

COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL Una reflexión sobre su funcionamiento

ANTOLÍN RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
*Presidente del Comité Asistencial de Ética
del Hospital Juan Canalejo de A Coruña*

RESUMEN

Tras una década de funcionamiento de los Comités Asistenciales de Ética (*Institutional Ethics Committees*) se hace necesaria una reflexión sobre su actividad y su capacidad para modificar (o al menos influir en) las actitudes éticas en los hospitales. Hay diferentes razones para la aparición de los comités de ética: el cambio de enfoque en las relaciones médico-enfermo, el desarrollo de las ciencias biomédicas planteando nuevos desafíos e incertidumbres a los profesionales, la consideración de la asistencia sanitaria como un derecho de los ciudadanos y los conflictos de valores que surgen en este ámbito. La administración sanitaria ha jugado en España un papel impulsor de los comités de ética. Se analizan las funciones «clásicas» de los comités: el asesoramiento en la resolución de conflictos de valores en la práctica asistencial, la elaboración de Guías de Buena Práctica Ética y el apoyo a la formación en bioética de los profesionales sanitarios y se hace una propuesta para mejorar su funcionamiento. Finalmente, se comentan problemas de la actividad cotidiana de los comités: la evaluación de su trabajo, el carácter multidisciplinar y el tamaño de los comités, entre otros, y se apuntan algunas posibles soluciones.

Palabras clave: Comités Asistenciales de Ética. Bioética.
Funciones de los Comités.

ABSTRACT

After a decade of running of the Institutional Ethics Committees, it is required a reflection about their activity and capacity to modify (or, at least, to influence) the ethical attitudes in hospitals. There are different reasons for the appearance of the ethics committees: the change in the approach to the relationships between doctors and patient, the development of the biomedical science putting forward new challenges and uncertainty to the professionals, the consideration of the health care as a citizens' right and the clash of values that emerges in this field.

The Health Authority has played a driving role behind the ethics committees in Spain. The traditional duties of the committees are examined: the advise on the settlement of the clash of values in the welfare practice, the preparation of Ethical Guidelines and the support to the training in bioethics of the health professionals and a proposal is made to improve their working. Finally, problems in the daily activity of the committees are talked about: the evaluation of their work, the multidisciplinary nature and the size of the committees, among others, and some possible solutions are pointed out.

Keywords: Institutional Ethics Committees. Bioethics. Duties of the Ethics Committees.

«Si hay algún tipo de conocimiento experto en bioética debe estar al servicio de la ilustración pública de la ciudadanía y debe ser sensible a sus demandas e intereses. Sobre todo debe invitar a la deliberación que es enemiga de todo dogmatismo *a priori*»¹

INTRODUCCIÓN

Estas notas constituyen una reflexión sobre el funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial (CEA) a partir de la experiencia del autor como miembro del CEA del Hospital Juan Canalejo de A Coruña, desde su creación hace cinco años. A pesar del tiempo transcurrido desde la puesta en funcionamiento de los Comités, algunos de sus miembros tenemos la sensación de que estos se encuentran en una fase todavía embrionaria, inestable, en la que no parece que pueda hablarse de una consolidación definitiva. Es cierto que tras la creación de los CEA se ha podido responder a algunas, pocas, preguntas planteadas por los profesionales sanitarios, que los CEA han elaborado algunas guías de apoyo ante problemas éticos de especial relevancia, y que participan, con desigual impacto, en la formación de los médicos y enfermeras en cuestiones bioéticas. Pero tengo la impresión de que su papel en la modificación de las actitudes éticas en la práctica diaria de los hospitales pueden considerarse en bastantes ocasiones casi irrelevantes.

1 María José Guerra. Presente y futuro de la bioética en España: de la normalización al horizonte global. *Isegoría* (2002) n°27, 181-192

Este trabajo trata de reflexionar en torno a preguntas antiguas sobre los Comités. ¿Había un interés real en impulsar los CEA por parte de la administración sanitaria o, en ocasiones, ese impulso se debía a razones cosméticas, a no quedarse atrás cuando otras CCAA en nuestro país los estaban regulando?, ¿Hay en los hospitales fuerzas o grupos profesionales interesados en que no se desarrollen los CEA?, ¿Son realmente útiles o necesarios los CEA para el funcionamiento de los hospitales?. Preguntas similares a estas se han planteado muchas veces (ya se las hicieron en Estados Unidos en los momentos iniciales de funcionamiento de los Comités de ética²) y muchas están todavía a la espera de una respuesta definitiva.

Han pasado ya más de diez años desde que comenzaron a funcionar los primeros Comités Asistenciales de Ética en España³. A pesar del tiempo transcurrido es poco frecuente que los miembros de los CEA analicen la experiencia de estos años de funcionamiento⁴. Sin embargo, sí es habitual que en reuniones de los CEA se discuta sobre su experiencia, sobre como mejorar su funcionamiento y sobre la repercusión real de su trabajo en la práctica asistencial de los hospitales.

En muchos CAE es común la discusión acerca de lo que realmente están haciendo y si eso responde a la finalidad con que los CAE fueron creados. ¿Por qué llegan tan pocas consultas sobre problemas éticos al CAE? ¿Son los CAE de alguna utilidad en el hospital? ¿Saben los pacientes que existen los CAE, para qué están y cómo pueden ayudarles? ¿Lo saben los profesionales sanitarios?

Algunas de estas preguntas (o tal vez todas) son comunes en los CAE. Y no son preguntas retóricas. Las personas (profesionales sanitarios o no) que forman parte de los CAE y que gastan una parte de su tiempo en conseguir mejorar las actitudes éticas en los hospitales, en reuniones o en responder a consultas sobre problemas éticos, deben saber si su trabajo tiene alguna influencia en lo que sucede en el hospital.

2 Youngner SJ, Jackson DL, Coulton C, Juknialis BW, Smith E. En: *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Biomedical and Behavioral Sciences. Foregoing Life-Sustaining Treatment. Appendix I.* Washington DC. US Printing Office. 1983

3 Hay que destacar que existe un caso pionero en nuestro país, con la creación en 1974, en el hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, de un Comité de Orientación Familiar y Terapéutica, origen del comité de ética actual de ese hospital. Deberían pasar casi 20 años para que se produjese la creación y posterior expansión de CEA de forma amplia en nuestro país.

4 Una de las oportunidades para esa reflexión conjunta ha sido la Jornada de Debate sobre los Comités de Ética Asistencial, convocada por la Dirección General del INSALUD, en abril de 1999, cuyas ponencias han sido editadas por la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica en el año 2000.

