

Bioética desde un comité hospitalario de ética latinoamericano

Marta Fracapani de Cutiño

Resumen

La experiencia de un Comité Hospitalario de Ética, de la provincia de Mendoza (Argentina) permite fundamentar la necesidad de proponer objetivos, contenidos, metodologías y sistemas de evaluación que estimular la implementación de estos Comités interdisciplinarios en América Latina y el Caribe. En esta presentación se acentúa la función consultiva del Comité, desde los postulados de la bioética en contexto, promoviendo la activa participación tanto de los pacientes afectados y su familia, como de los expertos profesionales, valorando el principio de autonomía.

Nuestro Comité funciona en el Hospital Humberto Notti, antes Emilio Civit, que es un centro de atención médica complejo, referencial en el centro oeste de la República Argentina, en la provincia de Mendoza.

El Comité de ética del Hospital H. Notti desarrolla su labor desde el 15 de junio de 1989. Nuestro interés en la bioética surgió como respuesta a los nuevos y numerosos problemas que como médicos terapeutas se nos planteaban en el tratamiento de niños graves, a veces murientes, ante las nuevas posibilidades terapéuticas, farmacológicas o técnicas que nos ofrecía la medicina; ante el interés cada vez mayor de los padres y pacientes en saber sobre la toma de decisiones y participar en ellas, y, sobre todo, ante las limitaciones en la disponibilidad de recursos terapéuticos sofisticados. Comprendimos que la ciencia y la técnica no podían ofrecernos las respuestas que buscábamos, ya que eran interrogantes referidos a valores espirituales y morales.

Sin saberlo, intuitivamente, comenzamos a transitar el camino de la transdisciplina y transculturalidad

adquiriendo conciencia humanística. A partir de 1986 comenzamos a reunirnos con profesionales de distintas ciencias que tienen como objeto de estudio al hombre, con el fin de estudiar y reflexionar sobre los conflictos éticos que surgían en nuestra práctica profesional.

Esta actividad realizada en forma sistemática y metodológica, nos llevó a formar el Centro Cuyano de Estudios Bioéticos. Como fruto natural de esos estudios surgió la solicitud a las autoridades hospitalarias de la creación del Comité hospitalario de ética. La iniciativa contó con el apoyo e interés de las autoridades hospitalarias que rápidamente implementaron su creación. Para la designación de sus miembros se siguieron dos criterios distintos: algunos fueron designados entre los que presentaron la propuesta y que ya se habían comprometido con el estudio y trabajo, y otros fueron designados de acuerdo a un criterio jerárquico y estratégico que las autoridades consideraron como más propicio para el posterior desarrollo del Comité.

Los comités son de composición colegiada (comités, consejos, juntas,

comisiones) para ofrecer una visión variada ante una situación singular, que resuma en un único dictamen una perspectiva transdisciplinaria y pluralista que se transforme en una voluntad unitaria. Así se logra que la acción sea de uno, pero el consejo de varios¹.

Nuestro Comité está constituido por 13 miembros y tal como lo aconsejaba la Academia de Pediatría² se integró con un abogado, un teólogo, un filósofo, un contador, un representante de la comunidad, además de 2 enfermeros y 5 pediatras generales y especialistas³. Los padres del niño frecuentemente se incluyen en el proceso de deliberación. También puede participar el ministro correspondiente a la religión del paciente involucrado.

Hay que aclarar que el teólogo (católico) no sustituye o suprime la presencia del sacerdote o ministro religioso⁴. Esta distinción de roles no implica necesariamente dos personas diferentes, en muchos casos puede ser la misma. A veces el sacerdote o ministro relacionado con la persona en dificultad ética, no está capacitado para el debate bioético específico, pero siempre lo está para el

debate general, de principios y valores religiosos⁵.

Los miembros de nuestro Comité pertenecen a distintos credos religiosos, aunque no fue un requisito a considerar cuando fueron designados. El abogado cumple un rol muy importante al indicar el marco legal y señalar si alguna opción es antijurídica. El Comité no aconseja en desacuerdo con la legislación positiva para garantizar que todos los dictámenes salvaguarden la responsabilidad profesional de los consultantes. Cuando se han analizado problemas que constituían excepción a la norma legal se ha señalado la necesidad de solicitar autorización judicial y así se ha hecho.

El abogado no pertenece al plantel del hospital para evitar conflictos de interés. Igual situación se da en el caso del filósofo, el teólogo y por supuesto el representante de la comunidad. Los miembros citados se consideran miembros titulares y todos tienen voz y voto. Son designados y revocados por el director del hospital. Las funciones de los miembros pertenecientes al plantel del hospital se cumplen en el horario habitual de trabajo. No así la ta-

rea de autoformación y capacitación del grupo que ha demandado un gran tiempo extra.

