

El Consultor de ética: fortalezas y debilidades.

Ethics Consultants: Strengths and Weaknesses

Felipe Solsona

Profesor de Ética clínica UAB-UPF, ESIM, EUG. Máster en Bioética UCM.

Email: fsolsonad7@gmail.com

Resumen

Los Comités de Ética Asistencial se han desarrollado en nuestro país a partir de 1974. Su fortaleza estriba en la posibilidad de deliberación entre todos sus miembros, puesto que así se contemplan de forma poliédrica las diferentes visiones del conflicto y se sintetizan en una recomendación final. Sin embargo, únicamente el 1% de los conflictos éticos que se producen en un Hospital llegan al Comité, y cuando se trata de procesos que tienen que ver con el final de la vida, la agonía y la muerte, las recomendaciones llegan tarde. Este fracaso de los Comités ha producido un cierto desánimo en los profesionales de la salud, que por eso han buscado ayuda en los llamados Consultores de ética. En este artículo analizamos el binomio Comité de ética-Consultor de ética, las ventajas y desventajas de esta última opción, para concluir que la figura del Consultor responde mejor a las necesidades exigidas por los problemas éticos que se generan en el día a día del hospital.

Palabras clave: Comité de Ética Asistencial, Consultor de ética, Ética clínica, Ética médica, Bioética.

Abstract

In Spain, Clinical Ethics Committees started to develop in 1974. Their strength stemmed from the deliberation between its members, which offered the possibility to approach polyhedrally different perspectives on a particular conflict and synthesize them in a final recommendation. Nevertheless, only 1% of the ethical conflicts that arise in a hospital reach the Committee, and when these conflicts have to do with the end of life, agony, or death, the Committee's recommendations come too late. This failure of the Committees has made health professionals seek help from Ethics Consultants. In this article we analyze the relationship between Ethics Committees and Ethics Consultants, the advantages and disadvantages of the latter, to conclude that the Ethics Consultant role offers a better type of response to the ethical problems that arise in hospitals daily.

Keywords: Clinical Ethics Committee, Ethics Consultants, Clinical Ethics, Medical Ethics, Bioethics.

Los Comités de Ética Asistencial se han desarrollado en nuestro país a partir de 1974 (Ribas-Ribas, 2006: 60-66). Entre sus funciones e indicadores de su calidad están el promover la formación de bioética de los profesionales, la difusión e información de sus actividades, la realización de guías, protocolos y recomendaciones, y sobre todo promocionar la realización de consultas por parte de los profesionales y pacientes sobre situaciones que generen conflictos éticos. Su fortaleza estriba en la deliberación entre sus miembros, entre los que se incluyen médicos, enfermeras, abogados, representantes de la dirección, trabajadores sociales, y sobre todo usuarios de la sanidad; es decir, es una deliberación en la que se contemplan de forma poliédrica todas las diferentes visiones del conflicto y se elabora una recomendación final.

Sin embargo, únicamente el 1% de los conflictos éticos que se producen en un Hospital llegan al Comité para su deliberación (Gracia, 2014:1-3). Estos conflictos se producen sobre todo en Servicios relacionados con procesos que tienen que ver con el final de la vida, la agonía y la muerte. Y posiblemente las recomendaciones ante estos procesos no constituyen una ayuda al profesional en la toma de decisiones, ya que ordinariamente llegan con tardanza. Por lo tanto, podemos observar un cierto fracaso por parte de estos Comités en mejorar la calidad de la asistencia para gestionar correctamente los conflictos de valores. Ello ha inducido un cierto desánimo en ellos por lo que se están planteando soluciones para intentar optimizar que los conflictos éticos lleguen a su análisis. En un editorial publicado en la revista EIDON (Gracia, 2014: 1-3), Diego Gracia se plantea que ha llegado ya la hora de los Consultores de ética, de tal modo que cuando se identifiquen problemas éticos que planteen dudas en la toma de decisiones, el Consultor se desplazará al servicio donde aparece el conflicto, analizará la historia clínica, se entrevistará con las personas implicadas y ayudará en la resolución del conflicto. Existen diversas fuentes para determinar las competencias que debería tener el Consultor, pero en general serían las siguientes (Hernando Robles, 2018:12-25):

Los Comités de Ética Asistencial se han desarrollado en nuestro país a partir de 1974.

