

COMITES ASISTENCIALES ETICOS EN ESPAÑA

**Istituto di Bioetica Agostino Gemelli
Università Cattolica Sacro Cuore**

**Dirigida por el Dr. Antonio Spagnolo
del Instituto de Bioética Agostino Gemelli
de la Universidad Sacro Cuore.
Presentada por Dña MªDolores Espejo Arias.**

ROMA, Diciembre de 1997

ABREVIATURAS

CAE: Comité Etico Asistencial.

CIC: Comité Investigación Clínica.

EVP: Estado Vegetativo Persistente.

INSALUD: Instituto Nacional de Salud.

I- Introducción

Tanto la Medicina como la Enfermería son ciencias en constante renovación motivado por el avance imparable en la investigación sobre patologías, nuevas terapias, medidas diagnósticas, genoma humano, vacunas, etc., todo ello facilitado por las nuevas adquisiciones tecnológicas(1). Así mismo estas ciencias no dejan de ser por su propia naturaleza un quehacer moral, por ser sujeto y objeto de nuestra profesión la persona humana.

Comentario [S1]: Temes J.L. Manual de Gestión Hospitalaria. Ed. Interamericana. Madrid, 1992.

Desde finales del siglo XIX, los hospitales han sido instituciones caracterizadas por su permeabilidad a los cambios sociales y las innovaciones tecnológicas, ante el impresionante progreso científico y la cada vez mas manifiesta sensibilidad del hombre de hoy sobre aspectos tan importantes como su propia capacidad decisoria y su participación en las decisiones clínicas, ha llevado a que se le planteen nuevos problemas éticos que precisan una profunda reflexión, no sólo por parte de los profesionales de la salud, sino también de toda la sociedad para llegar a las decisiones más adecuadas.

Los Comités Asistenciales Eticos surgen como medio para ayudar al equipo asistencial, al enfermo y a la sociedad en general a profundizar y asesorar en cuestiones éticas.

Actualmente en nuestro país, existe verdadero interés en establecer este tipo de Comités, en todos los Hospitales, en un plazo más o menos breve de tiempo. El motivo es la dificultad que para los profesionales de la salud supone la toma de decisiones ante determinados dilemas éticos, por las causas que más adelante iremos analizando. Desde el INSALUD (Instituto Nacional de Salud del que dependen todos los Centros Sanitarios Públicos, excepto los de aquellas autonomías que tienen hechas las trasferencias en materia de Sanidad) se ha impulsado la formación en Bioética de una o dos personas de cada Centro sanitario que ha favorecido la constitución de algunos de los CAE actuales.

II- Objetivos del estudio

En este estudio se pretende analizar los siguientes puntos referidos a los Comités Asistenciales Éticos:

- 1- el porqué del interés por su creación
- 2- su comienzo en el mundo y en nuestro país
- 3- y la situación actual en la que se encuentran en nuestro país, tanto en los Hospitales privados como públicos.

III- Metodología

- 1- Valoración de la situación actual de la Medicina
- 2- Historia y revisión bibliográfica de los Comités Asistenciales Éticos
- 3- Breve exposición de los actuales modelos éticos
- 4- Elaboración de una encuesta

5- Análisis de las conclusiones que se desprenden de las encuestas recibidas.

IV- Valoración de la situación actual de la Medicina

IV.1- Problemática ética y antropológica de la cultura moderna

En la cultura contemporánea se pueden distinguir los siguientes rasgos que son resultado de lo anteriormente expuesto:

1- Observamos que se le da una importancia relevante a la defensa de los derechos humanos, como resultado de verse transgredidos.

En el ámbito sanitario se concreta en la aparición de la Carta de Derechos y Deberes del enfermo, recogida en el Art. X de la Ley General de Sanidad (2). Servirá como referencia para evitar abusos y mantener un marco mínimo de trato humanizado y en el que el enfermo se apoya para exigir un tipo concreto de atención.

Comentario [S2]: Ley General de Sanidad, B.O.E., 29 de Abril de 1986, pp. 15 209 - 15 210

2- El paso del paternalismo médico y el maternalismo de la enfermería al reconocimiento de la autonomía del enfermo.

Se puede entender por paternalismo la actitud del médico que considera al enfermo incapacitado para poder decidir sobre su propia situación de enfermedad. A esto contribuye la actitud del enfermo y su familia que deja en manos del médico la toma de decisiones con total confianza en su decisión, y se desentienden de su propia responsabilidad.

Este modelo paternalista de relación médico-paciente, que se conoce desde los comienzos del arte médico(3) va modificándose a medida que la sociedad se vuelve más pragmática y el individuo más autónomo.

Comentario [S3]: Cfr. Gracia D., Fundamentos de Bioética, Ed. Eudema, Madrid 1989, pp 41-106.

Por parte de la Enfermera ocurría algo similar a la hora de aplicar los cuidados y técnicas que le son propias, ya que su actitud tendía a ser la de no dar ninguna información al enfermo sobre lo que se le realizaba y quitar importancia a su situación de enfermedad y de mayor o menor gravedad con la idea de evitarle “sufrimiento”. Lo que dejaba al enfermo sin poder decidir, por desconocimiento de la realidad, sobre temas que atañen a su existencia.

3- La objeción de conciencia de los profesionales. Al cuestionarse estos que debe prevalecer en última instancia: su valor moral, o la voluntad ajena que puede tratarse tanto de la voluntad de un enfermo, de la familia, o de la política adoptada por los gestores del Centro sanitario (4).

Comentario [S4]: Lopez Guzman J.,Objeción de conciencia farmacéutica, De. Eiunsa, S.A.,Barcelona 1997

4- La Medicina utilizada como bien de consumo. Llegándose a extremos de compararla con un supermercado de la salud donde el enfermo elige el tipo de pruebas diagnósticas (como por ejemplo: solicitar que se le realice un scanner preoperatorio de hallux valgus), el tratamiento más adecuado, etc. Exigiendo de forma inadecuada, sin confiar en los profesionales; quizás esta actitud se vea favorecida por los sistemas sanitarios de mutuas, compañías de seguros o similares.

5- La libertad de elección por parte del enfermo de médico, centro sanitario, etc.

IV.2- Discordancia técnico - ética

En las últimas décadas se ha producido un rápido avance de la tecnología aplicada al campo de la salud en el ámbito sanitario, lo que supone la aparición de nuevos dilemas éticos relacionados con la vida humana.

A la vez las corrientes filosóficas dominantes han facilitado un planteamiento de apertura hacia campos de investigación en los que para avanzar se ha visto disociado el ansia de saber, de la integridad de la vida humana utilizándose al ser humano como medio de investigación o incidiendo en su futuro desarrollo mediante modificaciones en las células germinales, no estando justificadas terapéuticamente.

Por otra parte la formación de los profesionales de la salud en disciplinas académicas que fundamenten el ser y el existir del individuo humano no se ha desarrollado al mismo ritmo que el conocimiento científico. Esta discordancia influye en los profesionales de la salud dificultándoles su actuación ante la toma de decisiones, especialmente cuando se trata de situaciones límite de la vida humana.

IV.3- Nuevos problemas de la Medicina.

En el campo de la sanidad hemos asistido a una evolución y desarrollo que obligan a una reflexión ética más cuidadosa.

- El progreso médico tanto diagnóstico como terapéutico, debido a avances científicos y tecnológicos por parte de marcas comerciales y laboratorios farmacológicos que los estimulan y financian.

- La aparición de nuevas entidades clínicas y nuevos síndromes: como el SIDA, el Alzheimer, etc.

- Las graves secuelas que pueden seguir a un procedimiento clínico y la prolongación de la vida y el soporte vital, que podrían derivar en un encarnizamiento u obstinación terapéutica. Estas actuaciones nos obligan a cuestionarnos la calidad de vida de estos enfermos y su coste económico.

- La intervención sobre la etapa inicial de la vida. Estudios y técnicas aplicadas en el campo genético que deben ceñirse a buscar un beneficio objetivo para el ser humano al que se aplican. De lo que se deriva la necesidad de que exista un Estatuto del embrión humano (5) que es elaborado para reforzar el respeto a la dignidad del ser humano en el frágil y dependiente comienzo de su vida.

- La investigación sobre el genoma humano que abre, entre otros, un inmenso campo de conocimiento a nuevas terapias.

Comentario [S5]: "Estatuto del embrión humano", Rev. Actualidad del Derecho Sanitario, nº 1997

IV.4- Implicaciones sociales y económicas de la Medicina actual

- El gasto sanitario y la correcta distribución de los recursos sanitarios limitados.

La escasez de recursos y el interés de cualquier gobierno por una adecuada distribución, pasa por introducir en la gestión de los Hospitales un estilo más empresarial que conlleva el introducir al médico en la gestión económica con un planteamiento que le haga sopesar el costo que producirá la aplicación de determinadas técnicas y tratamientos en cada enfermo. De esta forma se rompe en cierta medida la visión simbólica del profesional de la medicina que solo se ocupaba de tratar a su enfermo, pero actualmente al tener que valorar el costo económico-social de sus decisiones según el mayor o menor beneficio que le pueda ocasionar al enfermo, estará realizando no un juicio médico, sino un juicio de tipo económico-político.

Este planteamiento de la nueva Medicina tiene una parte positiva que es el racionalizar el gasto sanitario buscando una mayor efectividad al aplicar técnicas y tratamientos según se prevea un mejor aprovechamiento de cara a la curación total o parcial de un enfermo, pero tiene una segunda parte y es la deshumanización de la sanidad si se tiende a privilegiar solamente la lógica del ahorro a toda costa.

Es posible y lícita la racionalización que se da conforme al principio de proporcionalidad de los cuidados o principio terapéutico (6) y no sería lícita si se da mayor importancia al de proporcionalidad económica.

El planteamiento de coste-beneficio en la sanidad se tendría que entender como “el ejercicio de la medicina que mira a individualizar la menos costosa entre dos alternativas terapéuticas igualmente eficaces o la más eficaz entre dos alternativas terapéuticas del mismo costo”(7).

Es necesaria la integración de la lógica económica y la medicina para racionalizar el gasto, y no la sustitución de una por otra.

El médico puede y debe intervenir solicitando una distribución de los recursos según el principio de subsidiaridad(8) que salvaguarda la repercusión que los planteamientos economicistas tienen sobre porciones de la sociedad que requieren de especial tutela, como pueden ser: el nasciturus, la vida disminuida, la ancianidad, los enfermos terminales, los enfermos psiquiátricos...

Comentario [S6]: Cfr. Sgreccia E., Manuale di Bioetica. I.Fondamenti de etica biomedica, Milano: Vita e Pensiero, 1994, pp 176-179.

Comentario [S7]: Spagnolo A.G. Rev. Bioética y Ciencias de la Salud Vol. II n° 1, SAIB. 1996, pp 8

Comentario [S8]: Cfr. Sgreccia E., Manuale di Bioetica. I.Fondamenti de etica biomedica, Milano: Vita e Pensiero, 1994, pp 179-181.

- Es deber del Estado el tutelar la vida humana y el reconocer que todo hombre merece respeto por sí mismo, planteado desde la perspectiva de potenciar el bien común.

- La alarma social que puede suscitar determinadas actuaciones médicas (abortos, investigación no controlada, aplicación de tratamientos contaminados, eutanasia...), que no siendo propias las asumen posiblemente por motivos económicos o por presión de un determinado grupo social.

- La deplorable “judicialización” de la práctica clínica motivada por la pérdida de la relación de confianza entre el profesional, el enfermo, la familia; y que tan graves repercusiones puede llegar a tener en la toma de decisiones médicas ante tratamientos agresivos, complicaciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas que entrañan riesgo, etc.

Este se podría considerar como el aspecto negativo del paso del paternalismo médico al de la autonomía del enfermo.

V.-Génesis de los CAE en la Medicina occidental.

Se puede afirmar que los CAE han tenido como precursores inmediatos a los Comités de Investigación Clínica, que nacieron ante la necesidad de regularizar la investigación clínica y la experimentación humana, estudiando y protocolizando las medidas más adecuadas para llevarlas a cabo sin lesionar la dignidad y libertad del ser humano.

V.1- Los Comités de Investigación Clínica, precursores de los CAE

Los datos más relevantes en la historia de la génesis y evolución de los CIC, que llevaron a plantearse una regulación para evitar abusos de distinto orden, son cronológicamente los siguientes:

- 1920. Problemática planteada ante la esterilización de deficientes mentales en EEUU con fines eugenésicos.

- 1927. Es aprobada jurídicamente la esterilización, en Virginia, de una mujer deficiente llamada Carri Buck.

- 1930. En Alemania aparecen los primeros Comités de Investigación Clínica.

- 1940. Problemática a cerca del consentimiento de los enfermos que debían ser sometidos a psicocirugía, dada las discapacidades psicofísicas que se producían.

- 1946. El Código de Nuremberg establece que es necesario el consentimiento voluntario del afectado para realizarle cualquier tipo de intervención médica, establecido tras el enjuiciamiento de los experimentos nazis llevados a cabo en los campos de concentración.

- 1950. Creación de Comités en los EEUU para supervisar los ensayos clínicos con fármacos, en seres humanos.

- 1962. Sir Austin Bradford Hilla plantea los conceptos básicos de ensayo clínico controlado. Se exige la demostración científica de la seguridad y eficacia de los fármacos, debido a los graves efectos teratógenos detectados a raíz de la utilización de la Talidomida.