Creemos un deber de justicia que se pueda concretar una resolución ministerial que afirme que los miembros no pertenecientes a la planta hospitalaria podrán ser rentados. También han participado en las reuniones miembros invitados y consultores con voz pero sin voto. La mayoría de las veces para aportar la experiencia de sus propias especialidades al Comité y algunas otras veces como aporte docente del comité hacia algunos miembros de la comunidad hospitalaria. Los miembros invitados y los consultores pueden ser representantes de instituciones formadoras de recursos humanos en salud; ex miembros de la institución que además de su meritoria trayectoria acreditan antecedentes en temas de la bioética, representantes de entidades religiosas, comunitarias o relacionadas.

En los primeros años no se permitía que el profesional consultante participara en la discusión

Los miembros de nuestro Comité pertenecen a distintos credos religiosos, aunque no fue un requisito a considerar cuando fueron designados.

del conflicto, porque se consideraba que al no conocer el método de análisis y no haber logrado la total cohesión de los integrantes se podrían generar nuevos conflictos, y por otro lado podría perjudicarse la imagen del comité. Luego de haber efectuado el análisis

a puertas cerradas se refería al consultante la metodología usada y el consejo elaborado, así como sus fundamentos. A medida que disminuyeron los prejuicios hacia el Comité y éste se consolidó en su metodología de funcionamiento se permitió la participación en el diálogo de los consultantes. La consulta, dictamen o informe que expide un órgano consultivo, Comité, en la mayoría de los casos resulta por unanimidad pero, en el caso de que exista una minoría disidente, también puede ser por simple mayoría.

En nuestro caso todas las consultas fueron resueltas por unanimidad, seguramente porque antes habíamos acordado el proceso de toma de decisión a seguir. Las deliberaciones o sesiones del comité se efectúan en comisión y

se asiste al equipo de salud, al paciente, familia, comunidad, autoridades de la institución, otras instituciones, dando la respuesta al problema objeto de la consulta. El comité debe estar formado por miembros estables (permanentes) y transitorios o invitados, incluso *ad hoc*.

Es importante considerar el principio de inamovilidad o estabilidad de los miembros que cumplen determinados requisitos, para asegurar la independencia funcional ante eventuales arbitrios⁶. El informe que emite el Comité hospitalario de bioética como órgano consultivo, al que denominaremos dictamen o parecer, no es vinculante. Esto origina que quien presenta la consulta y toma finalmente la decisión no está eximido de la responsabilidad profesional. El único responsable de la acción es el agente que toma la decisión.

El comité emite una opinión técnica, transdisciplinaria, que globaliza una opinión única y que traduce una opinión translúcida, lícita, fundamentada, sin efectos jurídicos para terceros, y resguardadora siempre de la dignidad de la persona humana y su medio ambiente. No obstante, el comité res-

ponde directamente, en caso en que su opinión o actividad fuera ilícita o antijurídica. Por ejemplo, encuadrar un caso de eutanasia por acción u omisión como muerte digna; aconsejar métodos desproporcionados de tratamiento para alcanzar beneficios económicos. Esto se basa en la legislación civil y penal vigente.

Ante una consulta a un comité de ética hay distintos tipos de respuestas:

- a) **Informe:** se refiere a un relato o exposición de los hechos, sin elementos de juicio o juicios concretos en el contenido del supuesto objeto de consulta. Ejemplo: problemas técnicos-médicos o técnico-jurídicos que deben ser remitidos al ámbito de competencia correspondiente.
- b) **Juicio u opinión:** el dictamen contiene una valoración ética o axiológica, a la que se llega una vez seguido el proceso de toma de decisión previamente consensuado y aceptado por el Comité.

El Comité exterioriza su voluntad a través de un dictamen, actividad típicamente consultiva, sea

retrospectiva o prospectiva. Exteriorización de voluntad que tiene características propias que es necesario señalar:

- ❖ Las opiniones o dictámenes prospectivos que emite el Comité no los hace de oficio, ni en forma espontánea, sino siempre a solicitud o requerimiento de la parte interesada.
- ❖ Los dictámenes no pueden emitirse en abstracto sino en concreto para un caso particular, sea en el cumplimiento de la función consultiva retrospectiva o prospectiva. En la primera el hecho de que el conflicto haya sucedido y ya haya sido resuelto no lo hace abstracto.
- ❖ Los dictámenes deben ser claros y concisos, refiriéndose únicamente a emitir opinión concreta sobre lo solicitado.
- ❖ La opinión elegida debe estar basada en un diagnóstico técnico médico de excelencia, lícita desde el punto de vista jurídico y justificada por valores, normas, principios o virtudes.
- ❖ Los dictámenes son facultativos, es decir, no se tiene obligación de aceptarlos.

