

Comités de Ética : La dimensión deontológica de la relación médico-paciente y los comités de ética

Enviado por GERMANMS on 24/10/2008 16:08:14 (526 Lecturas)

Germán Méndez Sardina

Lcdo. Derecho. Experto en Bioderecho.

Resumen: La crisis del paternalismo médico y su inacabada transición a la autonomía del paciente supuso la brusca ruptura de la autoridad moral del médico sobre el paciente, no sólo obligada por la igualdad jurídicamente impuesta, sino también por la abdicación de la clase médica. En este entorno de desorientación en que se encuentran inmersos, los Comités de ética asistencial (CEA) pueden venir en ayuda de los mismos dotándoles de las herramientas necesarias para asumir la nueva cultura en la relación médico-paciente que deviene imparables. Los CEA deben liderar la política hospitalaria de respeto de los derechos humanos y marcar el sendero de las pautas de comportamiento que impliquen al médico en la defensa de esos valores.

Palabras clave: Comités de ética asistencial, relación médico-paciente, ética clínica, paternalismo médico.

La relación médico paciente (RMP) ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina, y que va más allá de los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos, básicos para la práctica médica e imprescindibles en la formación del médico y demás profesionales de la salud. El avance científico y tecnológico ha exigido al médico un alto grado de especialización que le ha permitido afrontar patologías hasta ahora inabordables pero que, como contrapartida, ha modificado sustancialmente la tradicional forma de entender la profesión médica y ha deteriorado la relación médico paciente. Algunos autores consideran, incluso, que la medicina moderna ha introducido un distanciamiento entre el enfermo y su propia vivencia de la enfermedad, ya que se le hace sentir que su cuerpo habla en un lenguaje que él no puede comprender, que se expresa en un idioma al cual sólo tienen acceso aquéllos que conocen los códigos de la medicina (1). Efectivamente el enorme avance de las ciencias, sus sofisticadas aplicaciones médicas e, incluso, sus evidentes éxitos están trayendo, en paradójico contrasentido, el mayor alejamiento médico paciente nunca vivido en la historia de la medicina. Como dice BROGGI “es ya de una evidencia inquietante el que la mirada del profesional está excesivamente focalizada en el conocimiento de los hechos biológicos de la enfermedad para su buen tratamiento, y que, en cambio, sufre de presbicia cuando trata con el enfermo” (2). Consecuencia de ello es la búsqueda por la sociedad de alternativas, y en consecuencia el creciente alza de la demanda de medicinas no convencionales en un “romántico retorno al pasado” (3).

La relación médico-paciente está modulada, por tanto, por factores sociales y culturales. Esta relación se desarrolla en un plano intelectual y teórico, pero también afectivo y ético (4) en lo que puede definirse como acto médico. Ciertamente, en mi opinión, el médico se encuentra desconcertado y desorientado ante el cambio de escenario que le ha obligado a bajarse de su pedestal. La transición – evidentemente inacabada – del paternalismo médico a la autonomía del paciente ha supuesto la pérdida de la “autoridad moral” con que se encontraba investido, y no siempre por una igualdad irreal jurídicamente impuesta, sino también en gran parte por responsabilidad de un estamento médico que ha olvidado su “sacerdocio”, para convertirse en un mero técnico de la sociedad industrial, abdicando de su propia supremacía. Consecuencia de ello, irremediablemente, es que como técnico de esa sociedad industrial sea tratado como tal.

Es precisamente en este momento cuando los comités de ética asistencial pueden venir en ayuda de los mismos, encauzándoles por la nueva cultura que deviene imparables, y que deben asumir y asimilar.

No podemos entender la razón de ser de los comités de bioética sin transitar brevemente por la relación médico-paciente a través del tiempo. Recordemos que la nota general que marcó la práctica médica en las primeras etapas del desarrollo de la humanidad fue el sustento mágico y la superstición. La atención de los pacientes no requería propiamente de un planteamiento ético, dado que la acción curativa era delegada a las fuerzas externas. Dioses y demonios, eran responsables de la salud, curación, enfermedad y muerte, el curandero, sacerdote o chamán quedaba exento de responsabilidad, pues sólo era una pieza más en el juego de las fuerzas sobrenaturales (5).