- 1963. Se descubren nuevos abusos en la experimentación: En un Hospital de Brooklin, se inyectaron células tumorales en pacientes ancianos sin que tuviesen conocimiento de que estaban formando parte de una experimentación.

- 1964. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial acerca de la experimentación sobre seres humanos. Más tarde fue revisada en las reuniones celebradas en Tokio (1975), Venecia (1983), y Hong Kong (1989).

- 1965 - 1971. Nuevos abusos: En un Hospital de New York se realizaron estudios sobre la hepatitis virica, inoculando el virus en niños discapacitados, ingresados en el hospital.

- 1978. Informe Belmont. A la Comisión para la protección de personas sujetas a la investigación biomédica se le asigna la tarea de identificar unos principios éticos básicos, refiriéndose a los Comités de Investigación Clínica. Propone tres principios a considerar en la investigación en sujetos humanos, que serán difundidos mediante el Informe Belmont:

1- **Respeto a la persona** implicada en la experimentación, esto suponía el trato como sujeto autónomo y el tutelarla cuando su autonomía estaba reducida o ausente, la consecuencia práctica de este principio se refiere a la necesidad de adquirir siempre el consentimiento informado del sujeto o de valorar quié puede decidir por él.

En definitiva lo que pretende es que el sujeto ejercite la capacidad de elegir o decidir responsablemente y sin coacciones.

2- **Beneficencia.** Beneficialidad en la intervención experimental, es decir que no acarree daños, minimizar el riesgo y maximizar los beneficios. Valorando en cada caso la relación riesgo-beneficio.

3- **Justicia.** Referida al reparto de las ganancias y de los riesgos de la experimentación. Este principio se relaciona con el de beneficencia y con el de respeto de la persona, no tratando a todos los individuos de la misma forma.

La Comisión Belmont no pretendía realizar fundamentaciones éticas sino que sus principios los deriva de normas deontológicas.

- 1990. En España la investigación clínica se regula por la Ley del Medicamento del año 90 que, en su Art. 64, dice: “El Comité ponderará los aspectos metodológicos, éticos y legales del protocolo propuesto así como el balance de riesgos y beneficios anticipados, dimanantes del ensayo”.

- 1997. En el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, en el cap. V, art. 15, 16, 17 y 18, se trata sobre la experimentación científica: “La experimentación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará

libremente, a reserva de lo dispuesto en el presente Convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano”.(9)

Comentario [S9]: Convenio Derechos Humanos y Biomedicina. Diario Médico 4-IV-97. Rev. Bioética y Ciencias de la Salud Vo. II n° 4, SAIB. 1997

Esas situaciones que llevaron a replantearse la eticidad de las actuaciones científicas, creando comités para su estudio y elaboración de informes y protocolos, podríamos considerarlas como los predecesores de los CAE que conocemos en nuestros días de forma institucionalizada.

V-2.- Aparición de los CAE

Los Comités se han ido creando dependiendo de las necesidades que presentan personas, grupos profesionales, o instituciones para clarificar o resolver problemáticas específicas.

En la literatura de EEUU se recogen los primeros dilemas éticos clínicos asociados a los de ensayos clínicos con seres humanos que hemos visto en el apartado anterior.

El cronograma referente a la aparición de los CEA podría ser el siguiente:

- 1960, en la población de Seattle, se establece la primera Unidad de Diálisis. El Dr. Belding se encuentra con el grave problema de tener que seleccionar entre todos los enfermos con fallo renal, los que serán candidatos para utilizar el riñón artificial, ya que al estar en sus comienzos no existían suficientes unidades para atender a todos los enfermos que lo necesitaban. Con este motivo se crea un Comité de selección de los enfermos que formarán parte en el programa de Diálisis. Este Comité, que sufrió grandes presiones para incluir a uno u otro enfermo llegó, popularmente, a denominarse el “Comité de la vida o la muerte” ya que este era el fin más o menos inmediato de los enfermos que no eran seleccionados para la diálisis renal.

- 1968, año en el que la revista JAMA publica la definición de muerte cerebral, definida por un comité de la Facultad de medicina de Harvard, planteada a partir de la desconexión legal de la respiración asistida a determinados enfermos. Con este motivo

se crean en diferentes Hospitales los Comités Tanatológicos para decidir cuando se da la condición de muerte cerebral y por tanto se hace posible la suspensión del soporte vital.

- 1971. En el Hennepin County Medical Center de Mineapolis se crea un comité para la evaluación de los problemas medico éticos y legales en el tratamiento de enfermos terminales. El Dr. Cranford, neurólogo, se convierte en activo defensor de los CAE

- 1973. En Boston, se crea el comité sobre optimización de cuidados.

- 1973. La médico pediatra Karen Teel (Austin-Texas), favorece la creación de los CAE en los hospitales mediante la publicación de un artículo suyo, que tuvo amplia resonancia entre los profesionales sanitarios americanos.

- En 1976, un caso dá la vuelta al mundo, es el de Karen Ann Quinlan en New Jersey, se trata de una joven que lleva en EVP varios años y que su padre ruega a los médicos su desconexión del respirador que parecía ser la única causa que la mantenía con vida. Los médicos se niegan y él recurre al Tribunal Supremo del Estado, que le da la razón y se decide que se le desconecte. Ante la gran sorpresa de todos continuó respirando de forma espontánea. Vivió 9 años más manteniendo el EVP y falleció en su casa en 1985. A partir de este caso se aconsejan implantar en los Hospitales los Comités de pronóstico, cuya función debería ser la de decidir cual sería el posible pronóstico del enfermo en caso de que se planteara una discordancia entre el equipo médico y la familia (10).

Comentario [S10]: Pesqueira Alonso
E. Tesis doctoral p15

Según señala, el Dr. E. Pesqueira en un estudio sobre Comités Institucionales Eticos en el que hace referencia a este caso; la sentencia de ese Tribunal Supremo, menciona algunos criterios importantes para juzgar si son o no convenientes los Comités Hospitalarios de Etica: “Primero sugiere que hay decisiones en las que es mejor repartir la responsabilidad profesional, de modo similar a como lo hacen varios jueces que estudien un mismo asunto, para dar una decisión más ponderada. Y en segundo lugar, que el sistema de Comités ofrece garantías tanto para el paciente o su familia

como para el médico, especialmente cuando los factores que influyen en la decisión pueden estar cargados de motivos menos nobles”.

En ese mismo año un 1% de los Hospitales de EEUU tienen algún tipo de Comité que estudia los problemas éticos que les van surgiendo en la práctica clínica.

En 1983 es ya el 16% de los Hospitales los que tienen un Comité que pasa de ser de tipo consultivo para asesorar y de carácter no vinculante, para convertirse en un Comité en el que sus decisiones son en algunas ocasiones de carácter vinculante. Este cambio viene motivado por una Comisión Presidencial(11) que introduce esta posibilidad de que participen en la toma de decisiones, lo que llevó a modalidades distintas, ya que en unos casos era el Comité quien tomaba la decisión final y en otros era una voz más que se tenía en cuenta a la hora de la toma de decisiones.

Comentario [S11]: President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment, Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions. Washington DC: US Government Office, 1983.

En el 87 los Hospitales de más de 200 camas tienen un comité, suponen un 60 % de los de EEUU, según la revista Hospitals (12).

Comentario [S12]: Pesqueira Alonso E.,Comités Institucionales de Etica en España, Tesis doctoral p16, Pamplona 1990.

V.3- Génesis de los CAE en España

Hasta el año 1990 solo existían 4 Hospitales en nuestro país que de distintas modos se planteaban establecer un medio para estudiar los dilemas éticos de la práctica clínica, según quedan recogidos en la tesis doctoral de medicina del Dr. Eduardo Pesqueira, presentada en ese mismo año. Siendo a partir de 1993 cuando se aprecia un notable auge en la creación de los CAE.

El cronograma correspondiente a los CAE en nuestro país sería el siguiente:

- 1974. El Dr. Luis Campos y Navarro crea un Comité de Orientación Familiar y Terapéutica en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital S. Juan de Dios de Barcelona, que en 1982 se constituye como CAE según se les conoce en la actualidad.

Se debe reconocer en la creación y posterior desarrollo de este CAE, que ha sido el primero de nuestro país, la notable influencia que ha tenido el Instituto Borja de

Bioética, ya que desde el principio el Dr. Abel, Director del mencionado Instituto, fué el asesor para temas éticos de este Hospital.

- 1980. Se celebra en el mes de febrero, en Madrid, una Mesa Redonda sobre los Hospitales de la Iglesia, resultado de ella fue la creación de la Comisión de Hospitales de la Iglesia Católica, que en el mes de noviembre tomó el acuerdo de promover la elaboración de un Ideario del Hospital Católico, encomendándosele el trabajo a tres profesores del Centro Borja: el Dr. Abel y los PP Cuyás y Escudé. Este documento pasó a ser aprobado el 20 de noviembre de 1981. Se trataba en él como novedad, en su capítulo VII, a cerca de los Comités de Etica (13).

Comentario [S13]: “El Hospital Católico. Material para la reflexión” Rev. Labor Hospitalaria nº:188, vol.. XXV, 1983. pp 72-77.

- 1990. El 10 de Diciembre se constituye el CAE del Hospital del Espíritu Santo de Santa Coloma de Gramanet, en Barcelona.

V.4- Qué es un CAE y cuales son sus funciones.

El CAE puede definirse de modo general como “un grupo multidisciplinar de personas que, dentro de una institución sanitaria, ha sido específicamente establecido para aconsejar a los profesionales sanitarios en sus decisiones sobre las cuestiones éticas planteadas en el curso de la práctica clínica” (Cohen,1988; Cranford y col. 1985; US Government Oficce, 1983)

Los Comités se perfilan como un medio para la solución de los problemas éticos de nuevo planteamiento.

Hemos visto que nacen como resultado de la concurrencia de múltiples factores. Unos provienen del constante progreso tecnológico en la investigación en el campo sanitario tanto diagnóstico como terapéutico y de mantenimiento del enfermo. Otros hacen referencia al modo de responder ante los dilemas éticos que plantea la práctica clínica tanto para el médico, como para la enfermera, el personal auxiliar, las instituciones sanitarias, las autoridades públicas,... Todos estos factores inciden sobre el ser humano y lo abarcan ya desde antes de su concepción mediante todas la técnicas de investigación aplicadas en las células germinales y las terapias génicas en el óvulo

recién fecundado; hasta después de su fallecimiento a causa de los trasplantes de órganos o de tejidos. Pasando por las cada vez más numerosas actuaciones sobre el individuo enfermo e incluso sano con la aplicación de las nuevas vacunas...y las decisiones que influirán de forma inexorable sobre la vida del nuevo ser al ser implantado en un seno diferente al de su madre. Y otras tantas situaciones que pueden parecer mera casuística al leerlas en prensa no científica.

Además la aparición de nuevos conceptos como el de calidad de vida, introducido no siempre de modo adecuado, en la toma de decisiones clínicas sobre el enfermo en estadio avanzado de enfermedad, en enfermedades invalidantes, degenerativas (Alzheimer), o en situaciones de enfermos en EVP.

Los CAE, según Francesc Abel, son las instancias o estructuras de diálogo y decisión Bioética que asumen la responsabilidad de intentar clarificar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la investigación o en la práctica clínica.

Se considera que los CAE tienen tres funciones principales, llamadas la “Tríada fundamental” y son las siguientes:

1- Función educativa o docente.

Es la función básica por la que comienza el comité provisional, comisión gestora o promotora.

Resulta primordial detectar dónde y cuáles son los dilemas éticos que con más frecuencia se producen y los que más dificultad de resolución ofrecen a los profesionales.

Comenzar con la formación en Bioética de los propios miembros del comité y del personal del Hospital. Esta función no conlleva necesariamente el impartir la docencia alguno de los miembros del comité, sino el organizar un plan de formación, motivar al personal a asistir habitualmente y llevarlo a cabo.

Esta función docente puede terminar realizándose a tres niveles:

- interno, dirigido a los miembros del Comité

- externo, dirigido al resto de los profesionales del Centro.

- social, cuando una determinada resolución del Comité trasciende fuera del ámbito hospitalario, produciendo un eco social (14).

Comentario [S14]: Cfr. Pesqueira, E., cap.23 “Los Comités de ética Hospitalaria y la relevancia de sus decisiones” en Manual de Bioética General, Ed.Rialp. Madrid, 1994.

2- Función de asesoramiento o consultiva.

Es la función característica para la que se crea el CAE en un Hospital. Consiste en el estudio, resolución y asesoramiento sobre los dilemas éticos que se plantean en el ámbito clínico.

3- Función normativa o de protocolizar.

Los protocolos pueden ir orientados a la toma de decisiones o a algún tipo de actuación concreta que habitualmente se presente en un servicio del Hospital, se debe hacer de forma amplia que permita la toma de decisión última por parte del responsable último que habitualmente será el médico.

Otra función que se le podría atribuir es la de mediación entre la familia y el médico o el equipo asistencial.

Las funciones que se le consideran excluidas serían:

1- El amparo jurídico directo del personal del hospital

2- Una función sancionadora, emitiendo juicios sobre la ética profesional del personal sanitario.