Nos parece oportuno, sobre el tema, referirnos a los tipos de

dictámenes en virtud de hacer las diferencias con los comités de ética en investigación.

Se reconocen tres categorías de dictámenes:

- a) **Facultativos:** se los denomina voluntarios, libres o potestativos. Son aquellos en que no se está obligado a su requerimiento, pero que voluntariamente puede solicitarse en intervención y aceptar sus conclusiones. Se tiene la facultad de solicitar libremente el parecer del Comité pero no la obligación de aceptar sus condiciones. El dictamen es libre porque puede ser seguido o no y encuadra en el tipo de dictamen de los Comités hospitalarios de bioética.
- b) **Obligatorios:** también se los denomina como mixtos, cuasi vinculantes, optativos o no vinculantes. En este caso, quien va a decidir debe requerir opinión y juicio por imposición del orden normativo, aunque no se está obligado a aceptar su decisión. El requerimiento y la consideración del dictamen es elemento necesario y su omisión ocasiona responsabili-

dad. En síntesis: es obligatorio solicitar el parecer y facultativo aceptar o no la decisión.

- c) **Vinculantes:** su naturaleza responde a la denominación, por cuanto es la ley o el orden normativo la que impone la obligación de requerirlo y ajustarse a sus conclusiones. Estas últimas son normas obligatorias. Por ejemplo: la observación de un comité de ética de investigación a un protocolo de investigación lo invalida totalmente y lo remite a la fase 0. Como se advierte en el ejemplo anterior, la vinculación es absoluta, porque obliga a actuar y resolver en el sentido informado, sin posible resolución en contrario.

fecha, conflicto ético planteado, opinión fundada y conclusiones que se concretarán o no por parte del solicitante de la consulta y deberán figurar en un libro de actas foliado, siguiendo un riguroso orden cronológico, evitando claros y separaciones innecesarias. Las correcciones que se introduzcan serán salvadas a continuación de los mismos y antes de ser firmados, dejándose expresa constancia de lo tachado, sobrepasado o enmendado y de cualquier otra modificación que se practique. Estos requisitos son de cumplimiento obligatorio porque la documentación puede ser requerida por la autoridad judicial, como elemento de prueba frente a un delito, acción por daños y perjuicios, etc.

Desde el punto de vista de la terminología, la doctrina cuestiona este tipo de dictamen o parecer en virtud de que la consulta se transformaría en una verdadera autorización tutelada. La actividad consultiva puede ser escrita o verbal pero la forma normal de exteriorización del comité, por la solemnidad de su actuación, debe ser escrita. Los dictámenes deben contar con los siguientes requisitos: consignación del lugar y

Se pueden clasificar los dictámenes, según el alcance de la consulta, en generales y particulares o individuales y especiales. Son generales cuando la solicitud de opinión está referida a temas bioéticos de interés general, que pudieran involucrar y producir efectos éticos y jurídicos generales en forma directa o no. Son ejemplos del primer caso los pedidos de opinión sobre proyectos de leyes: muerte digna, salud reproductiva,

fertilización asistida, o sobre un reglamento de obligatoriedad de constitución de Comités hospitalarios de bioética. Son impersonales y objetivos, y no configuran un caso particular.

El dictamen es la forma típica de manifestarse la actividad consultiva de un Comité

En el segundo caso, vale decir cuando se trata de declaraciones desprovistas de efectos jurídicos (crear derechos y obligaciones), sirve como ejemplo el decálogo de cómo tratar a una persona enferma. Los singulares o particulares se refieren a la función consultiva propiamente dicha. Los especiales son aquellos que comprenden materias propias del comité, pero el organismo consultor o persona que consulta no corresponde a la institución en que está inmerso. Por ejemplo, consulta particular de una institución privada a un Comité de ética de un hospital público o consideración de un proyecto de investigación si no existe un Comité correspondiente.

En síntesis, el dictamen es la forma típica de manifestarse la actividad consultiva, porque a través del mismo se enfocan los temas objeto de consulta desde diver-

sos ángulos no exclusivamente médicos, y es completo porque no sólo cuenta con una opinión, sino que en el mismo se ha valorado, dando juicio sobre sus posibilidades bioéticas y siguiendo el proceso de toma de decisión. La actividad consultiva de un Comité hospitalario de bioética es interna de la institución y no concurre a su formación la opinión de quien ha dado origen a la consulta. Tiende a lograr el mejor interés del paciente y su familia, a la vez que el mejor funcionamiento de la institución de que se trate.