5 Abel F. Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. *Labor Hospitalaria* 1993;229:136-46

¿POR QUÉ LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL? LAS RAZONES QUE JUSTIFICAN LA APARICIÓN DE LOS CEA

El surgimiento de la bioética a principios de los años 70 ha sido explicado como la expresión de la necesidad que tenían los científicos y moralistas de hacer frente a los retos planteados por los nuevos problemas creados por los progresos biomédicos y su repercusión en la sociedad y en su sistema de valores⁶. Durante muchos años, lo prioritario para los médicos había sido el bienestar del enfermo y no era importante como este se alcanzaba o si contaba con la opinión del enfermo. Esta visión paternalista, la propia de la medicina durante casi 25 siglos, estaba cambiando. La presión de los movimientos de los derechos civiles, la aparición, primero en los EEUU, de Cartas de Derechos de los pacientes, y la generalización de la asistencia sanitaria, concebida en muchos lugares como un derecho de los ciudadanos, estaba contribuyendo a modificar esta situación. Y es en ese contexto donde aparece la bioética, con una metodología propia de análisis de los problemas clínicos basada en el diálogo interdisciplinario, abierto, sistemático y éticamente plural.

Una de las herramientas de esa metodología son los comités de ética. Estos comités son estructuras o instancias 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 clínica⁶. Entre estos comités están los Comités de Ética Asistencial (CEA) que han ido surgiendo en los hospitales como una forma de contribuir a resolver los problemas éticos que surgen en la práctica asistencial.

Pero ¿por qué surgen los CEA?. La respuesta a esta pregunta tal vez nos ayude a entender la situación actual y algunos de los problemas en el funcionamiento actual de los CAE. Francesc Abel sostiene que estos comités surgen como consecuencia de «la necesidad de los médicos de compartir decisiones que afecten a la calidad de vida de los pacientes y que conlleven el riesgo de la incertidumbre, tanto por los resultados previsibles de determinadas terapias o intervenciones, como en la valoración de riesgos y beneficios.(...) Nacen como deseo de respetar al máximo la legítima autonomía del paciente o como consecuencia de la función coactiva de la ley»⁷. Otro de los motivos que explican la aparición de los CEA sería el intento de dar respuesta a la necesidad de pautas de actuación en casos difíciles, esos casos que se presentan con frecuencia, en los que entran en conflicto los valores del paciente o su familia con los valores de los profesionales o de la institución sanitaria. Aunque hay que reconocer que no son sólo esos los conflictos potenciales en el ámbito clínico y que,

6 Abel F. Op. cit.

7 Abel F. Op. cit.

en otras ocasiones, los conflictos surgen entre los valores del paciente y su familia o entre los propios miembros del equipo asistencial.

Para Victoria Camps, «los comités de ética vienen a cubrir dos defectos tanto de las normas morales como de las jurídicas. El primero es la tendencia a eludir el cumplimiento. El segundo, contribuir a aplicar correctamente la ley o la norma»⁸. Los comités de ética deberían servir como mecanismos para ayudar al cumplimiento de las normas y para encontrar la mejor manera de interpretarlas y adaptarlas a las situaciones concretas, esa sabiduría práctica que es la *phronesis* aristotélica. Camps establece dos condiciones para que los comités puedan cumplir esa función: una es evitar que el comité sea un órgano represivo, controlador y censor; la otra, conseguir que sea un órgano que propicie la persuasión y el debate.

Pero al repasar la historia de los comités salta a la vista que el impulso para su creación ha venido dado en muchos casos por normas o directivas que fuerzan su creación al margen de la necesidad sentida por los profesionales. En 1983, el informe de la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*, recomienda que se creen comités en los hospitales para tomar decisiones éticamente correctas en los casos de pacientes incapaces mentalmente, en pacientes inconscientes y en recién nacidos gravemente enfermos. En 1984, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los Estados Unidos y la Academia Americana de Pediatría recomiendan la creación de comités de bioética en los hospitales, para el estudio de los problemas éticos en neonatología, revisión de casos, docencia al personal sanitario y elaboración de normas institucionales.

En España, José Saravia señala que los Comités de Ética Asistencial «surgen por una necesidad sentida, siendo su principal objetivo proteger los derechos de los pacientes, asesorando y facilitando el proceso de decisión clínica en las situaciones que planteen conflictos éticos entre sus intervinientes: el personal sanitario, los pacientes o usuarios y las instituciones»⁹. Pero, en el mismo texto, este autor comenta el papel que jugó, en la aparición de los comités, la sensibilidad y compromiso con la bioética de los directivos del Instituto Nacional de la Salud a principios de los años 90, que facilitaron la formación en bioética de un grupo de profesionales como un paso previo para su posterior aplicación en el trabajo asistencial. No deja claro Saravia a qué se refiere con la expresión «necesidad sentida».

8 Camps V. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Editorial Crítica. Ares y Mares. Barcelona, 2001. pág.159

9 Saravia J. El papel de la Administración en el desarrollo de los Comités Asistenciales de Ética. En: *Comités de Ética Asistencial*. José Saravia y Álvarezde y Manuel de los Reyes López, editores. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000. Este libro incluye las ponencias de una jornada de debate sobre comités Asistenciales de ética, organizada en abril de 1999 por la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud.

Es evidente que sí sentían esta necesidad algunos directivos de la administración sanitaria y también algunos profesionales interesados en cuestiones bioéticas. Pero no parece que esa «necesidad sentida» pueda predicarse de la mayoría de los profesionales sanitarios. Algunos profesionales interesados por los aspectos éticos de su práctica, que se habían formado en esos años en bioética, entendían esta formación como un elemento adicional para mejorar sus habilidades y para conseguir una práctica de calidad, pero no veían la necesidad de que se creasen comités asistenciales. Para muchos de ellos la ética era una cuestión que debía resolverse en un terreno exclusivamente personal.

EL PAPEL DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA EN LA CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CEA

La historia de los Comités de Ética Asistencial en nuestro país se remonta a poco más de 10 años atrás. No obstante, es de justicia recordar que ya en el año 1974 se creó en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, el Comité de Orientación Familiar y Terapéutica (que daría paso al actual Comité de Ética de ese hospital), creado para la resolución colegiada e interdisciplinar de aquellos casos que planteasen algún conflicto desde un punto de vista ético¹⁰.

La administración sanitaria ha tenido un importante papel en el desarrollo de los Comités de Ética Asistencial. Como mencioné antes, desde principios de los años 90, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) facilitó la formación en Bioética a distintos profesionales de sus instituciones, con la idea de que sus conocimientos fuesen aplicados más tarde en el trabajo asistencial. Se consideraba entonces, por parte de directivos y gestores, que la práctica clínica debía incluir junto a la corrección técnica la consideración de los valores de los pacientes y los profesionales con el fin de mejorar su calidad¹¹.