3- La toma de decisiones ocupando el lugar del enfermo, el familiar, el tutor, el médico, la autoridad judicial.

4- El análisis de problemas socio-económicos.

V.5- Composición del CAE

Es fundamental que en la composición del CAE exista variedad de profesionales que estará relacionada con el tipo de especialidades médicas existentes en ese centro

asistencial y al número de camas hospitalarias que tenga. Entre sus componentes deben encontrarse en mayor porcentaje médicos y enfermeras, además de un asesor jurídico, un experto en Bioética, el capellán, el trabajador social, la presencia de algún representante del departamento que solicite su intervención.

Si es o no conveniente que forme parte del Comité un miembro de la junta directiva, es discutible. Hay quien piensa que sí debe estar, de esta manera el apoyo institucional es mayor y que para temas que puedan tener una incidencia en la gestión del Hospital será mejor por contar con más datos. Los que piensan que no debe haber un representante de la dirección del Hospital lo razonan desde la influencia que puede realizar esta persona sobre los demás miembros cuando se debatan temas referentes a distribución de recursos económicos u otros de similar envergadura como los planes de política sanitaria en los que pueden ir diametralmente opuestos al planteamiento ético del CAE.

En algunas ocasiones puede ser muy conveniente invitar especialistas según el caso que se somete a estudio.

El número de sus componentes no es recomendable que sea elevado.

Es importante que el Comité tenga suficiente reconocimiento y el apoyo institucional ya que facilitará su constitución y la continuidad de sus miembros.

V.6- Formación de los miembros del CAE

La formación en temas relacionados con la Bioética es fundamental para una persona que se decida a formar parte activa de un CAE. No solo la formación inicial sino también de forma continuada.

Si entre sus miembros existe un experto en Bioética será de gran ayuda de cara a la formación de los demás. No es justificable que por existir un experto los demás no se preocupen de adquirir conocimientos en temas éticos. Ya que al mismo vertiginoso ritmo que avanza la tecnología aparecen de su mano nuevos dilemas éticos con repercusión en el quehacer clínico. También la persona con titulación en Bioética deberá continuar profundizando y ampliando sus conocimientos, como lo haría cualquier profesional de otra materia.

De igual modo será de gran ayuda contar con un fondo bibliográfico amplio y actualizado en la biblioteca del Hospital y con facilidad de acceso al mismo.

Y contar siempre que sea posible con un Centro de Bioética de referencia, tanto para la formación y asesoramiento, como para la actualización en nuevos conocimientos.

V.7- Alternativas al CAE

Se han apuntado las siguientes alternativas al CAE:

- El equipo asistencial constituido como CAE. Esta modalidad es la que habitualmente se viene presentando en las Unidades de Cuidados Paliativos, donde por filosofía paliativa se trabaja en equipo multidisciplinar. De igual modo que se organiza el trabajo asistencial de atención al enfermo, se estudian e intentan resolver los dilemas éticos que se plantean en torno al enfermo en situación terminal y su familia.

- Protocolos de actuación diseñados por la propia institución sanitaria. Es habitual cuando son de confesión religiosa, o de Testigos de Jehová. También en las que prevalece un planteamiento economicista, o utilitarista.

- Existencia de un experto en Bioética en el Hospital. Cada vez está siendo más frecuente en nuestro país, tengan o no un CEA.

- Asesoramiento directo de un Centro de Bioética.

V.8- Problemas que pueden afectar a la marcha del CAE

- La poca consideración de los profesionales respecto a la Etica. Es función del CAE el motivar a los profesionales a la formación ética.

- Que el CAE no sea realmente necesario en la Institución. Es necesario antes de crear el Comité, realizar un estudio preliminar que evidencie la necesidad o no.

- Desmotivación de sus componentes. Con frecuencia ocurre cuando han sido elegidos sin que hubiesen mostrado interés por temas bioéticos. Cuando acceden al Comité como medio de poder e influencia, o para destacar. También cuando no se considera de forma positiva al Comité por parte del equipo directivo o de los demás

estamentos del Hospital. Otro motivo puede ser el desconocimiento de sus funciones por parte del resto de los profesionales.

- Objeciones y recelos por parte del resto de profesionales, que piensan que se van a inmiscuir en sus decisiones, o que distorsionarán su relación con el enfermo y con la familia.

- Considerarlo como un elemento burocrático más, impuesto por la dirección del Hospital.

- Autosuficiencia del personal sanitario.

- Considerarlo como un medio de control de la gerencia.

- Desconfianza ante la posible falta de confidencialidad a cerca del caso sobre el que se estudia, del profesional que consulta e incluso de la resolución del comité.

- Creencia de que lo importante es sobre todo el aspecto jurídico.

- Valorar el Comité como un instrumento más de poder. Para evitarlo es aconsejable la selección de sus miembros, formarse en temas éticos y su función de asesorar que no sea vinculante.

VI- La Bioética y los principales modelos éticos de la actualidad

Me parece conveniente comenzar situándonos en esta nueva disciplina: la Bioética, para evitar confusiones con la Deontología, la Medicina Legal, la Etica o la Moral, aunque todas estén relacionadas por hacer referencia al ser y actuar humano.

VI.1.- Bioética

El término Bioética con el sentido de: “Estudio de la moralidad de los comportamientos humanos en el campo de las ciencias de la vida”, es acuñado por primera vez en EEUU en 1970 por un médico oncólogo, el Dr. Van Rensselaer Potter de la Universidad de Winsconsin (EEUU), y desde entonces, hasta ahora, se ha ido desarrollando la Bioética como una nueva disciplina que asesora y ayuda a dirimir en esas situaciones en las que el personal sanitario no tiene suficientes conocimientos éticos para saber que actuación puede ser la más adecuada ante la vida de un semejante.

Potter en su obra “Bioethics: the science of survival, Perspectives in Biology and Medicine”, se plantea un punto clave: el peligro de la supervivencia entre dos campos del saber, el saber científico y el saber humanístico. La clara distinción entre valores éticos y desarrollo biológico está según Potter en la base del proceso científico-tecnológico indiscriminado que pone en peligro a la humanidad y a la supervivencia de la vida sobre la tierra. Solo ve una vía de solución y es tender un puente entre las dos culturas, la científica y la humanístico-moral. La Bioética se debe ocupar de unir la ética y la biología. Se trata de superar la tendencia pragmática del mundo moderno que aplica inmediatamente el saber sin una mediación racional y menos aún moral.

La Bioética se define en la Encyclopedia of Bioethics (1978) (15) como un área de investigación, que avalándose por una metodología interdisciplinar, tiene por objeto el “examen sistemático de la conducta humana en el campo de la ciencia, de la vida y de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de valores y principios morales”. Su especificidad derivará del tipo de problemas a los que haga relación, de la naturaleza de la instancia ética y de la metodología utilizada.

En el Documento de Erice, el cual toma su nombre de la ciudad donde fue presentado este estudio, se desarrolla la relación existente entre la Bioética, la deontología y la medicina legal, ya que existían diversas opiniones contrapuestas sobre cuales debían ser las competencias de cada una de ellas. A la Bioética se le reconocen competencias en 4 ámbitos (16):

a- los problemas éticos de la profesión sanitaria

Comentario [S15]: Beauchamp. Encyclopedia of Bioethics, 1978. 3ª edic. 1993

Comentario [S16]: Cfr. Sgreccia E., Manuale di Bioetica. I. Fondamenti de etica biomedica, Milano: Vita e Pensiero, 1994, pp 50-53.

b- los problemas éticos emergentes en el ámbito de la investigación en el hombre

c- los problemas sociales, unidos a la política sanitaria, tanto nacionales como internacionales, a la medicina del trabajo y a la política de planificación familiar y control demográfico

d- los problemas relativos a las intervenciones sobre la vida de los otros seres vivos (plantas, microorganismos y animales) y en general a los que influyen en el equilibrio del ecosistema.

Por lo que en cuanto ética aplicada al campo biológico abarca más que aplicado solo al campo de la medicina.

La finalidad de la Bioética consiste en el análisis racional de los problemas morales legados a la biomedicina y de su conexión con los ámbitos del derecho y de las ciencias humanas. Esto implica la elaboración de una línea ética fundada en los valores de la persona y en los derechos del hombre, respetados por todas las confesiones religiosas, con fundamentación racional y metodología científica adecuada. Estas líneas éticas tienen finalidad aplicativa en la conducta personal, también al derecho condendo y a los códigos deontológicos profesionales actuales y futuros.

La Bioética se encuentra configurada en tres planos:

1- Bioética general, que se ocupa de la fundamentación ética.

2- Bioética especial, que analiza los grandes problemas vistos de forma general tanto en el terreno médico como en el biológico.

3- Bioética clínica, se ocupa de forma concreta de la praxis médica y del caso clínico en el que se ponen en juego los valores, buscando una vía correcta para encontrar una línea de conducta que no modifique esos valores.

La elección de un tipo u otro de principios o de criterios de valoración hará que quede condicionado a un resultado u otro. Según Sgreccia no se debe separar la Bioética clínica de la general, aún reconociendo que los casos concretos siempre o casi siempre presentan diversos aspectos que los distinguen unos de otros y que se deben tener en cuenta.

VI 2.- Modelos éticos vigentes en la actualidad

Estos modelos son el de la Bioética americana o también denominado con el término “principlista” por derivación del término inglés: “principle” (principio)(17), la Bioética personalista, Bioética utilitarista, y Bioética jurídicista.

Comentario [S17]: Pardo A. Crítica al Principlismo

1- Bioética principlista, o Principios de Bioética norteamericana (18)

Comentario [S18]:

Estos principios provienen de los descritos en el Informe Belmont de 1978, elaborados para aplicarlos en la investigación clínica y la experimentación humana

Se desarrolla este modelo en el Instituto Kennedy de Bioética, en la Universidad Georgetown (EEUU). Está fundamentado en la ética hipocrática y kantiana.

El término principio tiene dos significados diferentes en ética: el primero se refiere a lo que designa el inicio o el fundamento de una teoría ética. El segundo designa una norma estándar en base a la cual se puede expresar un particular juicio moral acerca de lo que es justo o erróneo. En este sentido admite el significado de principio-guía de las acciones que derivan de teorías morales.

Los principios de la Bioética norteamericana surgen inicialmente como principios-guías de las acciones, defendidos o apoyados por diversas teorías morales.

Propone cuatro principios, denominados habitualmente como principios tradicionales por ser los primeros que aparecen unidos al término de Bioética. Paso a exponerlos de forma resumida:

- Principio de beneficencia / no maleficencia. Proviene de la ética Hipocrática. La supervaloración del Principio de beneficencia se podría resumir en la frase “todo para el paciente pero sin el paciente”. Esta actitud paternalista es cada vez más

cuestionada y deja paso al Principio de autonomía por el que se rige fundamentalmente, en la actualidad, la relación del enfermo con el médico y el personal sanitario.

- Principio de justicia. En torno a él se vienen desarrollando las visiones y las instancias sociales de la época contemporánea. Hace referencia al reparto equitativo de los beneficios sociales, a la distribución de recursos sanitarios.

- Principio de autonomía. Por este principio se rige la ética moderna. Reivindica los derechos del paciente frente a los del médico, éste es autónomo y el médico no le puede imponer su propia escala de valores.

Según Pardo, comentando el sentido que se le da a la autonomía en este principio dice: “autonomía es, fundamentalmente liberación efectiva de las interacciones de los demás y, en el fondo, liberación de la virtud, que es a lo que me pueden empujar los demás” (19)

Comentario [S19]: Pardo A., El Principismo en Bioética, Rev. Bioética y Ciencias de la Salud Vol. II n° 3

Los cuatro se presentan como conceptos de mediación. Es una línea reguladora sin una antropología precisa de referencia, sin jerarquía entre los diversos principios. Sin definición precisa del significado de sus términos y de su aplicación. En relación a la persona humana no se llega a definir qué significa el bien y la beneficencia, cual es el ámbito de la autonomía y la medida de la justicia.

Según el mismo autor “los principios pueden resultar útiles para la teoría y la práctica de la toma de decisiones. Especialmente en ambientes muy plurales como EEUU”.

2- Bioética personalista o clásica (20)

Comentario [S20]: Cfr. Sgreccia E., Manuale di Bioetica. I.Fondamenti de etica biomedica, Milano: Vita e Pensiero, 1994, pp171-179

Este modelo está fundamentado en el respeto e inviolabilidad de la peculiar dignidad de la persona humana.

Se desarrolla principalmente en el Instituto de Bioética de la Universidad Sacro Cuore de Roma, siendo su máximo exponente el Prof. Elio Sgreccia.

Los principios que propugna son los siguientes:

- Respeto y defensa de la vida física de cada individuo. Tomando como expresión de la vida física la corporeidad, que forma parte integrante de la persona humana como elemento consustancial de la persona en su totalidad. Principio de totalidad.

- Principio terapéutico. Este principio justifica y funda la intervención médico-sanitaria a partir de la cura de la salud en sentido preventivo, curativo, rehabilitador y paliativo. Este principio requiere para su correcta aplicación condiciones muy precisas que conciernen al tipo de intervención sanitaria, a los resultados que se pretenden conseguir, a la proporcionalidad del riesgo, y al consentimiento informado.