Cabe destacar que el dictamen de un Comité hospitalario de ética no crea, extingue o modifica una relación de derecho con respecto a terceros o al propio interesado. Como órgano consultivo, no decide sino que se limita a aconsejar, asesorar, a formular una declaración de juicio u opinión como apoyo al equipo de salud, y sobre todo para lograr el mayor bien para el paciente y su familia⁷.

El Comité de ética ha efectuado reuniones ordinarias, con una periodicidad mensual y extraordina-

ria a demanda del director, del personal del hospital, de pacientes o familiares o representantes legales de éstos, de la comunidad, de otras instituciones o por demanda anónima. En el caso de las reuniones extraordinarias se instrumentaron los mecanismos adecuados para que las mismas se efectuaran indefectiblemente en un plazo no mayor de 24 horas, desde el momento de su solicitud. Cabe comentar que para disminuir las tareas del Comité en la medida que había mayor número de consultas extraordinarias se limitaban las ordinarias. La celeridad con que se ha reunido el Comité, es una de las diferencias con las que aporta la bibliografía. Otra es la modalidad del pedido. En nuestro caso, la solicitud de consulta se formula en forma oral al secretario o al presidente.

Nuestro proceso de toma de decisión es un proceso estructurado, sistematizado. Parte de la historia clínica para llegar a conocer en profundidad al paciente. Dicha historia clínica debe ser completa, veraz y debe traducir íntegramente los distintos problemas. Su confección es responsabilidad de todos los integrantes del equipo de salud que intervienen en la

atención del paciente. La institución está a cargo de su buena conservación, archivo, secreto, disponibilidad ante autoridad competente y el propio paciente o su representante legal que la solicita a la dirección del hospital. El secreto de la historia clínica es profesional y técnico.

El primer punto en el proceso de toma de decisión es el de recolección de antecedentes.

Se deben identificar los procedimientos o prácticas diagnósticas y terapéuticas que se han efectuado y las alternativas posibles, así como los riesgos que se pueden presentar en cada una de ellas y el pronóstico.

Muchas veces en los primeros tiempos de funcionamiento del Comité en este punto se suspendía la sesión porque no estaban resueltos estos problemas, considerándose *a posteriori* cuando se habían completado.

También se analiza en este momento la capacidad o no del paciente o su familia y en algunos casos hemos tenido en cuenta la opinión de allegados al paciente (maestra, psicopedagoga, ami-

go, etc.) Siempre analizamos las características socioculturales y económicas de la familia, así como la dificultad técnica, operativa o económica y/o disponibilidad de la terapéutica que se propone.

Posteriormente se identifican las opciones reales y posibles, aún las que parezcan moralmente inaceptables y se determina la antijuridicidad o no de cada una de ellas. Recién entonces se procede al estudio de los problemas éticos, que generalmente son varios. Hay que enumerarlos, definirlos para analizarlos por separado. En este momento se procede a la evaluación moral que consta de cuatro pasos.

El primero es el sistema de referencia moral (ontológico). Como premisa ontológica se postula que el hombre es persona y como tal tiene dignidad y no precio. La premisa ética sostiene que en tanto que persona todos los hombres son iguales y merecen similar respeto y consideración.

El esbozo moral (deontológico) se considera en dos niveles. El primero comprende la no maleficencia y la justicia y el segundo autonomía y beneficencia.

El paso siguiente atañe a la experiencia moral (teleológica). Evalúa las consecuencias subjetivas y objetivas. Se hace referencia en este momento a la calidad subjetiva y objetiva de vida y a la proporcionalidad terapéutica.

Por último se procede a la verificación moral (justificación). Se confronta el caso con la regla, se comprueba si es posible justificar una excepción y finalmente se contrasta la decisión tomada con el sistema de referencia moral.

Se llega al cuarto paso del proceso, que es la selección de una opinión justificada, que constituye la decisión⁸. Sobre la base de la decisión se aconseja la acción. El último paso es la reflexión de lo actuado.

En nuestro proceso de toma de decisión podemos afirmar que se visualiza claramente la influencia norteamericana en la primera parte⁹ y luego se inspira casi fielmente en la propuesta del Profesor Dr. Diego Gracia.

También hemos adquirido una experiencia importante en la aplicación de los cri-

terios de la *proporcionalidad terapéutica*.

Los criterios de aplicación de la proporcionalidad terapéutica se basan en comparar los riesgos y costos de una terapia o práctica médica a los posibles beneficios. Exige una interacción entre el médico y el paciente o sus representantes. Gracias a esta colaboración, podrán ser definidos:

- a) **Objetivo u objetivos de la terapia:** curación, prevención de las recidivas, prolongación de la vida, alivio del dolor, rehabilitación física, etc. Para que una terapia sea eficaz debe satisfacer las expectativas del médico y del paciente, que no siempre coinciden.
- b) **Aceptación del médico a la terapia:** está ligada a los modos, tiempos y ritmos de la formulación terapéutica. Debe ser lo más cercana posible a las exigencias del paciente, en lo referido a su valoración subjetiva como en lo referido a su conveniencia.