Conocimientos y aptitudes de un Consultor miembro de un Comité de Ética Asistencial:

- Ética y Bioética a nivel de master o postgrado
- Manejo de los recursos documentales
- Conocimiento de las regulaciones ético-legales

Habilidades:

- Identificar y analizar conflictos éticos
- Facilitar la interrelación entre todas las partes implicadas

Actitudes y valores:

- Facilidad comunicativa
- Accesible, mediador, integridad personal y profesional

Otros:

- Voluntad y disponibilidad de tiempo
- Prestigio y reconocimiento profesional

En nuestro hospital, la demanda de la figura del Consultor de ética surgió de manera espontánea, debido a que se propuso que la vía de acceso al Comité fuera personalizada en dos figuras, una de las cuales ejercía como presidente del Comité y poseía conocimientos en bioética, derivados de la realización de un máster. Esta figura tenía dependencia del Comité de Ética Asistencial, y los casos analizados por él eran posteriormente discutidos en las sesiones ordinarias del Comité. Esta experiencia fue publicada recientemente (Zapatero Ferrandiz et al., 2017: 549-551; Solsona, 2012: 60-66), pero en general se observaba que el Consultor podía resolver el 80% de las consultas que no requerían una deliberación de todo un Comité para su resolución. Para ello, el Consultor de ética poseía un arma fundamental, que era la utilización de un método de resolución de conflictos (Gracia, 2004: 21-32), pero, por otra parte, se enfrentaba a un personal sanitario con una formación muy deficiente en Ética médica, fundamentalmente porque la mayoría no habían cursado esta materia en la Universidad. Prueba de ello es un estudio que se realizó en este mismo hospital y que se encuentra en fase de publicación. En él se analizaba si los profesionales sanitarios eran capaces de distinguir las diferencias entre los procesos de limitación de tratamiento, eutanasia, suicidio asistido y sedación terminal. En particular, el concepto de eutanasia únicamente fue reconocido correctamente por el 3% de los médicos (n=300) y por el 0% del personal de enfermería. Situación altamente preocupante, ya que se podría deducir que los profesionales confundían procesos legales como la sedación terminal con procesos ilegales como la eutanasia. Evidentemente, su distinción no debe suponer ningún problema para un Consultor.

Solo el 1% de los conflictos éticos que se producen en un Hospital llegan al Comité para su deliberación.

La ausencia de método produce errores básicos, como el no tener un conocimiento exhaustivo de los hechos previo al juicio ético (Solsona, 2017: 155-156), lo que genera errores en la resolución de conflictos.

El fracaso de los Comités de Ética Asistencial ha llevado a la creación de la figura del Consultor de ética para la resolución de conflictos de ética clínica.

Además, cuando se llega a identificar un determinado problema, es posible caer con frecuencia en la dicotomía de identificar perfectamente los cursos extremos de acción y decantarse por uno de ellos, pero sin pensar en la

existencia de cursos intermedios, entre los que estaría la elección más prudente (Zapatero Ferrandiz, 2017: 549-551).

Desde nuestra experiencia, por otra parte, los conflictos más frecuentes en la práctica clínica y que provocan la presencia del Consultor son: la valoración de la capacidad de los pacientes, los límites en casos de futilidad, la utilización de la sedación terminal, las fronteras de la legalidad y la forma de limitar el esfuerzo terapéutico. Vamos a referirnos individualmente a cada uno de ellos, utilizando frecuentemente el escenario clínico.

La valoración de la capacidad de los pacientes. Desde el punto de vista del profesional sanitario, los pacientes a menudo adoptan una actitud contraria a la opinión de médicos y enfermeras. Esta actitud la determina su propia escala de valores, que es considerada irracional por parte de estos profesionales. El escenario clínico más ilustrativo sería el del paciente testigo de Jehová, que rehúsa la transfusión sanguínea aunque esto le ponga en riesgo la vida. El Comité de Ética Asistencial de nuestro Hospital dispone de un protocolo sobre el tratamiento de estos pacientes que es fundamentalmente autonomista, pero no puede hacer una evaluación profunda de la capacidad del paciente. Además, en ocasiones la urgencia del caso exige la figura del Consultor que deberá valorarla. El principal error en el que caen los profesionales responsables es pensar que esta valoración debe recaer en las manos del médico psiquiatra. En realidad, este solo puede determinar la ausencia o presencia de enfermedad psiquiátrica pero, en ausencia de esta, no es su papel el evaluar la capacidad del paciente, que es función del médico responsable. Por lo tanto, el Consultor ayudará en dicha valoración y para ello, al cabo de una entrevista individualizada, tendrá en consideración que el paciente no esté coaccionado, cómo razona y conoce las consecuencias de su acción (en este caso el riesgo de su propia muerte) y, sobre todo, si su decisión es compatible con la escala de valores que ha mantenido durante toda su vida. La mayoría de los profesionales no dispone de las herramientas necesarias para ello, y con frecuencia aplica lo que se denomina medicina defensiva, que consiste fundamentalmente en evitar problemas legales, aunque ello suponga ir en contra de la autonomía del paciente. En este caso, la figura del Consultor como interlocutor entre el profesional y el paciente puede ayudar a solventar conflictos.