En 1993, la Generalitat de Cataluña, publicó la orden de acreditación de Comités de Ética Asistencial, en la que se indicaba que la creación de un comité de ética asistencial en el seno de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Cataluña tenía carácter voluntario¹². El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, en 1995, establece una orden similar, en sus objetivos y en su contenido, de creación y acreditación de comités de ética asistencial, señalando también que la creación de los

10 Abel F. Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. *Labor Hospitalaria* 1993;229:136-46

11 Esta formación se ha desarrollado fundamentalmente (aunque no sólo) en el Master de Bioética de la Universidad Complutense, bajo la dirección del profesor Diego Gracia Guillén.

12 Generalitat de Cataluña. Orden de 14 de diciembre de 1993, de acreditación de comités de ética asistencial. DOGC, n°1385, de 24 de diciembre de 1993

comités «tendrá carácter voluntario»¹³. En ese mismo año de 1995, la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud publica la circular 3/95, de creación y acreditación de comités asistenciales de ética. En la misma se apunta que «la Dirección General del INSALUD ha dispuesto que, en aquellos hospitales donde existen profesionales médicos y/o de enfermería formados en bioética, se inicie el proceso de creación de Comités Asistenciales de Ética»¹⁴. La diferencia con las normas anteriores está en que la creación de los comités en el caso del INSALUD viene impuesta por la circular de la Dirección General, mientras que en el caso de Cataluña y del País Vasco dicha creación tenía carácter voluntario. El INSALUD establece como condición para la creación del comité, que «existan profesionales médicos y de enfermería formados en bioética» lo que no deja de resultar contradictorio con el hecho de que no imponga su presencia en el comité, del que dice que «todos los miembros lo serán por decisión voluntaria». Pero como dice Saravia, en el artículo antes citado, «quienes a lo largo de estos diez años han sido seleccionados para asistir a los cursos de especialización en bioética asumían voluntariamente una doble obligación ética: por una parte el compromiso moral de difundir los conocimientos aprendidos, interesando a otros profesionales en el aprendizaje de la bioética y, por otra, aportar su colaboración en la creación de los Comités Asistenciales de Ética en las instituciones del Instituto Nacional de la Salud»¹⁵. Ese es el núcleo a partir del cual se van a desarrollar muchos comités, si bien, a pesar de ese «compromiso ético» no todos los profesionales que se habían formado en bioética participarían después en la creación de los comités.

En Galicia la norma aparece, con retraso, en el año 2000¹⁶. Antes de esa fecha, la administración sanitaria también había facilitado la formación en bioética a distintos profesionales de los hospitales y de atención primaria¹⁷. Estos constituyeron en distintos hospitales de Galicia comisiones «promotoras» que darían lugar más tarde a los Comités de Ética Asistencial. La norma gallega se refiere a la «creación y autorización» de los comités sin que podamos asegurar *a priori* que la sustitución del término acreditación por autorización tenga un mayor contenido fiscalizador del funcionamiento de los comités. Sin embargo la norma gallega introduce como novedad, con respecto a las normas de Cataluña, el País Vasco y a

13 Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Decreto 143/1995 de 7 de febrero de 1995, de creación y acreditación de comités de ética asistencial. Boletín Oficial del País Vasco, n° 43 ZK, de 2 de marzo de 1995

14 Dirección General del Instituto Nacional de la Salud. Circular 3/95, de 30 de abril de 1995, de creación de Comités Asistenciales de Ética

15 Saravia J. Op. cit.

16 Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade y Servicios Sociales. Decreto 177/2000, de 22 de junio, por el que se regula la creación y autorización de los Comités de Ética Asistencial. Diario Oficial de Galicia, n° 130, de 5 de julio de 2000.

17 Esta formación tuvo lugar en distintas ediciones de un curso de experto en bioética, dirigido por el profesor Diego Gracia y la Dra. Azucena Couceiro y con la colaboración de la Fundación Paideia de

la del INSALUD, la posibilidad de que la autoridad sanitaria revoque, de una manera motivada, la autorización de un Comité de Ética Asistencial «por incumplimiento de lo dispuesto en esta norma». Si parece que existe cierta prevención hacia lo que pueda dar de sí el funcionamiento de estos comités y que se desea que estos «queden advertidos».

En resumen, creo que la aparición de los Comités de Ética Asistencial en nuestro país responde a la sensibilización por los problemas éticos de algunos grupos de profesionales y de algunos dirigentes sanitarios pero parece exagerado decir que existe una necesidad en la mayor parte de los médicos y enfermeras de nuestros hospitales. No se siente la necesidad, se desconoce en muchos casos la existencia del comité¹⁸ y, en ocasiones, el conocimiento de su existencia lleva aparejado un cierto rechazo a su funcionamiento.

La administración sanitaria ha jugado, pues, un papel relevante en la aparición y expansión de los CEA, pero, en ocasiones, parece temerosa de hasta donde pueden llegar los comités y, como en el caso de Galicia, establece unas cautelas que no serían admisibles en otras comisiones hospitalarias de garantía de calidad.

Ignoro qué es lo que ha sucedido en otros puntos de España, pero mi experiencia más cercana, en Galicia, parece apoyar la tesis de que desde los niveles directivos de la administración sanitaria no se ha sido capaz de transmitir a los gerentes de los hospitales los objetivos que tenía con la creación de los comités. Así, frente a casos ejemplares de apoyo a la creación y funcionamiento de los comités, en otros casos la actitud de las gerencias oscila entre el intento de control férreo de sus actividades hasta la indiferencia más absoluta. Algunas reflexiones apuntan a que en otros lugares de España sucede algo similar¹⁹.

No obstante, mi impresión es que, en Galicia, esta situación puede cambiar en los próximos meses ya que se anuncian distintas iniciativas que parecen orientadas al fortalecimiento de los Comités: formación a los miembros de los comités en metodología de deliberación, por ejemplo. No se sabe si este esfuerzo por capacitar a los miembros de los comités responde a una evaluación de su actividad, que desconozco, o si responde a una decisión aislada de una organización que todavía no ha hecho un

A Coruña y la Consellería de Sanidade. Esta no ha sido la única formación reglada en bioética en Galicia, pero se menciona porque la mayor parte de los miembros promotores de los comités de ética asistencial en Galicia habían participado en el curso de experto.

18 El desconocimiento de la existencia del comité no puede imputarse a los profesionales; es fruto de la debilidad del CEA, de la falta de colaboración de los directivos del hospital y, en ocasiones, de la dificultad de darse a conocer en hospitales muy grandes.

19 Simón Lorda P. Las relaciones de la organización INSALUD con sus comités asistenciales de ética: una reflexión en voz alta. En: *Comités de Ética Asistencial. Jornada de debate sobre Comités Asistenciales de Ética*. José Saravia y Álvarezude y Manuel de los Reyes López, editores. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000. pág.65-73

debate a fondo acerca del papel que los comités de ética asistencial deben y pueden representar.