- Principio de libertad y responsabilidad. Integra la relación interpersonal, la comunicación médico-paciente y cualquier otro componente del equipo asistencial, así como la corresponsabilidad con otros componentes de la sociedad civil, jurídica y económica. Esta relación debe estar constituida sobre el bien objetivo de la persona.

- Principio de socialidad - subsidiaridad. La organización de los servicios y la distribución de los recursos económicos tienen una dimensión netamente social que debe ejercitarse a partir de la necesidad singular del individuo interesándose por el bien social primario que supone la defensa y promoción de la vida y la salud del ciudadano sin discriminación por edad, raza, creencias, patologías, deficiencias, etc.

Cada persona humana resume, en su singularidad, la riqueza ontológica de la humanidad en cuanto tal y la persona no puede ser considerada una partícula de un todo, de un colectivo concebido como un organismo viviente.

El bien común de la sociedad debería ser concebido, en relación al concepto de justicia, no como la medida estadística del bien particular ni como la ventaja de la mayoría, sino como el bien de todos de realizar como el resultado del bien de cada uno. Esta concepción de la persona lleva consigo una concepción coherente de sociedad solidaria y abierta.

De este planteamiento se deriva la defensa de la vida de cada persona y la distribución de recursos en el ámbito sanitario que se recoge en sus principios ya expuestos.

3- Bioética consecuencialista y B. teleológica (21).

Comentario [S21]: Spaeman, R. Ética: Cuestiones Fundamentales, Ed. EUNSA, 1993. pp

Se le llama a la que deduce el valor de las acciones del que revista el conjunto de las presuntas consecuencias. Sería buena aquella acción que produce el mayor bien para el mayor número de personas. Según este modelo los resultados de la acción se convierten en la norma de lo bueno o de lo malo.

La bondad del acto médico se mediría por la consecuencia del fin conseguido, independientemente de la bondad o maldad de los medios utilizados, quedando diluida la libertad y la responsabilidad individual. Este es un modelo rechazado por la mayoría de los eticistas.

4- Bioética jurdicista

En este caso lo ético es identificado con lo legal. Los problemas éticos no son resueltos en el campo ético, sino en el jurídico. No se puede considerar propiamente un modelo ético.

Ética y Derecho son cosas distintas, pero que a la vez están íntimamente relacionadas (22).

Comentario [S22]: Cfr. Gracia, D. Fundamentos de Bioética, Ed. EUDEMA, Madrid 1989. pp575- 582

La norma ética está antes que la norma jurídica. La visión ética global de la vida y de la sociedad se refleja y repercuten en la fundamentación del juicio ético y se expresa en el ámbito particular de la Bioética en los principios generales y en las normas particulares.

VI.3.- Deontología y Medicina Legal.

Por otra parte la Deontología Médica o de Enfermería se considera una disciplina cuyo objeto es el estudio de las normas del comportamiento profesional específico de los profesionales sanitarios. Esta incluye tres órdenes de normas:

a- la norma moral

b- la norma deontológica propiamente dicha

c- las normas jurídicas de cada país.

Ni la Bioética, ni la Deontología se pueden confundir con la Medicina Legal que es por su naturaleza una ciencia interdisciplinar, que estudia con metodología específica el contenido biológico y médico de la norma jurídica a fin de conseguir la mejor interpretación, la aplicación y el desarrollo, y que colabora con la justicia en la solución de casos que requieren indagaciones y valoraciones de orden biológico y /o médico.

La Bioética clínica es la que nos interesa especialmente en relación al tema del que tratamos, aunque se ha hecho mención a la deontología y a la medicina legal porque como se verá más adelante, en las respuestas de las encuestas realizadas para este estudio, que algunos CAE las utilizan como medio para la resolución de los casos clínicos que le consultan.

VI.4- Problemática planteada ante la diversidad de modelos éticos

Posiblemente uno de los problemas más acentuados con el que nos encontramos en la actualidad sea definir el método que sería el más adecuado para la toma de decisiones; y el otro problema la influencia que podría ejercer las decisiones del CAE ante los tribunales de justicia.

1- La pregunta clave a la primera cuestión podría ser esta: ¿Es el consenso una metodología válida en ética?

Según dos autores actuales como Gracia y Cortina, el consenso es la única forma de actuación en una sociedad democrática y que se encuentre en una situación como la que en la actualidad tenemos en España. Ya que nuestra sociedad ha relegado la moral al ámbito de lo privado porque actúa como si el orden normativo de la vida pública fuese patrimonio del derecho.

Adela Cortina en su libro: "Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica" dice: "lo moral abarca, ciertamente el terreno de las normas de la moral civil, pero estas

- no lo olvidemos - tienden a ser positivizadas y a convertirse en derecho. Así se va constituyendo, poco a poco, ese cuerpo de normas acordadas, ese mínimo de leyes consensuadas, plasmadas en normas positivas, que constituyen las reglas de juego de la vida ciudadana. Pero los proyectos morales, las concepciones del hombre... son propuestas de máximos: bosquejan ideales de hombre y de felicidad desde el arte, las ciencias y la religión; desde esa trama - en suma- de tradiciones que configuran la vida cotidiana.”(23).

Comentario [S23]: Cortina, A. *Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica*. Ed. Tecnos, Madrid 1986 pp

Francisco Torralba, en una reciente exposición sobre este mismo tema, opina (24) que “el consenso es necesario, especialmente en cuestiones de carácter moral, pero no cualquier consenso, sino el consenso responsable. (...), uno se atreve a afirmar que el consenso en algunas cuestiones es posible si se dan los requisitos antes establecidos: capacidad crítica, voluntad de diálogo, simetría entre los interlocutores, libertad de espíritu y superación de prejuicios. Pero el consenso en materias bioéticas debe de ser un consenso responsable, esto es, no solamente el resultado arbitrario y coyuntural de una serie de fuerzas, sino el fruto responsable de una comunidad de seres inteligentes que piensan el sentido de la praxis biomédica”.

Comentario [S24]: Torralba, Rev. *Bioética y Ciencias de la Salud Vol II n°4*

Más adelante, en esta misma intervención, el autor reflexiona sobre lo que significa “responsable”, y lo hace a través de tres autores que definen la responsabilidad: R. Le Senne, en su obra “*Traité de morale generale*”, E. Hirsch en “*Médecine et éthique. Le devoir d’humanité*”, y H. Jonas en “*El principio de responsabilidad*”. Torralba concluye diciendo: “En la búsqueda de un horizonte común para todas las comunidades morales, la responsabilidad ética parece ser uno de los cimientos incuestionables. Si el interlocutor no interviene responsablemente y no integra en su discurso la responsabilidad que tiene frente al prójimo, entonces su discurso no tiene el mínimo requisito para ser considerado ético. La preocupación por el otro, la voluntad de bien, la responsabilidad frente al medio son elementos claves y referenciales en la búsqueda de un consenso plural”.

2- El otro aspecto a tener en cuenta es el peso que pueden ir adquiriendo, ante los tribunales, las decisiones de los CAE, que aunque estas solo sean para asesorar y de tipo no vinculantes para el profesional médico o de enfermería que serán los que en última instancia tienen que tomar la decisión última; pero para la jurisprudencia la opinión del

CAE puede resultar de gran relevancia ya que es emitida por personas, se supone, expertas en esta materia, que han reflexionado y emitido, algo más que una simple opinión, sobre un determinado dilema ético de la práctica clínica.

VI.5- Pautas que ayuden a resolver el problema

Para resolver la problemática de la diversidad de problemas éticos pueden tenerse en cuenta los siguientes aspectos que considero de utilidad para llegar a un buen funcionamiento del CAE:

- La utilización de los Documentos elaborados por la Asociación Médica Mundial.

- Los Códigos de Etica y Deontología médicos y de enfermería, como punto de referencia.

- Conocimiento de las disposiciones legales vigentes en el país. Así como del Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, el Estatuto del embrión humano, la Carta de los derechos y deberes del enfermo.

- El respeto a la dignidad personal, que es el núcleo fundamental para la resolución adecuada de los problemas.

Según Melendo “Respetar algo consiste, de manera estricta y fundamental, en *dejarlo ser*, optando por *su* realidad plena, autárquica y consistente. (...) abrirse sumisamente a la perfección del otro, sin sucumbir a la tentación de “rehacerlo” a nuestra propia medida.”⁽²⁵⁾

Coincido con el Dr. Herranz en la importancia de que los miembros del equipo asistencial tengan del enfermo una visión de conjunto que él denomina como: “visión binocular”, contraponiéndola al peligro del reduccionismo por centrarnos solo en parcelas del ser humano como puede ser la salud, la calidad de vida, etc; que nos podría hacer perder la perspectiva de su dignidad humana, sobre todo en las situaciones de gran deterioro físico o psíquico.⁽²⁶⁾

Comentario [S25]: Melendo, T. Millan-Puelles, L. Dignidad: ¿una palabra vacía?, Ed. EUNSA, 1996

Comentario [S26]: Herranz, G. Rev. Bioética y Ciencias de la Salud Vol. n°

- Respecto al problema que se nos plantea ante la perspectiva de actuar en el campo de la toma de decisiones mediante un modelo de consenso, pienso que sería más deseable la resolución por unanimidad y no por mayoría o por consenso según lo entienden los principiistas. El motivo es evidente, ya que aunque sin dudar que el consenso debe ir unido a la responsabilidad de la que hablábamos anteriormente, se puede terminar cayendo en un reduccionismo que sería mayor según exista más diversidad de modelos éticos entre las personas que formen parte de un mismo CAE.

VI.6- Relaciones con la Biojurídica.

Aunque el CAE es un ámbito de estudio y discusión ética, su trabajo guarda una relación estrecha con la Biojurídica y deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- Sus resoluciones no pueden ser vinculantes
- Se deben valorar las consecuencias jurídicas de sus decisiones
- Poseen gran peso ante los tribunales, que cada vez recurren más a su asesoramiento.
- Sus resoluciones van afianzando actitudes que pueden llegar a ser terreno para una futura jurisprudencia.

VII- Elaboración de las encuestas

Una vez conocido qué es un CAE podemos pasar a estudiar cual es su situación concreta en nuestro país.

VII.1- Método.

Desde el año 1990 en que el Dr. Pesqueira realizó su estudio acerca de los CAE que en ese momento existían en nuestro país, no se han conocido o editado nuevos datos. Por lo que la encuesta ha debido ser remitida a la totalidad de Centros Sanitarios, utilizando únicamente como límite que tengan Dirección de Enfermería, ya que me parece éste un parámetro importante que define a un Centro Sanitario diferenciándolo de

residencias de ancianos, de casas de reposo de salud mental, centros de acogida de deficientes físicos o síquicos, o clínicas de adelgazamiento.

En concreto las cuestiones que interesaba conocer son las siguientes:

1- El motivo por el que se deciden a formar un CAE en un determinado tipo de Hospital.

2- El nivel de formación de sus miembros respecto a temas éticos.

3- Los criterios o modelo ético que siguen para asesorar ante los dilemas éticos que les plantean los profesionales.

La encuesta fue enviada a 636 Centros Sanitarios según aparecen recogidos en la Guía Puntex, anuario español de enfermería, 3ª edición, del año 1996. Y han sido dirigidas al Presidente del CAE, a la Dirección Médica y a la Dirección de Enfermería.

Se ha llevado a cabo mediante dos cuestionarios remitidos con cinco meses de diferencia entre uno y otro. El primero a la totalidad de Centros Sanitarios y el segundo a los que decían tener CAE en su fase previa: Comisión promotora; o ya establecido como tal Comité.

VII.2- 1ª fase de la encuesta.

Esta encuesta consta de dos partes:

A estas dos partes, la preceden de forma breve unas preguntas para conocer el perfil de la persona que responde la encuesta. Y las instrucciones para su correcta realización. Las respuestas quedan recogidas en el anexo nº1. Me parece que es interesante tenerla en cuenta.

La primera parte de la encuesta consta de seis preguntas sobre diferentes características del Centro Sanitario.

La segunda parte está referida de manera específica al CAE y consta de doce preguntas cuya finalidad es conocer datos sobre: la existencia, las alternativas, la puesta en marcha del CAE, el tipo de sus decisiones, el modo de enfocar los problemas éticos, y la existencia y publicación del Reglamento Interno.

VII.3- 2ª fase de la encuesta.

Este segundo cuestionario se remitió solamente a los 23 Centros que dijeron tener CAE en alguna de sus fases.

El cuestionario, al igual que el anterior, comienza con una breve recogida de datos sobre la persona que lo va a responder. Y las instrucciones para su realización.

Esta segunda encuesta consta de diecisiete preguntas específicas sobre el funcionamiento, las funciones y la formación de los miembros del CAE. También se les solicita que razonen el porqué de su elección sobre un determinado modelo ético para la resolución de los dilemas éticos. Al final se deja un espacio para que se puedan añadir sugerencias o reseñar algo respecto a las preguntas realizadas.

VIII. Resultados de la primera encuesta

La primera encuesta se envió a 636 Centros Asistenciales, de los que respondieron 112, esto es un 17,6%. Cuatro de estos se han retirado del estudio ya que han dejado de realizar actividad asistencial.

I- Características del Centro Asistencial.

Este apartado corresponde a la primera parte de la encuesta y se pretende, con estas preguntas, tener una visión general de la envergadura del Centro y los posibles dilemas que se les pueden plantear dependiendo de las especialidades y tipo de actividad que desarrolle.