La ausencia de método produce errores básicos, como el no tener un conocimiento exhaustivo de los hechos previo al juicio ético.

La futilidad. El hecho de declarar un procedimiento como fútil, y por lo tanto no exigible en justicia por parte de pacientes y familiares, supone otro reto al que el Consultor se enfrenta con frecuencia, y que en la mayoría de los casos constituye una urgencia. Esta situación es frecuente cuando se observan disparidades de opinión y pronóstico entre profesionales sanitarios y pacientes o familias. En este caso, el Consultor debe adoptar la solución más prudente, generalmente a favor del paciente, y proponer un curso intermedio de acción. Un escenario clínico que contemplaba esta situación fue publicado en esta revista (Solsona, 2012: 60-66). Era el de un paciente con enfermedad de Steiner en el que se dudaba si adoptar tratamientos agresivos (ventilación mecánica). Como usualmente sucede, la consulta fue hecha en las últimas horas del horario laboral (cuando era imposible reunir al Comité). La decisión adoptada por el Consultor fue la de iniciar medidas agresivas y posteriormente decidir según su evolución. El paciente fue dado de alta diez días después.

La sedación terminal. El final de la vida y la utilización de la sedación terminal constituye otra fuente de conflicto. El hecho de que esta tenga un efecto positivo (evitar sufrimiento) y otro negativo (acortar el proceso de morir) hace que en ocasiones el médico sea reacio a incrementar la dosis para evitar caer en el lado no deseado, con el consiguiente sufrimiento por parte del paciente. Un factor que obstaculiza la toma de decisiones en estos casos, según demostraba el estudio comentado previamente, es que la mayoría de los profesionales no distingue correctamente el proceso de eutanasia (ilegal), y el efecto negativo de la sedación terminal, legal siempre que se busque el control del sufrimiento. El Consultor puede ayudar a

encontrar estas dosis óptimas que busquen evitar el sufrimiento de los pacientes y minimizar los efectos secundarios negativos.

Los límites de la legalidad. El acortar el proceso de morir es una de las situaciones en el final de la vida que puede suscitar una cierta condescendencia moral tanto en profesionales como en familias. Surge cuando, en un paciente en situación terminal, la familia demanda la utilización de mayor sedación con la finalidad de provocar su muerte. El Consultor se ve a menudo interpelado por estas familias que no entienden cómo en esta situación no puede acelerarse el proceso de morir. Al fin y al cabo, el paciente va a fallecer en unos días. Sin embargo, en estos casos es necesario explicar que no se les puede dar a los profesionales el poder sobre la vida y la muerte. Nuestra finalidad nunca debe ser provocar la muerte del paciente. Si así no fuera, nunca sabríamos cuándo deberíamos parar. Es lo que llamamos la ley de la pendiente resbaladiza.

La forma de limitar el esfuerzo terapéutico. Muchos profesionales consideran que la retirada de tratamiento tiene mayor implicación moral que el hecho de no iniciarlo. Por lo tanto, es posible que se mantenga un tratamiento fútil, por el miedo a retirarlo. El escenario clínico más frecuente es el paciente con limitación de tratamiento y que aún es portador de oxígeno u otro tipo de tratamientos, que solo consiguen prolongar la agonía de pacientes y familiares.

En todas estas situaciones, el Consultor puede ser de gran ayuda en la resolución de conflictos. Existen otros autores que han identificado y clasificado de manera diferente los problemas descritos que requieren la presencia del Consultor. Así, Beca (Beca et

Los conflictos más frecuentes en la práctica clínica que provocan la presencia del Consultor son la valoración de la capacidad de los pacientes, los límites de la futilidad, la utilización de la sedación terminal, los límites de la legalidad y la forma de limitar el esfuerzo terapéutico.

al., 2010: 815-820) distingue entre ellos la proporcionalidad, la limitación del esfuerzo terapéutico, la muerte digna, el principio de autonomía o su subrogación, las voluntades anticipadas, y los problemas de justicia en el uso de los recursos. En esencia, se trata de los mismos conflictos que hemos enumerado, con la diferencia

que para este autor la interpretación de las voluntades anticipadas constituye un problema frecuente, y desgraciadamente en nuestro medio no lo es, debido al poco número de ciudadanos que las realizan (Solsona, 2014: 155-156).