Entre la definición de los objetivos y la verificación de la aceptación, está la selección del tratamiento, tarea de naturaleza específica-

mente médica.

El médico debe proponer la “terapia más eficaz” (la que tiene mayores posibilidades de alcanzar el beneficio), la “más segura” (la que tiene mayores posibilidades de disminuir los efectos no deseados, o sea, los riesgos) y la “más adaptada” a las particulares exigencias físico-patológicas del paciente. Para que la selección sea correcta, es necesario que el médico esté actualizado sobre las “novedades terapéuticas”, conozca y sepa interpretar críticamente los métodos experimentales utilizados para la investigación y los resultados que emergen y pueda elegir así la terapéutica, que según el balance riesgos-beneficios, resulte más favorable.

Para que la selección se traduzca en una elección terapéutica, es necesario:

- ❖ Que el medio terapéutico elegido esté disponible y que la dificultad técnico-operativa para disponer de él, o los gastos necesarios no sean tales que parezcan desproporcionados al beneficio previsto.
- ❖ Que el paciente tenga un impacto positivo con la terapéutica y adhiera a ella (aceptación).

La aceptación del paciente, tanto inicialmente como en el curso del tratamiento, depende:

- ❖ De sus límites de tolerancia y de soportar las molestias y los sufrimientos impuestos por la terapéutica.
- ❖ De su patrimonio en valores y sus ideales. (Ejemplo: testigo de Jehová, que tal vez rechaza transfusión de sangre).
- ❖ Del impacto emotivo con la terapéutica. (Ejemplo: el profundo sentimiento de repugnancia que una persona puede experimentar hacia un trasplante, xenotrasplante).
- ❖ El valor atribuido al beneficio esperado.

Evaluar todos los elementos no es una tarea fácil ni para el médico, ni para el paciente y ni para la familia. Valorar la proporcionalidad de una terapéutica puede suscitar conflictos decisionales y orientaciones operativas diversificadas¹⁰.

En los primeros tiempos del Comité es difícil ser ordenados y seguir paso a paso el proceso de toma de decisión. Teníamos un afiche en la pared para que todos los integrantes tuviéramos en cuenta

en qué punto estábamos y no nos alejáramos del modelo.

Nuestro Comité cumple funciones consultivas, normativas y docentes. En muchas de las sesiones se ha cumplido más de una función. La *función consultiva* ha sido la más frecuente y es de tipo opcional¹¹. Todas han sido prospectivas. Análisis retrospectivo se había efectuado antes de haber sido constituido el Comité por el director del hospital. Este recurso fue muy útil para adquirir habilidades en el proceso de toma de decisión, en forma individual y grupal.

El análisis prospectivo, de acuerdo al reglamento interno elaborado en la primera sesión, se efectuó dentro de las 24 horas de haber sido solicitado. Pocos casos necesitaron más de una sesión para resolverlos. Cuando las consultas se repetían originaron la elaboración de una norma. Posteriormente se desalentaba la presentación de casos que podían ser incluidos en ellas y los integrantes del comité individualmente asesoraban con respecto a ellas a quienes lo requerían. Esto se consideró como un mecanismo adecuado para

disminuir el número de consultas al Comité.

El Comité de ética que es un órgano consultivo, por definición¹² es el ámbito adecuado para la deliberación entre expertos, afectados y responsables políticos. Al tratar de resolver un problema suscitado en la atención de la salud de un paciente determinado, en un lugar geográfico y en un determinado momento, hay que tener en cuenta en primer lugar la opinión de los expertos que aportan elementos decisivos para la resolución del problema.

Los expertos son profesionales que desempeñan una ocupación, prestan servicios con una particular especificación y coordinación. Las profesiones se constituyeron en Grecia de acuerdo con un modelo sacerdotal y generando la idea de responsabilidad profesional más bien religiosa. Esta concepción fue modificándose con el correr del tiempo y se emancipó de la relación religiosa instalándose una ética autónoma característica de la misma.

Profesión, del latín *professio-onis*, significa acción y efecto de profesar. Desde su inicio, en todas

las profesiones se desarrolló el concepto de responsabilidad profesional, aunque las primeras profesiones fueron únicamente la medicina, el derecho y la teología, y de ellas fue característico que su ejercicio posibilitara la subsistencia o ganancia honesta por parte de sus prestatarios. Posteriormente fueron consideradas profesiones la carrera militar y la naval. Luego, todas las personas con preparación específica y un grado académico, como economista, arquitecto, profesor.