Pregunta 1- Naturaleza

| | | |
|-----------|--------------------------|-----|
| - Público | 66 Centros Asistenciales | 62% |
| - Privado | 41 Centros Asistenciales | 38% |

Pregunta 2- Tipo

| | | |
|----------------|--------------------------|-----|
| - Confesional | 24 Centros Asistenciales | 22% |
| - Aconfesional | 83 Centros Asistenciales | 78% |

Pregunta 3- Número de camas hospitalarias

El número de camas de los Centros oscila desde el más pequeño con 16, hasta el más grande con 9.600 camas.

CAMAS HOSPITALARIAS

| | |
|----------------|----|
| - < 99 | 10 |
| - 100 - 200 | 38 |
| - 201 - 300 | 19 |
| - 301 - 400 | 8 |
| - 401 - 500 | 4 |
| - 501 - 600 | 5 |
| - 601 - 700 | 2 |
| - > 701 | 9 |
| - No contestan | 10 |

Pregunta 4, 5 y 6- Departamentos, Servicios,. Recursos Humanos, Actividad anual del Centro Asistencial.

Los datos referentes a esta información se recibieron en muchos casos incompletos, aproximados o sin cumplimentar.

Mientras unos opinan que es información de tipo confidencial, otros adjuntan a la encuesta una amplia memoria del ejercicio anterior.

El dato referente a los trasplantes, sí queda reflejado, resultando que: en el 13% de los Centros Asistenciales se realizan trasplantes de diversos órganos humanos.

II- Comité Asistencial Ético

Esta segunda parte es la específica sobre datos de la existencia o no del CAE en el Centro Asistencial, y sus características.

Pregunta 1- Existencia del CAE

Del total de respuestas 23 dicen tener CAE. Pero no todos ellos resultan estar en la misma situación de desarrollo y de dependencia:

- | | |
|--|----|
| - CAE constituido para un solo Hospital | 17 |
| - Comisión promotora o gestora | 3 |
| - CAE del que dependen varios Hospitales | 2 |
| - Confunden el CAE con el CIC | 1 |

Pregunta 2- Alternativas a los CAE

De los Centros Asistenciales que dicen no tener CAE, 70 (75%) dicen utilizar algún tipo de alternativa ante los dilemas éticos que se les plantean.

En el cuestionario se les ofrecían cinco posibles entre las que podían elegir una o más.

Estas son las alternativas que se les proponían:

1ª- Decisiones del médico en propia conciencia

2ª- Equipo clínico convertido en CAE

3ª- Se consulta en temas éticos

4ª- Trabaja en el Hospital un profesional como experto en Bioética

5ª- Otros Comités (C. ensayos clínicos, C. de investigación, etc.) que amplían sus responsabilidades a la revisión ética de todos los dilemas que se plantean en el Hospital.

Las respuestas obtenidas han sido las siguientes:

ALTERNATIVAS

| | | |
|-----|----|-----|
| 1ª- | 17 | 24% |
| 2ª | 2 | 3% |
| 3ª | 5 | 7% |
| 4ª | 1 | 1% |
| 5ª | 15 | 21% |

Otro 24% utilizan dos o más de las alternativas propuestas.

Además existen: 3 Hospitales que se han organizado como Grupo de Bioética donde se estudian los distintos casos que se les presentan.

4 Hospitales que dependen de un mismo CAE a nivel interprovincial.

6 Hospitales que no responden a esta cuestión.

Pregunta 3- Fecha de constitución

Este es un dato interesante en el que se puede comprobar el auge actual.

En 1974 se crea el primer CAE en nuestro país y en 1991 una modalidad distinta: el Comité Asistencial Etico Interprovincial de los Hermanos de San Juan de Dios que abarca a varios Centros, con las particularidades de que no solo son Centros asistenciales, sino que además están ubicados en distintas provincias geográficas, pero tienen en común que pertenecen a una misma provincia religiosa.

En 1994 se constituyen cuatro CAE, y uno de ellos asesora a dos Centros más.

En 1995 se constituyen otros cuatro CAE. Años más tarde será uno de ellos el primero que se acreditará en un Hospital de la red pública.

En 1996 serán seis Hospitales más, y uno de ellos dependiente de un Grupo de Bioética.

En 1997 serán otros tres Hospitales los que constituyan su CAE.

Pregunta 3.1- Iniciativa para la creación del CAE.

Con esta pregunta se quiere conocer de quién parte la iniciativa de crear el CAE dentro de un determinado Centro Asistencial.

Se ofrecían siete posibilidades:

- Director Médico
- Director Gerente
- Capellán
- Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos
- Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos
- Jefe de Urgencias
- Otros.

El resultado obtenido en esta cuestión ha sido el siguiente:

- | | | |
|--------------------|----|-----|
| - Director Médico | 8 | 24% |
| - Director Gerente | 8 | 24% |
| - Otros | 17 | 52% |

En un caso la iniciativa parte del Médico Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, y se ha agrupado en el porcentaje de otros: que abarca distintos tipos de profesionales como enfermeras, médicos, Curia Provincial, etc.

Pregunta 3.2- Composición

El número de miembros que lo componen oscila entre 5 y 25. Siendo la media de 15 miembros. Casi todos los CAE coinciden en ser multidisciplinarios, excepto dos de ellos compuesto uno exclusivamente por cinco Médicos, y el otro por igual número de Médicos, más un Psicólogo, o sea 6 miembros.

En los demás el porcentaje mayor está en los profesionales Médicos y Enfermeras, seguidos de los Trabajadores Sociales, algún profesional del ámbito jurídico - legal, el Capellán, Psicólogos, Administrativas y personas ajenas al Centro Asistencial. Además en cada Comité aparecen profesionales diversos como: Documentalistas, Matrona, Filósofo, Teólogo, Religiosos, Presidente de la Asociación de Consumidores, Informático, Celador. Curiosamente solo aparece en una ocasión un experto en Bioética y en otra un Farmacéutico como miembros del CAE.

| | |
|------------------------|-----|
| - Médicos | 127 |
| -Enfermeras | 74 |
| -Trabajadores Sociales | 13 |
| - Jurista | 10 |
| - Sacerdote | 7 |
| - Psicólogo | 6 |
| - Administrativas | 6 |

- Persona ajena al Hospital 6

No contestan a esta cuestión 2 de los encuestados.

Pregunta 3.3- Dependencia del CAE

Se refiere a la dependencia jerárquica no funcional.

Como en las demás cuestiones las respuestas son diversas. Hay un Hospital que su dependencia es de un Patronato por estar constituido como una Fundación, y los dos que dependen de una entidad rectora corresponden a Hospitales de Ordenes religiosas.

- Gerencia 11 58%

- Dirección Médica 5 26%

Pregunta 3.4- Designación de los componentes

Algunos CAE dicen estar compuestos con personal voluntario, estos coinciden con los de más reciente constitución. Contrastan con los más antiguos, que al ser de una Orden religiosa, la designación depende del Hermano Provincial a propuesta de los miembros del CAE. Y en el caso del Hospital que es una Fundación, la designación depende del Patronato

En algunos de los Hospitales públicos la realiza el CAE junto con el Gerente y el INSALUD.

En los demás aparece diversidad de modalidades: el Director Médico, el Gerente, el propio Comité, el Presidente del CAE junto con la Dirección Médica y la de Enfermería. O continúan accediendo de forma voluntaria.

Pregunta 3.5- Estructura

Todos coinciden en tener Presidente, Secretario y Vocales.

En el 81% el Presidente es un médico y también en el 50% la función del Secretario la ejerce un médico. En el caso de los Vocales se da una mayor diversidad de profesionales..

Pregunta 3.6- Funciones

En este punto aparecían como posibilidades la tres habituales (asesorar, formar, protocolizar) de este tipo de Comités y la posibilidad de añadir otras distintas. Los resultados son los siguientes:

- Asesorar 6

- Docencia Interna 2

- La tríada habitual 13

Y solo en dos casos respondieron que ejercían solo dos de las funciones:

-Asesorar y protocolizar 1

- Asesorar y docencia 1

Pregunta 3.7- Funcionamiento y periodicidad de las reuniones

La mayoría parece tener reuniones mensuales, pero se da una oscilación entre el que la tiene quincenalmente hasta el que es solo semestral. Además en dos casos tienen grupos de trabajo para cuestiones específicas aunque no dicen de que tipo son las cuestiones.

Los CAE que las tienen habitualmente mensuales representan el 70%.

Pregunta 3.8- Número de casos al año

El número de casos anuales estudiados en un Comité oscila entre: ningún caso estudiado por estar en fase de comisión promotora, o de 3 a 18 casos. Siendo el 50% los que asesoran 3 o 4 casos al año.

Pregunta 4- Tipo de Comité

Esta cuestión no ha sido válida por no existir una clasificación dentro de los CAE tal como están constituidos en la actualidad.

Pregunta 5- Problemas ante la creación y el desarrollo

El mayor porcentaje de problemas han aparecido durante el desarrollo del CAE. Y en igual porcentaje están los CAE que dicen no haberlos tenido en ningún momento.

| | | |
|---------------------|---|-----|
| - ante la creación | 2 | 10% |
| - en el desarrollo | 9 | 43% |
| - en ningún momento | 9 | 43% |
| - en todo momento | 1 | 4% |

No se estima si el problema, en cualquiera de los puntos, ha sido objetivo o subjetivo por haber quedado en la mayoría de las respuestas sin contestar.

Pregunta 6- Formación en Bioética de los componentes del CAE.

Esta cuestión queda más clara en la segunda encuesta ya que en esta no se refleja bien si todos los componentes del CAE llevan el mismo plan de formación o solo alguno de ellos.

| | | |
|--|----|-----|
| - Master en Bioética | 10 | 33% |
| - Formación interna | 5 | 17% |
| - Cursos | 5 | 17% |
| - Ninguna por tener un experto en Bioética en el CAE | 4 | 13% |
| - Han recibido todo tipo de formación | 4 | 13% |

Pregunta 7- Temas más habituales que se tratan en los CAE

Los temas son muy diversos aunque coinciden, en un alto porcentaje, en comenzar tratando sobre el consentimiento informado y el ensañamiento terapéutico desde la perspectiva de la no reanimación y de la aplicación de tratamientos oncológicos y nuevas tecnologías.

Pregunta 8- Tipo de decisiones

En la mayoría de los CAE las decisiones son como asesoramiento y de tipo no vinculante y en un menor porcentaje son vinculantes.

| | | |
|------------------|----|-----|
| - No vinculantes | 21 | 91% |
| - Vinculantes | 1 | |
| - No contesta | 1 | |

Pregunta 9- Resolución de los casos urgentes

Lo más habitual según las respuestas, es que sea el mismo CAE o que exista otro modo para dar respuesta a los conflictos que surjan en una situación de emergencia. Solo en 3 Centros Asistenciales se designa a un miembro del CAE para que tome este tipo de decisiones en casos urgentes.

| | | |
|-------------------------|---|-----|
| - el mismo Comité | 8 | 37% |
| - un componente del CAE | 3 | 14% |
| - otro | 9 | 41% |
| - no contesta | 2 | |

Pregunta 9.1- Tipo de decisiones en los casos urgentes.

Las decisiones se consideran mayoritariamente no vinculantes, aunque la toma de decisiones haya tenido que ser de manera urgente.

| | | |
|-----------------|----|-----|
| - no vinculante | 18 | 82% |
| - vinculante | 1 | |
| - no contesta | 3 | 14% |

Pregunta 10- Modo de enfocar los problemas éticos.

En esta cuestión se ofrecen los modelos éticos más conocidos como son el modelo principlista y el modelo personalista, además el normativista que se refiere a las

normas morales confesionales o religiosas como puede darse en Centros Asistenciales de algunas Ordenes religiosas o de Testigos de Jehová, en los que predomina un ideario propio que vincula a los que prestan en ellos sus servicios profesionales. También las directrices que ofrecen los Colegios profesionales: Códigos deontológicos. Por último el modelo consensualista, de manera democrática, o de consenso universal.

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

- Principios tradicionales: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia

17 74%

- Principios personalistas: respeto y defensa de la vida física, terapéutico, libertad-responsabilidad, socialidad-subsidiaridad.

2 9%

- Modelo normativista 1

- Modelo consensualista 2

- Todos 1

Pregunta 11- Valoración del CAE por parte de la Gerencia del Hospital, del personal sanitario, del usuario y de los miembros del propio Comité.

Esta cuestión se presenta desglosada en cada una de las visiones sobre el CAE que ofrecen cada uno de los distintos grupos encuestados.

Pregunta 11.1- Gerencia del Hospital

Se ofrecen tres modos por los que valoraría de distinta forma la gerencia del Hospital al CAE.

- Retribuye económicamente a los miembros del CAE

- Los libera de horas de trabajo asistencial

- Lo considera una actividad de tipo altruista

Llama la atención que en un elevado número de casos es considerada la actividad que realiza el CAE de modo altruista, lo que conlleva que no se le ofrece ningún tipo de compensación.

En un porcentaje menor se les libera de horas de trabajo para poderlas dedicar a las actividades propias del CAE.

Y en ninguno de los casos existe retribución económica.

- Los libera de horas de trabajo asistencial 8 36%

- Lo considera una actividad de tipo altruista 14 64%

Pregunta 11.2- Valoración por parte del personal sanitario.