Cuando la consulta exige una deliberación más amplia, lo que sucede en aproximadamente un 20% de las consultas⁴ (Zapatero Ferrandiz, 2017: 549-551), es preciso convocar al Comité de ética en reunión de urgencia. Por lo tanto, es preciso que todas las consultas realizadas se evalúen posteriormente por ambos. Cabría preguntarse si las consultas de ámbito deliberativo que deberían ser planteadas al Comité pueden ser resueltas por el Consultor, que al fin y al cabo solo delibera consigo mismo, y si este hecho no cuestiona de algún modo el binomio Comité de ética-Consultor, ya que el Comité no parece responder adecuadamente a los conflictos éticos planteados en el Hospital. La respuesta a ello es que las consultas que resuelve el Consultor son debidas a sus conocimientos

El Consultor debe formar parte del Comité de Ética Asistencial como experto en Bioética y aportar sus conocimientos al grupo.

en bioética, y que este mismo Consultor es uno de los integrantes del Comité de Ética Asistencial, es decir, es justamente el que aporta, como miembro experto, estos conocimientos al grupo.

La conclusión fundamental es que el binomio Comité de ética-Consultor de ética responde mejor a las necesidades exigidas por los problemas éticos que se generan

La figura del Consultor hace que lleguen más casos al Comité de Ética Asistencial, y que se resuelvan de modo más operativo.

en el día a día del hospital. Nuestra experiencia con este binomio es que nos llegan un mayor número de consultas y se resuelven muchas de ellas de manera más operativa.

Pensamos que el Comité de ética supera en su análisis al Consultor, por el simple hecho de que la deliberación es más amplia, al someterse al juicio de un mayor número de personas procedentes de distintos estamentos.

Dicho lo anterior, cabe preguntarse en qué situaciones el Consultor puede ser una mejor opción en la resolución de conflictos éticos, superando en alguna manera las posibilidades del Comité. Se trata de saber, por tanto, si en algunas circunstancias específicas el Consultor pudiera jugar un rol que superase al del Comité.

Para ello vamos a recurrir a una historia clínica que ha tenido lugar en nuestro hospital en julio del presente año. Se trata de un paciente de 90 años, con antecedentes de epilepsia temporal de probable etiología degenerativa, que es traído a urgencias por crisis epiléptica y deterioro del nivel de consciencia. Se completa estudio con electroencefalograma de urgencia que muestra una actividad epiléptica continua temporal izquierda. Se orienta como *status epilepticus* no convulsivo y se inicia tratamiento farmacológico (Levetiracetam, Ácido Valproico y Lacosamida) por persistencia de la actividad, hasta la corrección del patrón de status en el electroencefalograma y discreta mejoría clínica asociada. Durante su estancia en urgencias, presenta leve mejoría clínica inicial, pero persistiendo un nivel de consciencia disminuido. Este nivel de consciencia hace que el paciente presente una insuficiencia respiratoria, con disminución de los niveles de oxigenación y de la eliminación de CO₂, así como tos no productiva. Si el paciente no es intubado y conectado a un respirador mecánico, fallecerá en pocas horas.

Hasta ese momento la calidad de vida del paciente había sido aceptable, interactuaba correctamente con su entorno y era autónomo para la mayoría de las actividades de la vida diaria.

Debido a la edad avanzada del paciente, los médicos del servicio de urgencias desaconsejaron la utilización de ventilación mecánica porque temían complicaciones que solo conseguirían alargar su sufrimiento. El paciente con este nivel de consciencia no es competente para tomar decisiones. Todo el peso de la decisión lo asume la hija, que es enfermera del hospital y que se debate entre dos valores. Por un lado, está salvar la vida de su padre, pero por el otro el evitarle sufrimientos innecesarios y respetar la opinión de los compañeros del servicio de urgencias, que como dijimos, desaconsejaban cualquier medida agresiva. Ella se encuentra sola ante esta disyuntiva. Necesita de una figura cercana, que sepa calibrar las posibilidades de supervivencia de su padre y que le haga de interlocutor con los servicios implicados en su asistencia. Conoce la existencia del Comité formado por numerosos profesionales,

pero ella prefiere la cercanía y la proximidad del Consultor de ética. Piensa que con su ayuda su decisión será más acertada.