Actualmente, tiende a incluirse como profesionales algunas ocupaciones que requieren preparación y conocimientos específicos, sin título universitario, pero con diplomas o certificaciones basados en exámenes que confieren el derecho para el uso de sus habilidades específicas. Es característica de la profesión la tipicidad de los objetivos, la racionalidad, la superación de las fórmulas consagradas por la tradición y el tiempo, la autoridad, que permite al profesional imponer criterios y la especificidad que regula la relación entre el profesional y su cliente dentro de límites preestablecidos. Para Parson, las profesiones son mecanismos de control social.

Podemos ya definir al profesional como la persona que posee profundos conocimientos teóricos que llevan a la solución de problemas vitales, recurrentes pero estandarizables y que experimenta la necesidad de realizar su trabajo con el máximo de sus competencias y que se siente a sí mismo identificado con los demás profesionales de su área. En la misma, existe autocontrol de la conducta de sus integrantes mediante un código ético, con socialización en los valores de la profesión y con controles más o menos oficiales: los colegios profesionales, organizados y dirigidos por los mismos profesionales.

La profesión es, por consiguiente, un servicio a la sociedad, único, esencial y definitivo. Se basa en conocimientos y técnicas específicas para el servicio que presta. El éxito profesional consiste en saber definir el problema, seleccionar los datos relevantes, planificar y aplicar las mejores soluciones. El profesional debe pensar crítica, objetiva e inquisitivamente. Debe superar un período de formación especializada en instituciones educativas, que fundamenta el que los profesionales puedan reclamar recompensas

sociales y económicas superiores a las de las ocupaciones.

El bien que se obtiene ejerciendo una profesión es lo primero que debemos considerar cuando efectuamos un análisis ético. Ello nos conduce a la evaluación de las metas o fines de la medicina.

La medicina tiene metas tradicionales: (1) salvar y extender la vida; (2) promoción y mantenimiento de la salud, y (3) alivio del dolor y sufrimiento.

Pero estas metas ¿mantienen su vigencia en la actualidad? Se prolonga la vida, se atrasa el envejecimiento, se mantiene la vida artificialmente, se ha avanzado enormemente en medicina predictiva, se están incluyendo en su área los problemas existenciales relacionados con el sentido de la vida, la violencia social, el medio ambiente.

En el plano científico la medicina se expande, avanza en la investigación. En lo económico es una fuerza que posibilita rentabilidad y puestos de trabajo para muchas personas no médicas. En lo político la asistencia sanitaria y las

demandas urgentes al respecto hacen que los gobiernos adquieran un papel predominante en su provisión y desarrollo. Éstas son, entre otras, las razones que llevan a replantear las metas médicas.

A su vez, la asistencia médica se sitúa dentro de los sistemas de salud y éstos dentro de contextos sociales y políticos más amplios. Esto lleva a replanteos desde todas las perspectivas profesionales involucradas¹³.

El Hasting Center propone, sin priorizar, las siguientes:

- ❖ Prevención de la enfermedad y las lesiones, y promoción y mantenimiento de la salud.
- ❖ El alivio del dolor causado por la enfermedad y las dolencias.
- ❖ La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
- ❖ Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Estas metas nuevas influyen en los integrantes del Comité de ética, cuando en diálogo transdisciplinario se procede al análisis individual de un conflicto particular.

La bioética por definición es un diálogo transdisciplinario, inte-

rideológico y pluralista que pretende lograr un debate social que favorezca la igualdad del acceso a los servicios de salud, como un derecho fundamental de las personas, independientemente de su nivel social y económico. También, que la medicina esté al servicio de la salud de las personas, respetando su dignidad, pero que no se dedique a medicalizar todos los aspectos de la vida.

La opinión de los expertos en el proceso de toma de decisión es imprescindible para la comprensión y resolución de los distintos problemas. Esto no significa que sean los únicos que opinen. Cuando las decisiones quedan exclusivamente en sus manos, estamos ante un paternalismo médico.

El afectado, cliente o usuario de la atención profesional, no es meramente el objeto de esa atención. Es un sujeto de derecho que debe ser respetado, considerado, informado y que tiene que emitir su opinión. Respetando el principio de autonomía, el profesional debe dialogar con el paciente y acordar las prestaciones profesionales. El paciente o su representante legal es un interlocutor adulto, que tiene la posibilidad de expresar lo que prefiere. Es el

protagonista de lo que con él se hace o se va a hacer; es quien debe decidir, debidamente informado, acerca del servicio o presentación que se le ofrece.

En los Comités de ética hay que escuchar tanto la voz de los expertos como de los afectados.