Se refiere al personal sanitario del propio Centro Asistencial. Se ofrecen tres respuestas posibles:

- Asisten a la formación propuesta por el CAE

- Consultan casos clínicos para su asesoramiento

- Leen y se interesan por las resoluciones del CAE

Aparece según las respuestas que existe interés por parte del personal asistencial hacia la actividad del CAE ya que :

- Asiste a la formación propuesta 11 48%

- Consultan casos clínicos 10 43%

- Leen y se interesan por las resoluciones 2 9%

Pregunta 11.3- Valoración de los usuarios.

Las cuestiones de valoración propuestas fueron las siguientes:

- Les dá seguridad que el médico sea asesorado por el CAE
- Acuden directamente al CAE
- Desconocen la existencia del CAE

Solo se ha recibido una respuesta afirmativa a la primera y segunda cuestión. En cambio mayoritariamente el usuario desconoce que exista un CAE en el Centro asistencial.

- Desconocen la existencia del CAE 15 65%
- No contesta 6 26%

Pregunta 11.4- Valoración del propio Comité.

Como en las anteriores se ofrecen tres posibles respuestas:

- Cree ser un organismo necesario en todos los casos
- Es solo necesario para casos especialmente complicados
- Tiene un interés meramente administrativo.

Mayoritariamente piensan que es necesario el CAE en todos los casos y en menor porcentaje solo en casos complicados. Y ninguno responde a que pueda ser un mero medio administrativo.

| | | |
|--------------------------------|----|-----|
| - Necesario en todos los casos | 11 | 48% |
| - Solo para casos complicados | 7 | 30% |
| - No contesta | 5 | 22% |

Pregunta 12- Existencia del reglamento interno del CAE

La respuesta afirmativa supone un 78% de Centros asistenciales que ya tienen su reglamento interno.

Pregunta 12.1- Publicación del reglamento interno del CAE.

Es un pequeño porcentaje los que confirman tenerlo publicado en la actualidad. Solo supone el 22% de todos los CAE que tienen reglamento interno.

Pregunta 12.2- Fecha de su publicación.

Las fechas corresponden con la antigüedad de la creación de los CAE y son las siguientes:

| | |
|------------|-----|
| - Año 1991 | 25% |
| - Año 1994 | 25% |
| - Año 1996 | 50% |

IX- Resultados de la segunda encuesta.

Esta segunda encuesta fue remitida a los 23 Centros asistenciales que dijeron tener CAE, aunque no todos lo tenían en el mismo estadio de desarrollo. La remitieron cumplimentada el 61% de los encuestados.

El cuestionario comienza con una breve toma de datos sobre la persona que lo va a responder.

Pregunta 1- Motivo por el que se deciden a formar un CAE.

Se ofrecen cuatro posibilidades de respuestas:

1- Dificultad de los médicos en resolver dilemas éticos clínicos

2- Choque de valores ante dilemas éticos entre: médicos-enfermeras, médicos-familia, Institución-equipo asistencial, otros.

3- Previsto por la Consejería de Salud

4- Otros

Las respuestas a los tres primeros puntos suponen cada una un 16% afirmativo como motivo para la creación del CAE. Y el 53% responde otros motivos como la inquietud de los profesionales, garantizar los derechos de los pacientes, estimula la buena práctica, y un Centro lo crea impulsado por el INSALUD.

Pregunta 2- Que profesionales del Centro mantienen mayor grado de motivación respecto al CAE.

Según las respuestas y ordenados de mayor a menor, los que mayor grado de motivación mantienen son los siguientes:

- 1º- Médicos
- 2º- Diplomadas en enfermería
- 3º- Directivos del Hospital. En mayor grado Director médico y de enfermería
- 4º- Capellán
- 5º- Trabajador social
- 6º- Otros

Pregunta 3- Tiempo que tardan en la resolución de casos desde su llegada al CAE.

El tiempo que tardan en la resolución en un caso oscila entre 15 días y 2 meses. La media de tiempo sería de 1 mes.

Pregunta 4- Valoración de las resoluciones del CAE por parte del personal sanitario, el enfermo y la gerencia del Centro asistencial.

Según el 68% de las respuestas, quien más y mejor valora las resoluciones del CAE son:

- 1º- el personal sanitario
 - 2º- el enfermo
 - 3º- la gerencia del Hospital
- El 32% no ha contestado a esta cuestión.

Pregunta 5- ¿Tienen previsto intercambiar experiencias con el CAE de otros Centros asistenciales?

El 92% de los CAE tiene previsto intercambiar experiencias con otros CAE.

Pregunta 6- ¿Han elaborado un programa de formación para los miembros del CAE?

El 64% responde afirmativamente, mientras el 36% dice no tener elaborado un programa de formación para los miembros de su CAE

Pregunta 7- Numere de mayor a menor importancia los temas que incluirían en el plan de formación del CAE

Según las respuestas, el orden de los temas de mayor a menor importancia que incluirían en un plan de formación para el CAE sería el siguiente:

- 1º- Éticos
- 2º- Jurídicos
- 3º- Filosóficos
- 4º- Legislativos
- 5º- Deontológicos
- 6º- Dinámicas de grupo

Pregunta 8- Quién coordina el programa de formación

En el 62% de los CAE el programa lo coordina el experto en Bioética.
En los demás el presidente del CAE o la Comisión de docencia.

Pregunta 9- Tipo de formación bibliográfica.

- Utilizan revistas y libros 62%
- Consulta libros 1 CAE
- Utiliza revistas 1 CAE

- No contesta 23%

De los que utilizan revistas solo un 44% da títulos de alguna publicación nacional o extranjera.

Pregunta 10- ¿Existe en su Hospital acceso a bibliografía en Bioética?

Responde que sí el 67% y el 33% que no.

Pregunta 11- Modalidad de la formación.

- continuada 60%

- esporádica 27%

- personal 13%

Pregunta 12- Número de Congresos, Jornadas, Seminarios, etc. prevista su asistencia por algunos de los miembros del CAE en este año.

La media a este tipo de formación es de 3 asistencias por CAE.

Pregunta 13- Número de horas mensuales que se dedica a formación interna

Del 75% que dice tener formación continuada, la media de horas que dedican es de 4 horas al mes.

Para el 8% la formación es personal.

El 17% no tiene ninguna formación interna.

Pregunta 14 y 15- ¿Existe algún tipo de evaluación sobre los conocimientos adquiridos?

Ningún CAE realiza una evaluación de los conocimientos adquiridos.

Pregunta 16- ¿Mantiene relación con Centros de Bioética?

El 85% dice que sí mantiene relación con algún Centro de Bioética.

Pregunta 17- Nos gustaría que razonase el motivo por el que en su CAE piensan utilizar.....como medio de resolución de dilemas éticos

Esta cuestión se envió modificada a cada CAE según la respuesta que cada uno dio a la pregunta: “Modo de enfocar los problemas éticos“, realizada en la primera encuesta.

Las respuestas, entre los distintos CAE, a esta cuestión han sido muy variadas, aún en los casos de los CAE que utilizan el mismo Modelo ético. Por este motivo se transcriben textualmente a continuación:

1- El CAE que utiliza el Modelo Personalista:

“El Instituto Psiquiátrico es un Centro público cuyo primer objetivo es prestar asistencia a la población, por lo que el derecho personal del usuario ha de colocarse en primer lugar”

2- Los CAE que utilizan el Modelo Principalista :

“...en sus primeras sesiones bajo la Dirección del Dr. R.A. (Master en Bioética) informó a los integrantes sobre los Principios Tradicionales dirigiendo a ellos las primeras sesiones de trabajo....”

“Porque la formación que estamos recibiendo se basa en estos principios y porque en realidad son los que ya utilizamos en la práctica del día a día aunque no de forma reglada”

“Por considerarlos de utilidad como base para la aplicación de una ética civil referida al campo sanitario asistencial. Se trata de compartir unos mínimos (no maleficencia, justicia) y respetar unos máximos (autonomía, beneficencia).

Se trata de una ética civil, en el que no quepan morales privadas ni estatales, en la que nadie pueda eximirse de los mínimos de justicia. Los mínimos se alimentan de los máximos y estos a su vez, sin imponerlos a nadie, se purifiquen desde los mínimos”.

“No es la única manera de razonar los casos pero sí es una que aporta valores claros y objetivos. Contempla puntos de vista de todos los actores de la situación (enfermo, médico, sociedad) si bien es difícil integrar otros principios (como la solidaridad) y otros actores, como la familia. No es un razonamiento exclusivo y también depende del tipo de problema planteado”.

“En contraste con otros métodos como el utilitarista o los confesionales, nuestro “CEA” considera que el empleo de los principios éticos tradicionales proporcionan una metodología útil y que facilita la resolución de los problemas éticos, pasando posteriormente a considerar esta solución bajo la luz de las consecuencias”.

3- Los que utilizan los Principios de Bioética norteamericanos junto con el modelo consensualista de toma de decisiones:

“Parece lo más fácilmente asumible en nuestro contexto cultural”

“No conocemos otra alternativa”

“Utilizaremos los 4 principios “clásicos” (autonomía, benevolencia, no maleficencia, justicia) y seguiremos la escuela del Instituto Borja de Bioética de S. Cugat del Valles (Barcelona)”

“Dado el “maremagnum” de confusa percepción de lo que és (y no és) la Bioética (hoy habla de ella hasta “el gato”), pienso que el consenso en estos cuatro principios puede ser una buena base para comenzar: Etica Mínima, o ética de mínimos”.

“Por dar calidad y protección tanto al Hospital como al usuario”

“A nivel personal prefiero el procedimiento de Salveston, propuesto por Jorver, Siegler y Winslade u otro parecido, por acercarse más a los procedimientos clínicos:.....”.

4- No se define por un modelo ético sino que utiliza como modelo el CAE de otro Centro Asistencial.

“Estamos refiriéndonos como modelo el CAE del Hospital San Juan de Dios de Barcelona”

4- El 13% no responde.

X.- Valoración de los resultados

X.I- De la primera encuesta.

Esta primera parte fue diseñada para conocer la situación de existencia o no de los CAE en los Centros Asistenciales del país. Y en caso afirmativo poder contar con unos datos básicos para completarlos y profundizar en este tema con una segunda encuesta.

a- Los datos referentes a los Centros Asistenciales son interesantes al relacionarlos con la existencia del CAE.

Aunque en algunos casos la persona que responde es ajena o lejana a la gestión del Hospital, puede ser este el motivo por el que no cumplimenta todos los datos. Además están los que no contestan por considerarlo confidencial.

b- En esta primera encuesta algunos responden tener un Comité que decide o asesora en temas éticos. No hacen distinción entre Comité de Investigación Clínica o Comité de Ensayos Clínicos que están implantados desde hace años en algunos Hospitales y que en algunos casos han llegado a asumir el asesoramiento en dilemas éticos de la práctica clínica.

En otros es la Comisión de Calidad la que se encarga, entre otros temas, de la humanización en la asistencia al enfermo, por lo que les lleva a confundirlo con el CAE.

c- Por las fechas de constitución se puede comprobar como el auge empieza en el año 95 y se mantiene en el 97.

Quedan dos CAE como casos aislados. Uno por su distancia en el tiempo, es el de S. Juan de Dios creado en 1974. Y el otro es el interprovincial de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de la provincia religiosa de Castilla del 1991, por ser este un modelo propio de esta Orden. Hay que considerarlos como pioneros de los CAE en nuestro país.

d- Resulta extraño que un CAE esté formado sólo por médicos y en otro caso son además de médicos, un psicólogo. Aunque es posible que dichos médicos tengan otras especialidades que no se han reflejado al dar la respuesta, como puede ser: medicina-legal, experto en Bioética, etc.

La composición habitual del CAE es multidisciplinar, lo que resulta más enriquecedor al poderse dar soluciones a los problemas tratándolos desde distintos puntos de vista. Dependerá que un CAE esté formado por un tipo u otro de profesionales según sean las características asistenciales del Centro y en consecuencia el tipo de dilemas que se les planteen, como puede ocurrir con los CAE de los Centros

Psiquiátricos en los que aparecen como miembros: el terapeuta ocupacional y el psicólogo, y la especialidad mayoritaria de los médicos es la Psiquiatría.

e- La dependencia orgánica o jerárquica varía dependiendo del modelo de organigrama de cada Centro. Así encontramos los Hospitales de Ordenes religiosas o de una Fundación que tienen una dependencia superior al Comité de Dirección y dentro de éste superior al del Director Gerente, por ejemplo: un Patronato, una Entidad Rectora, un Hermano Superior-Provincial,

Y en los Hospitales que son del Insalud, también el CAE depende jerárquicamente de esta entidad, u otra similar según las distintas autonomías de nuestro país.

De cualquier manera su influencia será a nivel de su funcionamiento.

En cambio, respecto a sus funciones es totalmente independiente.

f- La designación de los componentes se realiza de modos distintos.

Parece lógico que en su comienzo como Comité promotor, los miembros del CAE accedan de manera voluntaria por su grado de interés, pero al constituirse formalmente, es importante tener en cuenta el grado de formación, su dedicación a desarrollar las funciones del CAE y a la formación continuada personal o prevista para todos los miembros.

g- Esta cuestión sobre una posible clasificación de los CAE se planteaba a partir de la que realizó el Dr. Pesqueira en su estudio sobre los Comités Institucionales de Etica (27). En él diferenciaba a estos Comités por las siguientes características: el carácter de las consultas, el carácter de las decisiones y el ámbito de actuación.