NATURALEZA Y FUNCIONES DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

La definición de los Comités de Ética Asistencial

El Comité de Ética Asistencial es un órgano colegiado, consultivo e interdisciplinar al servicio de los profesionales y usuarios del hospital, constituido para ayudar a analizar la dimensión ética de la práctica clínica y a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Esta definición es similar en cualquiera de las normas que han servido para la creación, autorización o acreditación de los CEA en España.

Los rasgos más característicos están incluidos en la definición:

- Carácter multidisciplinar, lo que debe asegurar que se incorporen al Comité distintos enfoques profesionales y distintos puntos de vista éticos como corresponde a una sociedad plural
- Carácter consultivo, no prescriptivo. El CEA tiene como función el asesoramiento en situaciones complejas desde el punto de vista ético. No asegura, es decir, no garantiza, la corrección moral con su decisión u opinión ya que es posible que haya otros puntos de vista, probablemente también correctos. Además, a fin de cuentas, son el paciente y el médico los que deben responsabilizarse de la toma de decisiones.
- Surgen porque se manifiestan diversos problemas éticos asociados a la práctica clínica (que pueden ser suscitados por los pacientes o los profesionales)
- El objetivo final es mejorar la calidad asistencial de los hospitales

Los CEA son una herramienta para tratar de resolver los problemas éticos que se producen en la práctica clínica, pero no son la única. Los profesionales asistenciales (médicos y enfermeras principalmente) que se enfrentan en su actividad diaria a problemas éticos de distinta entidad no sienten, en general, la necesidad de que existan CEA para ayudar a resolverlos. En muchas ocasiones no identifican el problema al que se enfrentan como un problema ético (o con un componente ético) y, cuando lo hacen, cuando consideran que hay un problema ético de fondo, piensan que la ética pertenece al campo de lo individual y que ellos solos pueden analizarlo y darle una respuesta.

Las funciones de los Comités de Ética Asistencial, ¿se están cumpliendo?

Las funciones «clásicas» de los CEA son las siguientes:

Asesorar y facilitar el proceso de decisión clínica en las situaciones en las que se plantean conflictos éticos entre sus participantes: personal sanitario, pacientes y responsables de las instituciones.

- Proponer protocolos o guías de actuación para aquellas situaciones en las que se suelen plantear conflictos éticos de manera reiterada, por algunos denominadas Guías de Buena Práctica Ética
- Impulsar la formación bioética de los miembros del CEA y del resto del personal del hospital

Y, como una función general que engloba y ordena a todas las demás, la protección de los derechos de los pacientes. O, como dice Manuel Atienza: «ejercer un control social en un ámbito en que están en juego derechos y deberes de todos y cada uno de los individuos de una comunidad, pues la salud es, obviamente, un bien primario, esto es, condición para poder gozar de otro bien»²⁰.

¡A pesar del acuerdo general en que éstas son las funciones de los CEA, la pregunta que cabría plantear es: ¿están cumpliendo adecuadamente los CEA sus funciones?

La formación en bioética de los profesionales

La educación, la vertiente formativa, para los propios miembros de los comités o para otros profesionales, no es una cuestión que suscite críticas. Nadie discute que el CEA juegue un papel importante en la educación en temas de bioética. En todo caso, la autocrítica por parte de los comités debería centrarse en cómo se hace esta educación y en el alcance y las repercusiones que tiene. Hay que tener en cuenta que, en España, es muy deficiente, por no decir inexistente, la formación bioética en la mayor parte de las facultades de Medicina. Los residentes que empiezan su formación en los hospitales carecen de los elementos básicos para dar una adecuada respuesta a los problemas bioéticos que les surjan en su actividad asistencial. Pero la formación en bioética «compite» con otras actividades formativas más enfocadas a la clínica (y que en ocasiones son consideradas prioritarias por sus tutores). Sin un respaldo adecuado por parte de las Comisiones de Docencia de los hospitales (y también de los propios tutores), que reconozcan la importancia de la formación en bioética, es difícil que para unos residentes con una considerable carga de trabajo, esta formación deje de ser una actividad secundaria «para cuando no hay nada mejor que hacer». Los responsables de nuestras organizaciones sanitarias deberían ser conscientes de que la introducción de los valores junto a la corrección técnica mejora la calidad de la práctica asistencial. Como dice Diego Gracia: «la calidad de la práctica clínica no será buena si la corrección técnica no va acompañada de una correcta toma de decisiones morales por parte del personal sanitario»²¹. Los residentes de los hospitales juegan un papel clave en la actividad asistencial y su formación se apoya

20 Atienza M. Juridificar la bioética. Una propuesta metodológica. En Ascensión Cambrón (coord.): *Entre el nacer y el morir*. Editorial Comares. Granada, 1998. pág.: 33-64

21 Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema, Madrid, 1991

en los tutores y responsables de su servicio. Y una parte de su aprendizaje se basa en las actitudes que observan a su alrededor. Si un médico no cumple con su obligación con respecto a la obtención del consentimiento informado o no da una información adecuada y suficiente a sus pacientes, transmite una pauta a sus residentes que es difícil que estos no hagan suya como el comportamiento «normal», si no tienen una formación bioética adecuada.

La formación en bioética cuenta además, en muchos de los CEA, con la dificultad añadida de que no haya en el comité suficientes miembros con una capacitación mínima en bioética para permitir esta función docente. En estos momentos, en España, la mayoría de los comités cuentan con uno o varios miembros con una formación bioética suficiente, lo que facilitaría esta tarea, si bien puede llevarles durante una primera fase (a veces excesivamente larga) a dedicarse a tareas de autoformación del propio comité, sin comprometerse con la educación del resto del personal.

La formación de adultos requiere una metodología diferente a la que tradicionalmente ha venido empleándose de la lección «magistral». En bioética, la educación debe combinar la información básica con la discusión de casos que planteen problemas éticos paradigmáticos de lo que sucede en la actividad asistencial de cada día.

La elaboración de Guías de Buena Práctica Ética

La elaboración de Guías o protocolos tampoco suele suscitar controversias. Mientras la elaboración de las guías se limite a lo que se puede considerar como estándares bioéticos establecidos, no debe plantear problemas. Cuando hay un cierto consenso (como en los casos de limitación del esfuerzo terapéutico o las normas sobre confidencialidad, por ejemplo) no deberían plantearse más problemas que los derivados de la difusión y explicación de la guía a los profesionales implicados. El acuerdo general en que los CEA escriban guías y protocolos se basa en la creencia compartida de que hay un estándar ético que van a seguir. Pero los problemas van a surgir en cuanto el CEA comience a elaborar guías sobre aspectos en los que no existe un acuerdo general en las políticas propuestas o en los planteamientos o criterios que subyacen. Si los CEA empiezan a analizar problemas como la necesidad de solicitar pruebas de HIV o de hepatitis B para los profesionales, cuando no hay una norma legal que lo regule, alguien comenzará a decir que los CEA deben limitar su actividad en el campo de la elaboración de políticas sanitarias. Si los CEA comienzan a pensar y a elaborar sus propios criterios sobre lo que es ético es probable que esta función resulte más conflictiva. No debemos olvidar que alguna de las normas que en España regulan los Comités de Ética Asistencial contemplan la posibilidad de revocar la autorización del CEA si se incumple la norma de autorización.