Cuando la ética profesional se corporativiza, rechaza el punto de vista jurídico y el principio de autonomía. En los Comités de ética hay que escuchar tanto la voz de los expertos como de los afectados. La información brindada a los afectados no los convierte en expertos, pero sus puntos de vista, luego de ser adecuadamente informados, aportan elementos imprescindibles para la toma de decisión. El discurso que se hace sólo desde la perspectiva del paciente sirve para descalificar actuaciones, no para solucionar problemas.

El principio de autonomía, que ha tenido su máxima expresión en Estados Unidos, no puede ser ignorado en nuestro medio. La experiencia norteamericana debe servirnos para valorar la importancia del consentimiento informado y lo que con él se relaciona. Los integrantes del equipo de salud debemos ser los máximos de-

fensores del consentimiento informado porque, si el accionar médico está guiado por el respeto a la dignidad del paciente y su familia, no hay otra opción que respetar su autonomía.

El respeto a la autonomía está reconocido en nuestro ordenamiento jurídico y constituye una obligación ética el informar al paciente, para que en verdadero diálogo pueda apropiarse de su enfermedad y tomar una decisión responsable.

La información brindada a pacientes capaces por parte del médico, conocedor de la técnica, debe ser veraz, adecuada, sencilla, teniendo en cuenta al que recibe la información, en el momento oportuno, para luego recibir el consentimiento responsable por parte del enfermo y aceptar la decisión tomada.

Tratándose de niños (incapaces), es posible y hace más humana la relación, el informarles las prácticas que se les van a efectuar, la evolución posible, cuánto les va a doler o no, porque son medidas que facilitan la aceptación de la

enfermedad y favorecen su actitud de confianza. El asentimiento del niño no exime al médico de solicitar a los padres o representante legales el consentimiento requerido. El consentimiento es mucho más que un formulario impreso más o menos detallado; es mucho más que una práctica defensiva ante posibles juicios de mala praxis; es una manifestación del respeto al paciente y su familia.

Expertos y afectados se encuentran en un espacio social que no tiene ni una multitud de recursos ni posibilidades ilimitadas. Existe una perspectiva en la que se deben articular las múltiples necesidades e intereses con las posibilidades reales y recursos disponibles, conforme al principio de justicia.

Los responsables políticos son los encargados de arbitrar las fórmulas para que los recursos se distribuyan equitativa y razonablemente. Tendrán que tener en cuenta a los afectados y a lo asesorado por los expertos.

En la relación terapéutica, el enfermo busca su bien individual y aporta a la relación el principio de autonomía. El médico busca lo

mejor para el paciente y aporta el principio de beneficencia y el de no maleficencia. La sociedad aporta el principio de justicia pero, para que éste se haga presente, en la relación terapéutica deben existir normas explícitas emanadas de leyes, decretos, decisión de un juez, director de hospital o jefe de servicio.

La versión deontológica de la ética postula que se respeten la dignidad y los derechos de cada ser humano como fin en sí mismo, otorgando escasa importancia al contexto. Pero la falta de contexto provoca una pérdida de realidad y hace que la ética no pueda hacer las mejores propuestas de humanización, ya que no logra decir de qué modo se debe transitar de lo existente a lo deseado.

Debemos vivir en nuestra realidad, conociéndola, respetándola y siempre tratando de mejorarla. El contexto tiende a colocar a la ética al servicio de los fines que promueve y facilita. Debemos escribir nuestro texto ético en el contexto social al que pertenecemos, pensando que siempre existen posibilidades de actuar en él. Así, la realidad estará vi-

gente en nuestros comentarios.

A diferencia de lo que proponen algunos autores, como el Profesor Dr. Miguel Sánchez o el Dr. Francesc Abel, S. J. nuestro Comité sí analiza problemas socioeconómicos y creemos que los problemas de justicia social, tan importantes para nuestros países latinoamericanos, pueden encontrar en los Comités de ética herramientas útiles para que los servicios de internación sean justos y efectivos.

La función normativa y la función docente, no van a ser consideradas en este trabajo, sólo por razones de espacio, pero con la certeza que son tan o más importantes que la consultiva.

Notas

¹ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: *Guidelines for Infant Bioethics Committee*. Pediatrics 1977; 74, pp. 306-310.

² ROSS J., Wilson. *Handbook for Hospital Ethics Committees*. Ed. American Hospital Publishing: Chicago. 1986.

³ BOCHATEY A. *Bioética y Teología Moral. Comité Hospitalario de Ética*. Pontificia Universita Lateranense: Roma. 1993, pp. 64-65.