En nuestro país no es posible realizar esta clasificación posiblemente por dos motivos:

1- por encontrarnos en el comienzo del desarrollo de los CAE.

2- por haberse dado una normativa que afecta a la creación y posterior acreditación de los CAE.

Comentario [S27]: Pesqueira E. Tesis doctoral "Comités Institucionales de Etica en España. Univ. Navarra, 1990.

La acreditación es obligatoria para que se consideren como tales las funciones del CAE. Y esta circunstancia hace que todos sean de similares características.

h- Referente a la formación de los componentes del CAE, aparece como en la mayoría de éstos Comités al menos uno de sus miembros es experto o magister en Bioética. En concreto: 10 dicen ser magister, 4 CAE tienen un experto, y otros 4 CAE dicen tener entre sus miembros todo tipo de modalidades de formación. Resulta por tanto que un total de 18 personas en distintos CAE tienen formación específica en Bioética.

i- En algunos Hospitales que tienen CAE no se han planteado la resolución de casos urgentes por no haberlos tenido hasta el momento de la encuesta.

En este punto también destaca un CAE en el que las decisiones en casos urgentes son de tipo vinculante. Lo consideran de esta forma por estar implicados en la decisión el miembro del CAE designado para casos urgentes junto con el médico de urgencias responsable del enfermo.

j- Es llamativo que se considere la actividad del CAE de tipo altruista en un 64%. Esta valoración puede ir en detrimento de la formación de los componentes del CAE y del desarrollo de sus funciones propias.

Aún siendo una decisión voluntaria la de formar parte del CAE, la gran mayoría de sus miembros, especialmente los del ámbito sanitario, están desarrollando un trabajo asistencial lo que de alguna manera, se debe tener en consideración, para que su trabajo en el CAE no resulte tan gravoso que les lleve a no dedicarle el tiempo suficiente o a tener que abandonarlo.

X.II- Esta segunda encuesta se centra más en datos concretos a cerca del desarrollo del CAE y la formación de sus componentes.

a- Se deduce por todas las respuestas, que en el motivo de la creación de los CAE, subyace una inquietud por resolver los dilemas éticos de diversa índole que se plantean a los profesionales de la salud en su tarea asistencial.

b- Son los médicos y enfermeras los profesionales que mantienen un mayor grado de motivación respecto al CAE. Esto parece lógico al ser ellos los que por su tarea cotidiana están más relacionados con el enfermo, sus familias y con otros profesionales sanitarios cuya actuación también incidirá sobre un mismo enfermo y su entorno.

Por tanto serán los que de forma más habitual se encontrarán en situación de resolver dilemas de carácter ético, en los que pueden encontrarse los distintos modos de pensamiento que dificulta el llegar a un consenso respecto a la postura a seguir..

c- Para la resolución de casos es necesario, como en otras muchas cosas, la práctica. Desde que llega la consulta sobre un caso al Secretario, que deberá hacer que se convoque el CAE, estudiarlo, dar una resolución, ponerlo por escrito y hacerlo llegar a quien realizó la consulta; pasa un tiempo determinado que debería ser el menor posible.

Este proceso supone una dinámica de trabajo que debe ser ágil, de manera que haga que el tiempo de espera para el asesoramiento de una consulta sea mucho menos que un mes.

Es distinto cuando se trate de la elaboración de un protocolo que responde a una necesidad menos inmediata y que se trabaja para más largo plazo.

d- En la primera encuesta se pedía la valoración del personal sanitario, el enfermo y la Dirección del Hospital sobre el CAE y veíamos como el enfermo en la casi totalidad de los casos desconocía su existencia. Y que quien mejor valoraba el CAE era el personal asistencial.

En esta segunda se pide la valoración a los mismos pero respecto a las resoluciones del CAE. Y nos encontramos con que quien menos los valora es la directiva del Centro Asistencial. El primero es el personal sanitario y después el enfermo.

Esta aparente falta de interés que se viene captando en varias respuestas, por parte de la directiva resulta al menos, poco comprensible.

Sería conveniente tener en cuenta lo siguiente:

- En la Circular 3/95 del Insalud sobre CAE, en el punto 5 sobre dotación de medios, dice textualmente: “Para garantizar el cumplimiento de sus funciones cada Comité recibirá el suficiente apoyo administrativo de la Dirección del Hospital, y de la de Atención Primaria si el ámbito del Comité fuese el área de salud. Deberá contar, al menos, con los siguientes medios: - Un espacio para la secretaría del Comité en el que exista el mobiliario mínimo que garantice la custodia y confidencialidad de sus documentos.

- El soporte informático básico que permita manejar con facilidad la información generada por el Comité.

- Una persona cuya dedicación sea suficiente para garantizar la elaboración de las actas de las reuniones y la comunicación entre el Comité y los profesionales, los pacientes o usuarios y las Autoridades Sanitarias”.

Y en el Decreto del Gobierno Vasco 143/1995, de 7 de febrero, sobre creación y acreditación de los CAE(28), dice refiriéndose al respaldo institucional: “La posibilidad de una instrumentalización al servicio de otros intereses, su debilidad intrínseca en el mundo sanitario por su carácter consultivo y de mediación y por su voluntad de constituirse en espacio de diálogo social, hacen necesario un cierto respaldo institucional que, por un lado, evite su deslizamiento hacia la resolución de otro tipo de problemas y que, por otro lado, impida que devenga en instancia estéril”.

Y dos párrafos más adelante añade:” Constituye requisito indispensable, y de ahí la necesidad de su acreditación, que estos Comités de Etica estén dotados de una estructura sólida para que puedan gozar de prestigio y puedan ser respetados por todos los estamentos”.

e- Es interesante leer en las respuestas de los encuestados que casi en su totalidad piensan tener o ya tienen relación con el CAE de otros Centros Asistenciales. Me parece que es muy enriquecedor conocer la experiencia de quien lleve más tiempo en este trabajo y poder poner cuestiones en común que preocupen a varios CAE, así como aprovechar la docencia que se organiza en uno de ellos.

Comentario [S28]: Boletín Oficial del País Vasco del 2 de Marzo de 1995.

f- Es uno de los puntos más importantes en un CAE, el tener una formación adecuada para el trabajo que se va a realizar, igual que se haría para afrontar cualquier otro cometido profesional.

No es comprensible que un 36% no tenga previsto un programa de formación para sus miembros.

En la encuesta anterior cuando se preguntaba sobre el tipo de formación de los componentes del CAE, algunos respondían que no tenían ninguna específica por tener entre sus miembros un experto en Bioética. Me parece un error tan grave como decir que en una Junta Facultativa los médicos carecen de formación específica por haber uno que es especialista.

¿Con qué se confunde la Bioética? ¿Se piensa que es una “moralina”? ¿Se cree que se resuelve un dilema ético a base de opinar uno u otro más o menos certeramente?.

Si parece ser que la cuestión ética, dentro de algunos CAE, se tiende a dejarla en manos del experto en Bioética y los demás opinan sobre lo que desde su prisma profesional pueda aportar datos para mejor comprensión del dilema o para dar una respuesta que abarque un campo más amplio, como puede ser el social; yo me pregunto ¿está cubriendo el CAE la necesidad actual respecto a la resolución de los dilemas? ¿no será más conveniente que cada Centro Asistencial cuente con un profesional, realmente experto en Bioética, que sea la persona que asesore, fomente la formación de los profesionales en este tema y junto con ellos elabore los protocolos necesarios?.

g- Según las respuestas a cerca del posible plan de formación, aparecen ordenados los temas que se proponían, dando prioridad a los éticos y jurídicos. Los filosóficos están en tercer lugar y los deontológicos en el quinto.

Lo lógico parece que sería comenzar haciendo una fundamentación filosófica y continuar estudiando ética.

La deontología, cuando aún no existe suficiente formación, debería ser el método utilizado de manera más habitual. Los Códigos deontológicos tienen su propio peso específico ante la jurisprudencia por estar consensuados e incidir sobre la praxis médica y de enfermería.

Después estarían los temas legislativos y jurídicos.

Es importante, y por eso aparece en el listado de temas posibles dentro de la formación de los CAE, la dinámica de grupo.

El CAE que se reúne durante largas horas y no es capaz de llegar a un punto concreto, o la persona que dirige la sesión no sabe moderar, puede influir de manera tan negativa que se produzca la desaparición del CAE por falta de eficacia y diligencia.

h- Es lógico que quien se responsabilice más directamente del programa de formación sea la persona más preparada en Bioética. Y así aparece reflejado en el resultado de esta pregunta. Pero no en todos los casos, ya que en algunos es el presidente del CAE o la Comisión de docencia quien se encarga de este cometido.

En definitiva lo que importa es que quien haga la programación sepa cuales son las necesidades de formación de este grupo de profesionales cuyo cometido es fundamentalmente, el facilitar la tarea de decisión de otros profesionales sobre dilemas éticos.

i- Es llamativo el bajo índice de utilización de publicaciones específicas de temas éticos. A pesar de esto, el 67% dice tener acceso a bibliografía de Bioética en su Hospital.

Algunos dicen utilizar para los temas éticos las propias revistas profesionales.

Aunque en algunas de estas publicaciones profesionales se de un aspecto sobre ética, parece que es necesario acceder y manejar de forma habitual las publicaciones sobre temas de Bioética que ya existen en nuestro país, además de consultar las extranjeras sobre estos temas específicos.

j- La modalidad para la formación debería ser continuada y con un plan previsto para facilitar que todos los componentes tengan igual grado de conocimientos, al menos en una formación básica. Y además personalmente algunos pueden profundizar más en algún aspecto o en todos, ya que pretender abarcar todos los temas de una disciplina tan amplia como es la Bioética puede resultar mucho más dificultoso para quien no tenga una dedicación exclusiva, como suele ser el caso de los miembros de un CAE.

k- Se plantea en cuatro preguntas más, la cuestión de la formación. Se refieren a la asistencia a Congresos, Jornadas, Seminarios, etc.; al número de horas mensuales que se dedica a la formación interna, y si existe algún tipo de evaluación de los conocimientos adquiridos por los que asisten a cualquiera de los medios de formación propuestos.

Las respuestas a estas cuestiones es variada. La media de asistencia a formación externa, es decir Congresos, etc. es de 3 por algún miembro del % de los CAE que responden.

Del 75% de los CAE que tienen formación continuada, la media de horas que dedican es de 4 horas al mes. No es mucho tiempo pero si realmente es continua y sólo se dedican a formación teórica, se pueden ir adquiriendo conocimientos fundamentales en Bioética. Esta formación sería conveniente apoyarla con, al menos, un curso intensivo al año que facilite un mayor impulso en la adquisición de conocimientos, dada la alta responsabilidad que tienen los componentes de un CAE al tener que asesorar sobre este tipo de cuestiones que afectan directamente a la actuación y a la vida de otros semejantes.

La evaluación sobre los conocimientos adquiridos me parece necesaria, aunque no tiene por qué ser por medio de un examen, sino que sería suficiente con exponer, en el caso de que sea un sólo miembro el que asiste a una actividad formativa como podría ser un Congreso, un resumen de lo dicho en el mismo. La evaluación en muchas ocasiones puede y debe ser personal.

l- Es interesante que el 85% responda tener relación con un Centro de Bioética.

A esta pregunta le falta: “*especifique...*” pues sería interesante saber a que Centro se refieren ya que en nuestro país, actualmente sólo existe un Centro de Bioética en Barcelona, que es el Instituto Borja. Aunque también abundan en la actualidad asociaciones de Bioética que cuentan con expertos en esta disciplina.

ll- En las respuestas a esta cuestión se aprecia que aún no se conocen suficientemente los modelos éticos que utilizan los distintos CAE.

También se aprecian contradicciones incluso al tratar varios encuestados sobre un mismo modelo ético.

En otras ocasiones sólo conocen un modelo ético porque ese es en el que le han formado. Situación que resulta algo reduccionista, ya que aunque se presente como válido un determinado modelo ético, también se deben dar a conocer los demás modelos y relacionarlos con las distintas corrientes filosóficas de las que dependen, o están relacionados.

En otro caso la persona que responde parece no estar de acuerdo con el método ético que utiliza su CAE ya que hace referencia a una preferencia personal que le parece más adecuada. ¿Señal de pluralidad dentro de un mismo CAE?.

Habría sido interesante que hubiésemos podido tener el razonamiento de quien utiliza todos los modelos propuestos: normativista, principlista, personalista, unido a un sistema consensualista. Si no se tiene una línea definida ¿cómo llegar a un resultado coherente con la propia filosofía del Centro Asistencial, las diversas formas de pensamiento de los componentes del CAE, etc.?. Más bien parece una postura relativista, o que por estar comenzando este CAE su andadura, aún no esté completamente definido en su modelo ético.

La lógica nos puede decir que si no sabemos de donde partimos será más difícil llegar a un final.