Pero aún en aquellos casos en que el CEA elabora guías sobre cuestiones que afectan directamente a los profesionales y sobre las que puede considerarse que hay un cierto consenso bioético (por ejemplo, en el caso del rechazo a las transfusiones en los pacientes testigos de Jehová), la aplicación práctica no es inmediata. El CEA no debe confiar en que la Guía elaborada vaya a ser aceptada por todos los profesionales cuando su propuesta choca frontalmente con lo que es una práctica establecida.

La primera de las Guías que elaboró nuestro comité trató el caso del rechazo de las transfusiones por parte de los testigos de Jehová. Éste era un problema importante que afectaba a los servicios quirúrgicos y de anestesia, ya que el hospital tiene una importante actividad quirúrgica. Aunque no afectaba al conjunto del hospital sí era un tema relevante, ya que en ocasiones el rechazo del paciente a la transfusión era seguido, sin mayor discusión, por el rechazo del médico a atenderlo en esas condiciones, lo que suponía que el paciente debía acudir a otro hospital. En el comité se elaboraron distintos borradores de la Guía. Tras un periodo de más de un año se consiguió contar con un borrador definitivo que fue presentado en una sesión abierta a todos los anestesiólogos y a algunos servicios quirúrgicos interesados. En esa reunión afloraron algunas preocupaciones de los profesionales y también bastantes rechazos. ¿Cuál es el carácter de la Guía? ¿Me limita mi libertad de actuación? ¿Va a complicar la existencia de la Guía las posibilidades de defensa en caso de que exista alguna reclamación judicial?. Pero también se planteaba un desacuerdo de fondo ya que se entendía, por algunos profesionales, que la respuesta ética adecuada era cuestión de cada cual y que ningún comité debía inmiscuirse en la relación de ese médico con su paciente.

Eso nos reafirmó en que tan importante como el contenido de la guía es el proceso de elaboración y discusión. No sólo debe contar con la deliberación en el seno del CEA sino que es fundamental incorporar a la discusión a todos los profesionales implicados. Hay que hacer una labor de explicación de los contenidos de la guía, tratando de identificar los obstáculos para su aceptación (en ocasiones inconscientes o expuestos de tal forma que es difícil señalar cual es la causa del rechazo). A veces la dificultad viene dada por la confusión sobre el carácter prescriptivo de la guía, ya que algunos profesionales pueden considerar que limita su libertad clínica. En otras ocasiones, los profesionales pueden considerar que la existencia de una guía puede tener repercusiones legales desfavorables, ya que podría ser utilizada ante un tribunal en contra de aquellos que se hayan apartado de sus recomendaciones. A partir de la existencia del borrador y de la presentación y discusión pública se mantuvieron reuniones, en pequeños grupos, donde la dinámica de trabajo permitía un intercambio fluido de opiniones y donde se pudieron aclarar muchas de las dudas. Finalmente, se procedió a la redacción final, con las aportaciones

de los profesionales sanitarios implicados y con otras externas²², y se hizo una presentación pública al conjunto del hospital que contó con la participación de miembros significativos de la Iglesia de los testigos de Jehová, que aprobaron públicamente el documento.

Quedaba al fin la prueba de la práctica. Ningún documento es válido si no demuestra su utilidad cuando se produce el conflicto. Y, desde mi punto de vista, lo más importante sucedió ahí. Los casos planteados a partir de ese momento contaban con el «soporte» de la Guía pero sobre todo con una actitud diferente, mucho más proclive al diálogo, por parte de médicos y enfermos, y con el papel del CEA como mediador cuando se le requería, hasta el punto que podríamos decir que la Guía quedaba en un segundo lugar. Parece evidente que la elaboración de la Guía había permitido un cierto cambio de actitudes y una mayor comprensión de los valores del enfermo, lo que parece un resultado francamente positivo.

Es importante destacar que las guías sirven de apoyo a la práctica clínica en aquellos casos en que puedan suscitarse problemas éticos, y deben ayudar a la reflexión sobre esos casos más conflictivos, pero en ningún caso suponen la transcripción de un único curso de acción, por lo que, en último caso, corresponde al enfermo y al médico la decisión final a adoptar.

El esfuerzo que supone la elaboración de la guía es, pues, triple: de un lado la elaboración del borrador de la guía; de otro la discusión detallada (si es preciso en grupos pequeños en los que es más fácil el intercambio de ideas y la discusión) con los profesionales; por último, el apoyo a los pacientes y profesionales en el seguimiento y en la resolución de aquellos casos en los que el texto de la guía no permite una solución fácil al conflicto.

Una última cuestión que, desde mi punto de vista, no carece de importancia. La elaboración de una Guía supone un esfuerzo importante para el comité. A veces (no es el caso, a mi juicio, del CEA del Hospital Juan Canalejo) la formación bioética de sus miembros es escasa y hay dificultades reales para su elaboración. Sin embargo, en ocasiones, los distintos CEA trabajan sobre los mismos temas. Los problemas éticos más frecuentes suelen ser similares en los distintos hospitales: el rechazo al tratamiento, la limitación del esfuerzo terapéutico, los problemas relacionados con la confidencialidad, etc. No es necesario partir de cero cada vez que un CEA decide hacer una Guía. Lo que sí es importante es la metodología de adaptación al hospital, el procedimiento de discusión antes de su aprobación y la posterior difusión y evaluación de su seguimiento.

22 Dada la preocupación de los profesionales por las implicaciones legales de la Guía se solicitó el apoyo de algunos magistrados que facilitaron un texto que pudiera incluirse en el documento de consentimiento informado, lo que tranquilizó a los médicos. Hay que decir que el texto se incorporó al documento final a pesar de que algunos miembros del CEA consideraban que su redacción era excesivamente ambigua.

Y es a ésta actividad a la que los CEA deberían dedicar la mayor parte del tiempo aplicado al componente de la elaboración de Guías.

El análisis de casos clínicos

Una de las funciones más características de los CEA es el análisis de casos clínicos relacionados con la toma de decisiones críticas. En los debates y en los artículos sobre comités de ética se plantea habitualmente que los comités analizan pocos casos y esa es también la situación en nuestro CEA²³. Esto hace pensar a algunos que los comités no cumplen su función. Muchos de los miembros del los comité consideran que deberían plantearse más casos al CEA a juzgar por la actividad que realiza el hospital.