⁴ SPAGNOLLO A, Sgreccia E. "Lo Stato dell' Arte: Storia, Diffusione, Tipologie del Comitato di Bioética nei vari Paesi", en

I Comitati di Bioética. Storia, analisi, per poste. Horizonte Medico: Roma. 1990, pp. 33-39

⁵ KOTTOW M., Beca J, *Orientaciones para Comités de Ética Hospitalaria*. Serie Documentos Programa Regional de Bioética OPS/OMS: Chile. 1996.

⁶ KOTTOW M. *Temática y Funcionamiento de los Comités Institucionales de Ética-Bioética*. Publicaciones especiales 4. CIMBIO: Universidad de Chile. 1995.

⁷ GRACIA D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema: Madrid. 1991.

⁸ GRACIA D. *Fundamentos de Bioética*. Eudema: Madrid. 1991. BORDÍN C, Fracapani M: *Comité Hospitalario de Ética*. Pren Med Arg 1995; 82: pp. 836-841. BEAUCHAMP T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University. New York. 1979.

⁹ JONSEN A, SIEGLE M, WINSLADE W. *Clinical Ethics: A practical Approach in Ethical Decisions in Clinical Medicine*. Mc Millan Publishing Co: New York. 1986. FRACAPANI M, GIANNACCARI L, BOCHATEY A, BORDIN C. *Bioética. Sus Instituciones*. Ed. Lumen. Bs As. 1989, pp. 179-205.

¹⁰ REICH W, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 2 ed. Simon and Shuster Mc Millan: New York. 1995. FRACAPANI M. *Bioética. Limitaciones de tratamiento*. ed Lumen: Bs As. 1987.

¹¹ The Hasting Center Report. *The goals of medicine: Setting new priorities*, Nov-Dec 1996.

¹² MOREU Francesc. *Curso de Gestión de Instituciones de Salud* (disertación). Consorci Hospitalari de Catalunya SA. Consulting SA. 1998.

¹³ KOTTOW M, SANCHEZ W. *Comisiones Comités de Ética: Publicación Especial*. Programa Regional de Bioética OPS. 1994.

Referencias

- ❖ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: Guidelines for Infant Bioethics Committee. Pediatrics 1977; 74: 306-310.
- ❖ ROSS Wilson J. Handbook for Hospital Ethics Committees. Ed. American Hospital Publishing: Chicago. 1986.
- ❖ BOCHATEY A. Bioética y Teología Moral. Comité Hospitalario de Ética. Pontificia Universita Lateranense: Roma. 1993: 64-65.
- ❖ SPAGNOLLO A, Sgreccia E. Lo Stato dell' Arte: Storia, Diffusione, Tipologie del Comitati di Bioética nei vari Paesi, en I Comitati di Bioética. Storia, analisi, per poste. Horizonte Medico: Roma. 1990: 33-39.
- ❖ BECA J, Kottow M. Orientaciones para Comités de Ética Hospitalaria. Serie Documentos Programa Regional de Bioética OPS/OMS: Chile. 1996.
- ❖ KOTTOW M. Temática y Funcionamiento de los Comités Institucionales de Ética-Bioética. Publicaciones especiales 4. CIMBIO: Universidad de Chile. 1995.
- ❖ GRACIA D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Eudema: Madrid. 1991.
- ❖ GRACIA D. Fundamentos de Bioética. Eudema: Madrid. 1991.
- ❖ BORDÍN C, Fracapani M: Comité Hospitalario de Ética. Pren Med Arg 1995; 82: 836-841.
- ❖ BEAUCHAMP T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University. New York. 1979.
- ❖ JONSEN A, Siegle M, Winslade W. Clinical Ethics: A practical Approach in Ethical Decisions in Clinical Medicine. Mc Millan Publishing Co: New York. 1986.
- ❖ FRACAPANI M, Giannaccari L, Bochaty A, Bordin C. Bioética. Sus Instituciones. ed. Lumen. Bs As. 1989: 179-205.
- ❖ REICH W, editor. Encyclopedia of Bioethics. 2 ed. Simon and Shuster Mc Millan: New York. 1995.
- ❖ FRACAPANI M. Bioética. Limitaciones de tratamiento. ed Lumen: Bs As. 1987.
- ❖ The Hasting Center Report. The goals of medicine: Setting new priorities, nov-dec 1996.
- ❖ MOREU Francesc. Curso de Gestión de Instituciones de Salud (disertación). Consorci Hospitalari de Catalunya SA. Consulting SA. 1998.
- ❖ KOTTOW M, Sanchez W. Comisiones Comités de Ética: Publicación Especial. Programa Regional de Bioética OPS. 1994.
- ❖ AFTALIÓN E, García O, Vilanova J. Introducción al Derecho. Abeledo – Perrot: Buenos Aires. 1983: 116-118.
- ❖ KANT E. Crítica de la Razón Práctica. El Ateneo: Buenos Aires. 1955: 35