La filosofía presocrática, marca una nueva etapa al reconocer la libertad de pensamiento y despojar la práctica médica de la mitología, la religión y la superstición. El médico pasa a ser un agente activo en el desarrollo o curación de la enfermedad y su actuación puede ser cuestionada. Es precisamente un médico, Hipócrates, quien señaló las bases de una práctica basada en principios científicos y éticos. Tradicionalmente el médico empleaba todos sus conocimientos en beneficio del paciente, ya fuera para mitigar su dolor, curar su enfermedad o salvarle la vida. El paciente en cambio, desempeñaba un comportamiento pasivo, limitado a cumplir las órdenes del médico sin cuestionamiento alguno. Tal actitud respondía a la convicción de que el médico sólo buscaba el beneficio del paciente, ambas partes de la relación tenían enemigos comunes contra quien luchar, la enfermedad, el dolor y la muerte.

Finalmente, la antigua confianza que distinguía la relación, ha sido sustituida por el temor y la falta de credibilidad. La práctica médica en grandes hospitales y la alta tecnología han deshumanizado la interacción, y no son pocos los casos en que el anterior binomio se ha transformado en una lucha frontal. No obstante este deterioro, es de reconocerse la clara y constante preocupación que existe, por que la práctica médica, además de ser una actividad científica, se sostenga en valores éticos y morales.

Tenemos frente a nosotros una nueva práctica médica que debe dejar atrás la tradicional interrelación paternalista radical y vertical, para sustituirse por una nueva visión mas plural y deliberativa, que permita afrontar adecuadamente las situaciones que diariamente se presentan en los hospitales. Se entiende entonces que se está en una sociedad plural, donde las decisiones se deben tomar bajo la idea democrática de participación y de consenso. Esta noción introducida a los servicios de salud produce un cambio de paradigma en la relación médico paciente que viene a transformar al histórico paternalismo en un nuevo modelo (6) .

Los comités hospitalarios de bioética (7) , denominados en España como Comités de Ética Asistencial (CEA), pueden ser considerados como un auxiliar en esta nueva concepción de la relación médico-paciente. El estar integrados por grupos multidisciplinarios, con preparación especializada, los legitima para deliberar sobre los diferentes problemas éticos que surgen en la práctica médica. Sus intervenciones pueden abarcar desde los grandes problemas que se plantean en las instituciones hospitalarias, en todos los niveles, hasta los problemas particulares que puedan presentarse en pacientes o en sus familiares. También, apoyan al médico, presentándole un enfoque más allá de los aspectos técnicos de un caso clínico. Incluso ante la distribución de escasos recursos entre gran número de pacientes, ante la necesidad de conciliar el mejor tratamiento con las cuotas moderadoras de los servicios de salud, los Comités de bioética se constituyen en un recurso acertado (8) .

Los comités de ética vinieron a introducir el pluralismo moral en medicina y en los servicios de salud, a plantear que hay decisiones que ya no son competencia del médico solamente, sino también del paciente, de su familia, de la Institución y de la sociedad en su conjunto; así como que en esas decisiones deben intervenir representantes del derecho, la filosofía y otras áreas del conocimiento que se ocupan de la conducta del hombre, es decir, una apertura a las ciencias sociales y así, al humanismo médico.

Los CEA son entonces espacios de dialogo y reflexión en un ámbito interdisciplinario, que a través de la argumentación aspiran a arribar a consensos mínimos que mejoren la calidad de las decisiones sanitarias, aproximándose racional y razonablemente a decisiones prudentiales (9) . De igual modo se incorporan otras áreas del conocimiento y modelos de razonamiento moral a la resolución de conflictos éticos en el campo de la salud. Como dice ABEL:

“Sin un auténtico diálogo interdisciplinar entre interlocutores competentes en su propia disciplina o profesión, sin un esfuerzo de paciencia, tolerancia y receptividad activa, no habríamos superado las confrontaciones entre las diferentes racionalidades en conflicto: la científico-técnica y la ético-religiosa. A éstas se añadiría más tarde la racionalidad jurídico-política. Tres racionalidades a las que hay que hacer frente hoy en día buscando el diálogo y no rehuyendo la confrontación cuando se perciba necesaria” (10) .

Pretenden ser reflejo de la pluralidad de ideas que se ponen de manifiesto en la sociedad, en la búsqueda de consensos, pero no se trata de consensos estratégicos, sino de un verdadero proceso de deliberación moral. Ello significa que la deliberación moral se sostiene sobre algunos presupuestos,

como su fundamento en el respeto por la dignidad y los derechos humanos y las condiciones de universalidad que deben subyacer a todo proceso deliberativo (11) .