Creo que hay varias razones por las que hay este pequeño número de consultas. Una primera explicación puede ser que el CEA está en una fase inicial (a pesar del tiempo transcurrido, algunos caracterizan esta fase como una etapa «infantil» del desarrollo del CEA) en la que no ha llegado a consolidarse como una referencia para problemas éticos en el hospital. La respuesta estaría no sólo en dejar que pase el tiempo sino en alcanzar madurez y relevancia, en darse a conocer al conjunto de los profesionales y en demostrar que el CEA puede ser una herramienta útil en la resolución de problemas éticos. La segunda explicación podría ser que los profesionales «ya lo saben hacer», es decir que disponen de una adecuada formación en bioética que les permite enfrentarse a los problemas sin necesidad del apoyo del comité. No parece que esto sea cierto en la mayor parte de los casos y, aunque hay profesionales formados en bioética que no forman parte del comité, los problemas de falta de información, de decisiones imprudentes, aplazadas, desconsideradas hacia los pacientes siguen existiendo. Cabría pensar que no es que no existan problemas relacionados con los valores del enfermo y del médico; tal vez lo que sucede es que el médico carece en muchas ocasiones de la sensibilidad suficiente para detectar que se enfrenta a un problema ético en la relación con su paciente. Una tercera razón para la falta de consultas al comité es la falta de confianza en que el comité resuelva su problema. Esto parece relacionado con algunas de las críticas que los profesionales hacen al comité, del tipo de que es una nueva estructura burocrática avalada por la dirección (lo que vendría a ser como la marca de Caín que marcaría su ineficacia y servilismo ante la misma), o de que es imposible que ofrezca una respuesta ágil a los problemas que se plantean ante la cama del enfermo. Por último, están los que consideran que la bioética no es una disciplina científica (a diferencia de la Medicina) y que por lo tanto la toma de decisiones médicas no debe verse contaminada por una teoría paracientífica.

23 Hernando P. El comité de ética asistencial del Consorci Hospitalari del Parc Taulí: tres años de funcionamiento. *Quadern CAPS* 1997; 26:51-56

Mientras los CEA sean unas instancias a las que la gente acude de forma voluntaria no es probable que esta escasez de consultas al comité vaya a cambiar. Para algunos no se producirá un incremento en el número de consultas de casos sino se cambia de un sistema opcional como el actual a uno obligatorio²⁴. No parece fácil, ni a mi juicio conveniente, un paso a este modelo obligatorio en nuestro país. En aquellas situaciones en que el informe del CEA es obligatorio y vinculante, como sucede en el caso del informe preceptivo que debe dar el CEA sobre la validez del consentimiento del donante vivo antes de un trasplante, han aflorado las tensiones entre la práctica médica habitual (en ocasiones preocupada exclusivamente por los resultados) y la defensa de los derechos de los pacientes (en este caso de los futuros donantes) encarnada en el comité²⁵.

¿CÓMO MEJORAR EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DE LOS COMITÉS?

De las tres funciones de los comités (análisis de casos, docencia y elaboración de políticas) sólo la función docente y la elaboración de políticas dependen de la iniciativa del comité, y éste puede trabajar, sólo en parte, al margen de las decisiones de los profesionales. Si bien, esto también es relativo, ya que el comité no puede actuar sin contar con cierto apoyo del resto de los profesionales: como antes vimos, la docencia no tendrá resultados sin el respaldo de los responsables del hospital y los tutores docentes, que deben entender su importancia, y sin la colaboración de los destinatarios de la docencia; por su parte, la elaboración de guías requieren la participación en el debate y en su elaboración de los profesionales implicados, sin lo cual la guía sería un documento burocrático más, de escasa importancia práctica.

Tal vez sea difícil que esta situación cambie a corto plazo y que «los comités deban seguir luchando con su frágil posición en la ecología de la institución, resolviendo sólo un número limitado de casos»²⁶. Pero es posible adoptar algunas decisiones por parte del comité que facilitarían su implicación futura en el análisis de casos. Me referiré a aspectos de procedimiento, sin tener en cuenta que la autoridad moral del comité, que no puede venir dada por ninguna norma o decreto sino sólo como fruto de su trabajo y de la experiencia de sus miembros, es algo que el comité debe ganarse. El CEA debe establecer un procedimiento claro para la

24 Robertson JA. Committees as decision makers: alternative structures and responsibilities. En: Cranford RE y Doudera AE, edit. *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making*. Ann Arbor, 1984, pág. 85-95

25 El diario *EL PAÍS* informaba el pasado 21 de junio de 2003 de la dimisión del Comité de Ética Asistencial por las discrepancias sobre la calidad de la información previa al consentimiento que se facilitaba a los futuros donantes vivos. Una parte del comité consideraba insuficiente la información sobre riesgos ofrecida a algunos donantes.

26 Wilson J, Glaser JW, Rasinski-Gregory D, McIver J, Bailey C. *Health Care Ethics Committees. The next generation*. AHA. pág. 186

consulta de casos: quién puede solicitar una consulta; cómo se contacta con el comité; quién responde a esa solicitud; quién debe incluirse en la consulta; cómo se hace la notificación a las personas implicadas; cómo se garantiza la confidencialidad; cómo se documenta la consulta (es decir, si deben hacerse anotaciones en la historia clínica); constancia de que las recomendaciones del comité no son vinculantes.

A mi juicio es importante «abrir» el comité a los pacientes y dar información a todos los que ingresan en el hospital acerca de la existencia del comité, de cuáles son sus funciones y de cómo pueden dirigirse al mismo en caso de precisarlas. En el hospital Juan Canalejo se debatió a fondo esta cuestión en el año 2000 y se decidió que debían darse a los pacientes y a sus familiares todas las facilidades para que hiciesen las consultas al comité, sin dejar de lado a los profesionales, como agentes más activos y determinantes en la toma de decisiones, y con toda la prudencia para evitar en lo posible las confrontaciones con los profesionales que podrían producirse como consecuencia de las recomendaciones del CEA ante las reclamaciones de los usuarios. La experiencia de estos tres últimos años es que, a pesar de esa decisión, y probablemente por falta de información, los pacientes han consultado en muy raras ocasiones al CEA.