Otros responden seguir como modelo a otro CAE con más experiencia, en concreto uno de ellos, se refiere al del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Esto, en los comienzos de un CAE puede ser un buen sistema, sobre todo si son Centros Asistenciales de similares características respecto al tipo de actividad asistencial y que se le plantean similares dilemas éticos

XI- Conclusiones

XI.1- Sobre los CAE

Lo último publicado respecto a los CAE, en la sección de Normativa de una prestigiosa publicación para el mundo sanitario (29), con fecha: 17 de septiembre de 1997, nos dice que a nivel de la Comisión de Sanidad del Senado se insta al Gobierno

Comentario [S29]: Diario Medico, 17 de Septiembre de 1997, Sección: Normativa.

para que se vuelva a impulsar la creación de los CAE en los Centros Asistenciales de nuestro país.

Al cierre de este estudio y según la misma publicación antes mencionada, existen un total de 28 Centros Asistenciales de la red pública con un CAE en distinto proceso de desarrollo.

En la primera encuesta ya respondían 23 Centros Asistenciales, entre públicos y privados, que sí tenían un CAE, aunque posteriormente no todos llegaron a cumplimentar la segunda encuesta.

Actualmente no se conoce la existencia de ningún CAE en las siguientes autonomías: Galicia, Navarra, Murcia, Melilla, Ceuta, Extremadura y Baleares.

Como se ha comentado en varias ocasiones a lo largo de este estudio, la creciente creación de los CAE, tanto en los Centros públicos como privados, parece imparable.

¿Esta situación es positiva o negativa?. Posiblemente, si la creación de los CAE viene precedida por una situación de necesidad, por los diversos motivos ya analizados con anterioridad, será muy positiva su creación. Pero a esto hay que añadirle que debe estar respaldado tanto desde la directiva del Centro Asistencial facilitándole los medios necesarios para llevar a cabo sus funciones; como por el resto de profesionales de dicho Centro mediante el respeto y el apoyo al trabajo que se realiza en el CAE.

Por otra parte podría resultar negativo e ineficaz la creación de un CAE sin que exista demanda por parte de los profesionales para que haya un organismo que les facilite la resolución de los dilemas éticos. Actualmente ya existen ejemplos como los de dos Centros en los que en el año 1990, según el estudio del Dr. Pesqueira tenían un Comité para temas éticos y que en este momento se replantean otra vía para dar solución a las cuestiones éticas que se les plantean en sus respectivos Centros Asistenciales.

XI.2- Sobre la formación de sus componentes.

Es una cuestión tan importante que debería ser previa a la creación del CAE. Desde que se prevé su necesidad y se comienza a constituir la Comisión gestora o promotora, se debería analizar el nivel de formación que tienen los profesionales que se presentan de forma voluntaria a formar parte de este incipiente CAE.

Según las necesidades detectadas, se debería crear un plan de formación para todo el Comité, sin que esto influya en que uno o varios de sus miembros tengan mayor dedicación a su preparación mediante la realización de un master o una especialidad en Bioética. A la vez, se debería tener en cuenta la divulgación e información sobre la creación del CAE, sus funciones, quienes son sus componentes, etc., es decir, todo tipo de información que haga cercano este nuevo organismo a todos los profesionales del Centro Asistencial, así como a los enfermos y sus familias.

Sería interesante que el CAE contase con un presupuesto para la docencia.

Parece que la formación debería ser de las siguientes modalidades:

1- Formación interna-continuada

2- Formación externa: Congresos, Jornadas, etc.

3- Formación compartida con los CAE de otros Centros Asistenciales, lo que contribuiría a moderar el presupuesto.

4- Sesiones bibliográficas y facilidad de acceso a consulta bibliográfica empezando por las publicaciones nacionales ya que éstas reflejan de manera más certera la realidad de nuestra sociedad respecto a los temas relacionados con la Bioética. Y por supuesto las extranjeras de mayor prestigio.

XI.3- Sobre la elección de un modelo ético.

En este momento existen sólo tres Universidades en las que se imparten los Cursos de formación en Bioética con titulación de magister y expertos. Son la de Santiago de Compostela, la de Murcia, y la Complutense en Madrid.

Estos estudios han surgido respectivamente del Departamento de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina, del Departamento de Biología Celular y Ciencias socio sanitarias, y de la Cátedra de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina.

Los más antiguos son los de la Universidad Complutense que ya ha formado aproximadamente a unos 117 alumnos, le sigue la de Santiago con 36 alumnos desde el año 1996, y por último la de Murcia con 11 alumnos.

También en el año 97 el Instituto Borja ha comenzado con este tipo de formación con titulación Master y está ahora en su primera promoción de magister.

El Master de la Universidad Complutense comenzó su andadura a la vez del comienzo del primer impulso para la creación de los CAE, año 1988. Su modelo ético

en el que forma a sus alumnos es el de la Bioética norteamericana, lógico por otra parte sabiendo que su Director, el Profesor Diego Gracia, está formado en la Universidad Georgetown de Estados Unidos.

Pienso que éste es el motivo por el que nos hemos encontrado en las respuestas a

la pregunta sobre el modelo ético que se utiliza en los CAE, que mayoritariamente sea el modelo Principista o tradicional. Ya que la mayoría de esos alumnos ejercen en los Hospitales públicos del INSALUD, donde más CAE están ya constituidos.

Este estudio resulta difícil de cerrar dada la continua aparición de Comisiones promotoras de otros tantos CAE, por lo que pienso que será interesante repetir las encuestas que hemos realizado, dentro de cinco años, y podríamos constatar cuantos han continuado, y en qué situación se encuentran los demás. Ya que si, tanto los CAE como las Instituciones donde se establecen, no se sujetan a la normativa prevista, su final se podría prever en un futuro próximo, según las dificultades detectadas en este estudio.

ANEXOS

Anexo nº 1:

Perfil de los encuestados en la primera encuesta.

1.1- Edad.

Los encuestados tienen una edad comprendida entre los 32 y los 75 años, con una media de edad de 44 años.

EDAD

| | |
|----------------|----|
| -31 - 40 años | 34 |
| - 41 - 50 años | 38 |
| - 51 - 60 años | 11 |
| - > 60 años | 4 |
| - N.C.: | 20 |

1.2- Sexo

Entre los encuestados, 71 son varones (65%), 27 son mujeres (25%) y 9 no cumplimentan este dato (8,4%).

1.3- Años de ejercicio profesional

La media de años de ejercicio profesional se situa en 15 años.

1.4- Titulación

El 78% de los encuestados son Médicos, el 10% no responde y el resto pertenecen a distintas profesiones relacionadas con el ámbito asistencial.

| | |
|----------------------|----|
| - Médicos | 84 |
| - Enfermeras | 6 |
| - Médico-Teólogo | 1 |
| - Farmacéuticos | 2 |
| - Trabajadora Social | 1 |
| - Capellán | 1 |
| - Jurista | 1 |
| - No Contestan | 10 |

Las especialidades de los Médicos abarcan un amplio abanico. La que más aparece es Medicina Interna 29%, seguida de Psiquiatría con un 13%.

1.5- Ámbito de trabajo

El total de encuestados desarrollan su trabajo en el ámbito asistencial-hospitalario.

1.6- Área de trabajo

En cambio las Áreas o Departamentos donde desarrollan su actividad es más variada, aunque en mayor medida lo realizan en el Área de Gestión un 50% de los profesionales.

Solo un 5% del total dicen compartirlo con su tarea en un CAE. Y un profesional parece tener dedicación exclusiva para el CAE.

1.7- Formación específica en Bioética

El 37% responde afirmativamente a tener formación en Bioética y el 67% negativamente.

Anexo nº 2:

Cómo poner en marcha un CAE

Con todo lo expuesto hasta ahora, y de manera resumida, parece que estos podrían ser básicamente los pasos a seguir para la creación de un CAE en una institución sanitaria:

- 1º- En primer lugar preguntarse ¿es necesario el CAE en el Hospital?
- 2º- Sensibilizar al personal a plantearse los dilemas éticos aunque supongan una reflexión crítica inmediata o retrospectiva en actuaciones anteriores.
- 3º- Implicación de la dirección, de todos los servicios y de todos los estamentos, para que se pueda desarrollar el Comité y se demande su asesoramiento.
- 4º- Proponer provisionalmente los miembros que lo puedan componer.
- 5º- Al menos una persona que se prepare adecuadamente en Bioética. Esto supone al Centro Asistencial la liberación de tiempo de un profesional, que irá ligado a un coste económico.
- 6º- Detectar las necesidades de los profesionales respecto a este tema y plantear objetivos para su resolución.
- 7º- Establecer una metodología de trabajo, es decir, periodicidad de las reuniones, horas de dedicación, reparto de tareas, etc.
- 8º- Comenzar estudiando casos sencillos, globales, de aspectos que no sean gravemente conflictivos
- 9º- Tener previsto un plan de formación continuada de sus miembros que abarque temas de filosofía, ética, legislación, deontología, etc.
- 10º- Adquisición de experiencia en la toma de decisiones y agilidad en la resolución de casos planteados al CAE, con resoluciones claras, bien razonadas y aplicables.
- 11º- Accesibilidad al CAE por parte de todo el que lo requiera, tanto profesionales, como enfermos o sus familiares.

12º- Atribución de competencias por la dirección del Hospital y los profesionales. ¿Qué expectativas se tienen de esta Comisión?. Conocerlas y se evitarán conflictos por mal entendidos.

13º- Elaboración del reglamento interno, primero de forma provisional y después definitivo. Es aconsejable utilizar como referencia los reglamentos internos ya elaborados por otros Hospitales de similares características.

14º- Renovación periódica de sus miembros de forma paulatina, cada tres años.

El motivo es que por una parte es un esfuerzo añadido al trabajo habitual, y por otra es bueno dar posibilidad a que otros profesionales se vean en la necesidad de tener que asesorar en estos temas, desde la perspectiva de la Bioética.

BIBLIOGRAFIA

1. Temes J. L. Manual de Gestión Hospitalaria. Ed. Interamericana, Madrid, 1992
2. Ley General de Sanidad, B.O.E., 29 de Abril de 1986, pp. 15.209-15.210
3. Gracia D., Fundamentos de Bioética. Ed. Eudema, Madrid 1989. pp. 41-106
4. López J., Objeción de Conciencia Farmacéutica. Ediciones Internacionales Universitarias, Barcelona 1997.
5. Estatuto del Embrión Humano, Rev. Actualidad del Derecho Sanitario, 1997 nº 24
6. Sgreccia E., Manuale di Bioetica. I Fondamenti de Etica Biomedica, De. Vita e Pensiero, Milano 1994. pp. 179-181
7. A. Spagnolo. Rev. Bioética y Ciencias de la Salud Vol. II nº 1, SAIB 1996 pp. 8
8. Sgreccia E., Manuale di Bioetica. I. Fondamenti di Etica Biomedica, De. Vita e Pensiero, Milano 1994 pp. 179-181
9. Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina. Diario Médico 4-IV-97
10. Pesqueira E., Comités Institucionales de Etica en España. Tesis doctoral. Univ. de Navarra, 1990 pp 15. Sin publicar.
11. President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment, Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decissions. Washington DC: US Government Office, 1983.
12. Pesqueira E., Comités de Etica Institucionales en España. Tesis doctoral. Univ. de Navarra, 1990 pp. 16.
13. "El Hospital Católico. Material para la reflexión". Rev. Labor Hospitalaria nº:188, vol. XXV, 1983 pp. 72-77.
14. Pesqueira E., "Los Comités de Etica Hospitalaria y la relevancia de sus decisiones" Manual de Bioética General, Ed. Rialp, 1994 Madrid cap. 23.
15. Beauchamp. Encyclopedia of Bioethics, 1978, 3ª edición.
16. Sgreccia E., Manuale di Bioetica. I Fondamenti de etica biomedica, Ed. Vita e Pensiero, 1994, Milano pp. 50-53.
17. Pardo A. "El Principalismo en Bioética" Rev. Bioética y Ciencias de la Salud Vol. II nº 3, 1997 pp. 22.
18. Sgreccia E., Manuale di Bioetica. I Fondamenti de etica biomedica, Ed. Vita e Pensiero, Milano 1994, pp. 171-179.
19. Pardo A., "El Principalismo en Bioética" Rev. Bioética y Ciencias de la Salud Vol II nº 3, 1997 pp. 26.
20. Spaeman, R. Etica: Cuestiones Fundamentales, Ed. EUNSA, 1993.
21. Gracia D., Fundamentos de Bioética, Ed. EUDEMA, Madrid 1989 pp 575-582.
22. Blázquez N., Bioética Fundamental, Ed. BAC, Madrid 1996 pp 545-547.
23. Cortina A., Etica mínima: Introducción a la filosofía práctica. De. Tecnos, Madrid 1986.
24. Torralba F., "Pluralidad de sistemas éticos ¿es posible el consenso?" Rev. Bioética y Ciencias de la Salud Vol. II nº 4, 1997.
25. Melendo T. Millán Puelles L. Dignidad: ¿ una palabra vacía?, Ed. EUNSA, 1996.
26. Herranz G. "¿Eutanasia o Unidades Paliativas?" Rev. Bioética y Ciencias de la Salud Vol. 0, 1994.

27. Pesqueira E., Tesis doctoral “Comités institucionales de ética en España” Univ. de Navarra, 1990
28. Boletín Oficial del País Vasco del 2 de Marzo de 1995.
29. Diario Medico, 17 de Septiembre de 1997, Sección Normativa.