El Consultor de ética calibra los hechos, los cursos extremos en la resolución de este conflicto y plantea el curso intermedio de cuidado intensivo condicional. Es decir, en principio se iniciarán acciones agresivas, se intubará y ventilará al paciente, y según su evolución se irían adaptando otro tipo de actitudes.

El paciente fue dado de alta a los 10 días de ingresar en la UCI. La escala de Barthel, que evalúa las actividades de la vida diaria, era al alta del paciente de 85/100 puntos (dependencia moderada). En la fecha actual (4 meses después del alta) continúa estable en domicilio.

La resolución de este conflicto nos hace pensar que para algunas personas la cercanía y la proximidad de la figura del Consultor ha sido determinante para su elección. Indudablemente, en este caso también lo ha sido el factor tiempo, ya que la situación del paciente no admitía demoras. El caso no podría ser resuelto por el Comité de ética asistencial, y no ha sido preciso una gran deliberación para aconsejar prudentemente a la hija un curso intermedio de acción.

Una de las fortalezas del Consultor de ética es la confidencialidad, la cercanía, la proximidad, la discusión abierta tanto con pacientes como con familiares.

Para los pacientes y familiares, el hecho de acudir a un Comité de ética les puede suponer una mayor carga emocional, al tener que enfrentarse a un mayor número de personas. También, como sabemos, es difícil reunir al Comité de urgencia. La mayoría de los hospitales no disponen de Consultor, y es bastante significativo que las pocas consultas que reciben vengan todas de profesionales, ya sean médicos o enfermeras. Casi es inexistente la proporción de familiares y pacientes que acuden directamente a ellos, y este es un tema que debería preocuparnos.

Mi tesis es que la figura del Consultor puede aumentar las consultas que provienen de pacientes o familiares. Su fortaleza será la confidencialidad, la cercanía, la proximidad, la discusión abierta con ellos. Una experiencia muy interesante y que se inscribe en nuestra misma línea de trabajo es la realizada por el grupo SAGESA (Prats Alonso, 2018: 92-97) que decidió abrir una consulta externa de bioética para ayudar en la toma de decisiones en relación a las voluntades anticipadas, y que se vio desbordada por todo tipo de consultas en relación a conflictos derivados de la práctica asistencial. Sin embargo, afirman que en su organización falta el reconocimiento explícito de estos profesionales, aunque cuentan con el permiso de las direcciones respectivas. Mi aplauso para este tipo de iniciativas, que creo deberíamos imitar.

Cuando el Comité y el Consultor trabajan juntos, se producen sinergias valiosas.

Finalmente, no olvidemos que paciente y familia son el eslabón débil de toda la cadena asistencial. Es a ellos a quienes nos debemos. En mi opinión, el Consultor de ética es el nexo de unión entre pacientes, familia y Comité. El gran problema es que la mayoría de ellos desconocen que existe esta figura y por eso resulta preciso realizar un esfuerzo considerable de difusión⁸. Así pues, cuando el Comité y el Consultor trabajan juntos, se complementan unos a otros y se producen sinergias valiosas. De

esta manera podemos conseguir una calidad asistencial basada en el respeto de la autonomía de los pacientes y que además se preocupa por hacer el bien, evitar el mal y tratar a todos por igual. La sociedad no espera menos de nosotros.

Bibliografía

Beca, JP; Koppmann, A; Chavez, P, et al. (2010). Análisis de una experiencia en consultoría ético-clínica. *Rev Med Chile*, 138, 815-820.

Gracia, Diego (2004). La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: Diego Gracia y Javier Júdez (Eds.). *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela, 21-32.

Gracia, Diego (2014). ¿La hora de los consultores? *EIDON*, 42, 1-3.

Herrando Robles, P. (2018). Los CEA en España: de dónde venimos y hacia dónde vamos. En: *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, 46, 12-25.

Prats Alonso, E. (2018). La experiencia de SAGESSA en consultoría ética. En: *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?* Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, 46, 92-97.

Ribas-Ribas, S. (2006). Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT. Estructura y funcionamiento. *Med Clin (Barc)*, 126, 60-66.

Solsona F. (2014). Instrucciones previas. *EIDON*, 44, 145-146.

Solsona, F. (2012). A vueltas con la futilidad. *EIDON*, 40, 60-66.

Solsona, F. (2017). La importancia de los hechos en bioética clínica. *EIDON*, 47, 155-156.

Zapatero Ferrandiz, A; Colomar Pueyo, G; Dot Jordana, I; Solsona Duran, JF. (2017). El consultor de ética. *Medicina clínica*;149(12), 549-551.