Una cuestión importante, a mi juicio, en el análisis de casos es la forma en que estos se resuelven. Hay que demostrar en la práctica que el CEA es eficaz para dar respuesta a las demandas de pacientes o de profesionales. Y esto pasa por ser ágil en las respuestas. No se puede esperar a la reunión del pleno del comité para dar una contestación que se requiere de forma inmediata. Esto puede resolverse con la figura del consultor individual que informe al pleno de la consulta y de su respuesta, o con un equipo reducido de miembros del comité. De esta manera se gana tiempo a la hora de dar una respuesta pero se pierde la riqueza que supone la discusión de los diversos enfoques y perspectivas dentro del comité. Como agilidad en la respuesta y debate interdisciplinar en el comité parecen difíciles de conciliar, creo que una forma de solventar esta dificultad es que la consulta sea resuelta por un pequeño grupo de miembros del comité y que sus recomendaciones sean discutidas en el pleno. Esta solución se acercaría a la propuesta que han hecho en otros lugares, como en Canadá, donde se ha propuesto dejar la ética «distante» de las reuniones de los comités por una ética «cercana»: «ética *cercana* sugiere que los consultores bioéticos deberían tratar por un rato de *ponerse en la piel* de aquellos implicados en un dilema ético difícil»²⁷.

Esto no significa que se olvide que el CEA tiene un papel clave en proporcionar un foro abierto a la discusión de los problemas éticos de la práctica clínica y que, en situaciones complicadas, la respuesta inmediata

27 Dossetor JB. Philosophical concerns with Ethics Committees. *Bioethics Bulletin* 6.1. En www.ualberta.ca/~ethics/bb6-1for.htm (último acceso: 20/02/98)

no debe impedir una reflexión pausada, con participación de todos los implicados, a posteriori²⁸. El análisis de casos a posteriori sirve también para mejorar la experiencia del comité en el análisis y para hacer ver a los profesionales cómo se resuelven los casos, dejando claro que no existe ninguna voluntad fiscalizadora por parte del comité. La discusión de casos a posteriori ha sido planteada por algunos como una de las actividades más importantes del comité²⁹.

Y una palabra sobre la independencia de los comités. La independencia del CEA con respecto a la Gerencia de los hospitales es un valor a mantener, entre otras cosas porque facilita el poder ganarse la confianza de los médicos que de otra forma lo verían como una instancia directiva más, lo que claramente no es el CEA. Pero no debe significar alejamiento, aislamiento ni enfrentamiento con la dirección. La dirección debe entender que el CEA puede ayudar a resolver conflictos (que de otra manera podrían acabar en los tribunales de justicia) y que contribuye a mejorar la calidad de la actividad asistencial. Y el CEA no debe buscar su singularidad en una búsqueda de independencia que suponga que su funcionamiento va al margen de los intereses del conjunto del hospital.

ALGUNOS PROBLEMAS DE LA ACTIVIDAD COTIDIANA DE LOS COMITÉS

La evaluación del trabajo de los CEA

Es difícil darle a los CAE mayor protagonismo sin un adecuado control de calidad de lo que hacen. Hay una gran variabilidad en los CAE y no hay ningún estándar para evaluar sus recomendaciones y su repercusión en los hospitales. Ampliar el carácter prescriptivo de sus recomendaciones, o la exigencia (por alguna norma) de que sea consultado el CAE plantea muchas incertidumbres³⁰. En aquellos casos en que el CAE debe ser consultado necesariamente porque así lo indica una norma legal (como en el caso de los informes preceptivos que debe aportar el CAE antes de la donación de órganos de vivo) las decisiones de los CAE pueden chocar con las prácticas habituales en los hospitales y en ese caso, la cadena se rompe por el eslabón más débil, que en este caso son los CAE.

Hay una escasez importante de datos empíricos sobre lo que hacen los comités, cómo lo hacen y por qué lo hacen. Parece que todos los comités desarrollan las tres funciones «clásicas» que se le reconocen. Pero no sabemos, salvo datos parciales e informaciones de algunos comités, *qué es*

28 American Academy of Pediatrics. *Committee on Bioethics*. Comités éticos institucionales. *Pediatrics* (ed. esp.) 2001;51(1): 55-59

29 Larcher V. Role of clinical ethics committees. *Arch Dis Chil* 1999; 81(2)

30 Fletcher JC, Hoffmann DE. Ethics Committees: time to experiment with standars. *Ann Intern Med.* 1994;120:335-338

lo que hacen; en menos casos sabemos cómo lo hacen, y casi nunca se conoce si lo que hacen es útil para mejorar la calidad de la práctica asistencial.

Hay muchas deficiencias en la evaluación de otras actividades asistenciales con más tradición y más experiencia; por ejemplo, desconocemos el grado de aplicación y la efectividad de algunos protocolos o guías de práctica clínica. Pero esto no debe ser una justificación para que los comités no desarrollen una evaluación adecuada de su trabajo en una triple perspectiva: ¿Cuánto (qué) hacemos?, ¿Cómo lo hacemos (procedimientos, metodología)? y ¿Para qué sirve lo que hacemos (modifica algo la práctica asistencial o tiene algún impacto en el hospital)?.

Diseñar un procedimiento formal de evaluación puede ser una tarea complicada y no es conveniente que los CEA dejen de hacer su trabajo para «hacer evaluación». Pero la falta de evaluación, es decir, la ausencia de datos que demuestren su eficacia puede servir, a veces, de justificación para el escaso apoyo institucional a los comités³¹.

El carácter multidisciplinario y el tamaño de los CEA

Los CEA son multidisciplinarios. Esto es uno de los elementos característicos de los comités. Se considera una de sus características esenciales, la que debe permitir el contraste entre distintos enfoques de los problemas bioéticos. No obstante, esta multidisciplinariedad puede hacer que sus miembros vean en ocasiones las funciones del CEA desde su particular óptica.

La composición de los comités es similar en España y en otros países. Se ha considerado que debe haber unos miembros fijos: médicos, enfermeras, juristas, alguna persona con conocimientos de bioética y miembros legos (representantes de los ciudadanos). En ocasiones se sugiere expresamente la presencia de representantes de la religión mayoritariamente aceptada por la comunidad y es un hecho que, en la mayor parte de los CEA en España, participa el capellán de la Iglesia Católica del hospital.

La presencia de miembros con distintos conocimientos técnicos tiene como objetivo que las conclusiones del comité no sean exclusivamente las de un grupo profesional, sino tarea común en la que cada uno haya aportado sus puntos de vista y haya sido capaz de escuchar las razones del otro. Howard Brody rechaza en un libro de 1976 que el objetivo sea establecer «un método de toma de decisiones éticas que, por cualquier razón específica, considere que hay una y sólo una respuesta correcta a la pregunta por la acción ética a llevar a cabo»³².