La incorporación de valores a la toma de decisión – porque, y es una característica de la ética clínica (12) , ha de haber siempre una decisión: no es posible resolver las cuestiones morales que pueden aparecer en la atención de un paciente particular si no se toma una decisión, en un campo complejo e inestable, puesto que los interrogantes éticos son inseparables de los clínicos - es un verdadero avance en el campo de la salud y una necesidad insoslayable en la adecuación a los nuevos modelos de organización social, y a las que el médico no puede sustraerse máxime en el periodo histórico que estamos viviendo. Así, en tanto los valores históricos sociales son entendidos como fundamento de los Derechos Humanos, los comités se constituyen en defensores de los derechos de las personas en aquellos ámbitos que se ocupan del análisis de los conflictos éticos que emanan de la vida y la salud humanas (13) .

Esta nueva concepción sobre la forma como deben tomarse las decisiones en el campo de la salud no implica exclusivamente a los CEA sino que se aspira a introducirlas en el ámbito del hospital, para que el personal sanitario en su conjunto las incorpore y las haga propias. Pretenden, entonces, ser transformadores de actitudes en la práctica, tendientes a la “humanización” de los servicios de salud.

Es una función educativa, tal vez la más importante y la más compleja de sus tareas, y se debe desarrollar en el seno del hospital. La introducción de valores al proceso de toma de decisión, la toma de conciencia sobre los derechos humanos que se encuentran involucrados y, finalmente la modificación de actitudes en la práctica, no son tareas sencillas y seguramente no han de lograrse solo a través de acciones educativas.

Los CEA no han llegado para prohibir, poner reglas, normas o límites, ni para reglamentar o legalizar, sino más bien para respetar la pluralidad y “que las decisiones no invadan las libertades y los derechos de otros individuos y otras sociedades” (14) .

Deben considerarse como la mediación entre los sujetos que entran en relación y el acto médico, ofreciendo algunos principios, valores, consejos para una definición común en la tarea de decidir aquí y ahora cuál es la decisión médica y ética más adecuada.

Pese a la importancia que los CEA deben tener en el restablecimiento de la RMP, lo cierto es que cuando se solicita a personas con años de dedicación a un comité ético asistencial para que hagan una valoración sobre la función y la utilidad de los comités, es habitual experimentar cierta sensación de vaguedad e indeterminación —quizás algún grado de escepticismo— que se extiende no sólo a los resultados de sus largas horas de dedicación, sino también a los mismos objetivos o a la propia estructura del comité (15) . Es más “la necesidad de los CEA no se percibe como tal en muchos ambientes sanitarios y equipos clínicos” (16) .

Igualmente existen otros dos peligros que pueden entorpecer el buen funcionamiento del comité: la usurpación por el CEA de la responsabilidad de la decisión última, lo que puede ocurrir si se pierde de vista la índole consultiva del mismo. Cabría incluso que se hiciera desaparecer la responsabilidad al diluirla en el comité, y esto es bastante sencillo: ante un dilema moral qué mejor excusa ante la propia conciencia que asumir el dictamen del CEA por muy consciente que se sea del carácter no vinculante del mismo, ya que eso le permitiría centrarse en el aspecto técnico, sin entrar en especulaciones morales; y el olvido o desconocimiento por parte del comité de sus propios límites de actuación. Se trata de un peligro aún mayor que el anterior: en una época de crisis de valores como la que nos toca vivir, el CEA puede sentir la tentación de dejarse contagiar por el relativismo reinante y traspasar en sus decisiones los límites estrictos de sus competencias.

Nadie duda que los comités éticos asistenciales cumplen en las instituciones sanitarias una misión de reflexión ética beneficiosa. La pregunta sería, para algunos, si esta función justificará en el futuro su existencia. “Si el CEA es capaz de inspirar confianza y de irradiar eficacia y prestigio, entonces terminará por integrarse adecuadamente en el sistema, el cual no dudará en admitirlo como a un cuerpo natural y como parte de su compromiso al servicio del paciente” (17) , y del propio médico. Resulta ineludible, por tanto, reforzar los CEA como órganos necesarios para establecer las pautas de comportamiento, liderando la política hospitalaria como valedores del respeto a los derechos humanos en el ámbito clínico.

