functions of HECs". HEC Forum 1 (2), 1989.
- 3.- Iserson, Kenneth y otros: "The Future Functions of Hospital Ethics Committees", HEC Forum 1 (2), 1989.
- 4.- Miles, Steven: "New Business for Ethics Committees", HEC Forum 4 (2), 1992.
- 5.- Rasinski-Gregory, Dorothy: "Ethics of Caring and The Institutional Ethics Committees", HEC Forum 2 (4), 1990.
- 6.- Callahan, Daniel: "Ethics Committees and Social Issues: Potentials and Pitfalls", Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1 (1), 1992.
- 7.- Morton Cohen, Jay Hartz, Robert Schwartz & Robert Shapiro (panelistas): "Everything you always wanted to ask a Lawyer about Ethics Committees", Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1 (1), 1992.
- 8.- Aroskar, Mila Ann: "Health Care Professionals and Ethical Relationships on IECs", Institut. Ethics Comm. and Health Care Decis. Making, 1984.
- 9.- Bayley Sister Corrine: "Ethics Committees: what we have learned", Making Choices, 1986.
- 10.- Mainetti, J. A. y Tealdi, J. C.: "Los Comités Hospitalarios de Ética", Bioética: Temas y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1990.