31 Monzón JL. Análisis de casos clínicos por los comités asistenciales de ética: métodos de resolución y problemas más frecuentes. En: Comités de Ética Asistencial. Jornada de debate sobre Comités Asistenciales de Ética. José Saravia y Álvarezde y Manuel de los Reyes López, editores. *Asociación de Bioética Fundamental y Clínica*, 2000. pág.: 103-111

32 Brody H. *Ethical decisions in Medicine*. Little, Brown and Company, 2 ed. Boston, 1981

Diego Gracia parece revisar en sus últimos escritos la metodología que había sugerido en el libro de 1991, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, para la discusión en el seno de los comités: «...en aquel momento estaba convencido de que los objetivos de estas metodologías debían consistir en la aplicación de las teorías de elección racional a la ética, y más exactamente a la ética médica. Hoy en día no estoy tan seguro; es más, estoy convencido de que ese acercamiento no es completamente adecuado. El problema real no está al final del proceso, en la decisión; la verdadera cuestión es el proceso en sí mismo»³³. Gracia considera que la racionalidad de los comités no puede ser ni dilemática ni estratégica, sino deliberativa, y que uno de los problemas más serios que sufren los comités hoy en día es que trabajan de forma completamente inadecuada³⁴.

La presencia de los legos en los comités debe servir para evitar un enfoque corporativo de los problemas. Los médicos, los farmacéuticos y las enfermeras también son ciudadanos y pueden transmitir de alguna manera las preocupaciones de estos, pero es inevitable cierto sesgo profesional³⁵. La cuestión está entonces en decidir quienes deben ser los miembros legos, cómo se eligen y que cualificación deben tener. Personalmente no tengo claro que sea imprescindible, como se considera en muchos comités, la presencia del capellán de la Iglesia Católica. Lo que se trata es de que formen parte del comité personas con una mentalidad abierta, capaces de deliberar y de atender a las razones del otro y esta debería ser la condición para participar en el comité. Hay que recordar que en los comités se asiste a título personal y no como representante de ningún estamento o corporación.

La elección de un miembro lego plantea también problemas. No es un representante de los ciudadanos ni un sindicalista, ni parece conveniente acudir a los que han presentado reclamaciones en la oficina de atención al paciente para su selección. Además los sistemas de funcionamiento de nuestros hospitales no facilitan la participación en las discusiones de personas alejadas de los mismos. En el caso de nuestro hospital, se ha optado por la cooptación entre personas, no sanitarios ni vinculados a los hospitales, con un reconocido interés en la bioética. Su cualificación de técnicos en Derecho no es importante y no creo que sea imprescindible la presencia de un jurista como tal en los comités. Si lo que se busca es que alguien pueda hacer explícito cual es el marco legal vigente para que los

33 Gracia D. La deliberación moral: el papel de las metodologías en la Ética clínica. En: *Comités de Ética Asistencial. Jornada de debate sobre Comités Asistenciales de Ética*. José Saravia y Álvarezde y Manuel de los Reyes López, editores. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000. pág: 21-41

34 Gracia D. Op.cit. pág:39

35 Atienza M. Juridificar la bioética. Una propuesta metodológica. En Ascensión Cambrón (coord.): *Entre el nacer y el morir*. Editorial Comares. Granada, 1998. pág.: 33-64

informes del comité tengan en cuenta la legislación positiva, podría acudirse a un asesor externo o a la asesoría jurídica del hospital.

No tengo claro cual debe ser el tamaño ideal del CEA. Creo que depende de sus funciones y del tamaño del hospital. Grupos pequeños pueden ser más ágiles a la hora de resolver casos, ya que mejoran la eficacia y la rapidez de la respuesta. Grupos más amplios facilitan la multidisciplinaridad pero pueden ser más difíciles de reunir y dirigir y exigen una buena dinámica de grupos y un mayor esfuerzo en la preparación y la dirección de las reuniones. Un comité que cuente con miembros con cierta experiencia bioética pueden constituir grupos reducidos que puedan dar una respuesta más ágil a las demandas de profesionales y pacientes, que preparen técnicamente los aspectos de análisis que no tienen que realizarse en el pleno del comité, dejando para las reuniones del CEA en su conjunto la discusión y la elaboración de la decisión final.

Resolviendo los problemas del funcionamiento cotidiano de los CEA

Es cierto que la creación y el desarrollo de los CEA necesitan, además del trabajo de los profesionales, la ayuda y el compromiso de los directivos de los hospitales, con el fin de proporcionar los medios materiales indispensables para su adecuado funcionamiento. En muchos casos, los CEA han iniciado su funcionamiento sin contar con el apoyo necesario (en ocasiones contando con la incomprensión, cuando no el rechazo de algunos directivos, que sólo los «toleraban» en tanto en cuanto existía una norma que los autorizaba). Pero el voluntarismo, imprescindible en su fase inicial, requiere dar paso a un funcionamiento «normalizado» en el que se cuente con los medios básicos (espacio o lugar que sea el punto de referencia del CEA, ayuda administrativa, un lugar adecuado para las reuniones, un archivo que garantice la custodia confidencial de documentos e informes).

Merece un comentario aparte el horario de funcionamiento de los CEA. En una primera fase, nuestro comité ha venido reuniéndose fuera del horario habitual de trabajo. Las explicaciones de este hecho son varias: la carga de trabajo de los distintos profesionales que lo componen, que hacía difícil encontrar tiempo para reunirse en el horario ordinario, era el motivo aludido con más frecuencia. Pero, además, parecía que un Comité de Ética no debía ser visto como un «escape» de las responsabilidades asistenciales y por lo tanto existía cierto pudor a reclamar el tiempo de reunión formal del CEA como tiempo de trabajo. Para muchos de los miembros, éste era sólo una pequeña parte del tiempo destinado al Comité ya que, al margen de las reuniones formales, se requería tiempo para reunirse con los profesionales, redactar informes, preparar sesiones docentes, etc. Pero este funcionamiento al margen del horario habitual tenía el inconveniente de ahondar en la consideración (para algunos directivos y profesionales) de que el Comité de Ética era un grupo de

personas «peculiares», tanto por su actividad como por sus intereses, desligado de las preocupaciones fundamentales, las asistenciales, que tenía el hospital. En este momento parece lógico reclamar que el CEA se implique más en la actividad ordinaria del hospital, que se «normalice» su situación y que se le dote de los medios materiales (y del tiempo necesario a sus miembros) para el desarrollo de su actividad.

A MODO DE CONCLUSIÓN

No he pretendido dar una visión pesimista del funcionamiento de los comités. Mi experiencia es limitada: mi comité y aquellos con los que nos reunimos con alguna frecuencia. Pero me parece que avanzar requiere en ocasiones pararse un momento y reflexionar críticamente (¿se puede reflexionar de otra manera?). Creo que la actividad que pueden desarrollar los CEA es importante, por más que ahora esté poco desarrollada y, en ocasiones, aún menos reconocida. Consolidar los CEA exigirá esfuerzo y tiempo. Para reducir ambos a lo necesario será preciso contar con el apoyo de todos los que trabajan en los hospitales y los que acuden a ellos. Este texto es sólo una gota a añadir a otros textos que puedan contener más experiencia o información que este. Pero últimamente se reconoce la necesidad de pensar inteligentemente cómo podemos y debemos avanzar. Octubre 2003.