- 1 Clavreul, J. "El orden médico" Argot Compañía de Libros, 1983, y Cordoba-Leal-Martínez "Cabos sueltos de la epistemología médica", México, UAM-X, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 1991, citados por Martínez, C.-Leal, G. "Sobre la calidad clínica de la atención: el problema de la relación médico paciente", Anales Médicos, Hospital ABC, vol. 48, núm. 4, oct.-dic. 2003, pág. 245.
- 2 Broggi, M.A. Comentario Editorial en la Revista Humanitas, Humanidades Médicas, nº 15, mayo 2007, pág.4
- 3 Giménez, J. A. "La profesión médica hoy: nueva llamada de la tradición hipocrática", en Medifam v.12 n.9 Madrid, oct.-nov. 2002, pág. 2.
- 4 Arango, P. "La formación en bioética: una alternativa para la calidad de la relación médico-paciente", en Persona y Bioética, vol. 2, nº 3 (1998), pág. 1.
- 5 Pollak, K. "Los discípulos de Hipócrates. Una historia de la medicina". Circulo de Lectores, Barcelona, 1970, págs. 14-15; Vera, R. "Historia de la Civilización", Tomo 1, Ed. Ramón Sopena, Barcelona 1964, págs. 194-195; Laviosa Zambotti, P. "Origen y destino de la cultura occidental", Ed. Guadarrama, Madrid 1959, pág. 76; Eliade, M. "Tratado de Historia de las Religiones", Circulo Universidad, Madrid 1990, págs. 60-64; Childe, G. "La prehistoria de la sociedad europea", Icaria, Barcelona 1979, págs. 108-111.
- 6 Vidal, S. "Introducción a la Bioética Institucional: Los comités hospitalarios de bioética" Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO. Módulo III, pág.14.
- 7 La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, en su artículo 19, enumera una tipología de Comités de Ética necesaria para la aplicación de los principios que la misma contiene. Se trata de los llamados Comités de Ética en Investigación Clínica, Comités de Ética Asistencial y Comités Nacionales de Bioética. Éstos últimos vienen reforzados por el artículo 22.b señalando que "los estados deben fomentar la creación de comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas". No es la primera vez que en una declaración internacional se menciona la necesidad de crear y promover comités de ética, pero sí es la primera en la que en un mismo artículo se definen las funciones que cada uno de debe desempeñar en distintos contextos. A través de ellos se aplican los principios de la Declaración cuyo objetivo es tratar "las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta las dimensiones sociales, jurídicas y ambientales" (art. 1). Lecuona, I. "La regulación española de los Comités de Ética y las novedades introducidas por la nueva Ley de Investigación Biomédica" Revista de Bioética y Derecho, núm. 11, septiembre 2007, págs. 17-21.
- 8 Arango, P., op. cit. pág. 4
- 9 Ibidem. pág. 14.
- 10 Abel, F. "Comités de ética asistencial", en Anales del Sistema Sanitario Navarro, 2006, 29 (supl. 3), pág. 78.
- 11 Vidal, S. op. cit. Pág. 15
- 12 Clínica es palabra que procede del griego klyne, término cuyo sentido queda claro recordando algunos de los términos en que interviene, como «inclinación», «triclinio», «clima» o «climaterio». Su sentido más usual fue el de «cama». De klyne procede también «clínica». Clínica es la actividad que se realiza ante la cama del enfermo. La clínica es siempre una actividad concreta, individual. Su misión consiste en diagnosticar y tratar a un enfermo concreto, determinado. Gracia, D., "La deliberación moral: el método de la ética clínica", Med Clin (Barc) 2001; 117, pág. 18.
- 13 Vidal, S., op. cit. pág. 15
- 14 Ibidem. pág. 16.
- 15 Vidal, J.-Sarrias, X.-Ros, F. "¿Están siendo útiles los comités éticos asistenciales? Cuadernos de Bioética, XVII, 2006/3º, págs. 398.
- 16 Simó, R. "El centro de trabajo y su dimensión ética. Los comités éticos multidisciplinares" en Tomás, G. (ed.) Manual de Bioética, Ed. Ariel, 2ª edición, 2006, pág. 121.
- 17 Ibidem. pág. 126.