

## Artículo de Revisión

# Comité de ética asistencial y servicio de consultoría ético-clínica en Clínica Alemana

### **Dra. Karen Goset**

Comité de Ética

Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Contacto: [kgoset@alemana.cl](mailto:kgoset@alemana.cl)

### **Resumen**

En las últimas décadas, el gran desarrollo tecnológico ha abierto nuevos horizontes a la medicina. Paralelamente, los cambios socioculturales han modificado la relación clínica, tradicionalmente paternalista, a deliberativa. Actualmente, la participación del paciente y su familia en las decisiones sanitarias es la regla. En Chile, el año 2013 entra en vigencia la ley de derechos y deberes de los pacientes cuyo objetivo es, justamente, proteger la autonomía de los pacientes. Esta ley contempla la necesidad de contar con comités de ética asistencial.

Revisaremos a continuación la actividad del Comité de Ética Asistencial (CEA) de Clínica Alemana de Santiago (CAS), desde su creación en el año 1999 a la fecha, y del servicio de consultoría ético-clínico desde su implementación en el año 2008.

En el periodo señalado se han presentado 58 casos al CEA y se han realizado 415 consultorías. Los problemas éticos principales son recurrentes, limitación del esfuerzo terapéutico, proporcionalidad, autonomía y subrogación.

El CEA y el servicio de consultoría son actividades complementarias que buscan mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes. Esta revisión tiene por objeto difundir

esta actividad entre los profesionales de esta institución y estimularlos a solicitar el servicio de consultoría ético-clínica para sus pacientes o a acercarse al CEA frente a dilemas éticos, que sabemos, son cotidianos al lado de la cama del enfermo.

Durante los últimos 30 años ha habido un desarrollo vertiginoso de la tecnología y por ende de las herramientas disponibles en medicina. Paralelamente, aunque de manera mucho más lenta, ha habido un cambio ideológico profundo de la sociedad. Hoy vivimos en una sociedad pluralista en la que el valor de la autonomía es preponderante. Como médicos estamos acostumbrados a pensar en la autonomía física, la capacidad de desplazarse, de alimentarse, de ventilar; desde el punto de vista ético nos referimos a la capacidad de tomar decisiones con respecto a su vida y por ende en relación a los tratamientos médicos a recibir. Durante siglos la relación médico paciente fue de tipo paternalista, era el médico quien decidía por el paciente unilateralmente, más en base a sus valores que a los del paciente. Hoy en día ni siquiera hablamos de relación médico-paciente si no que de relación clínica, ya que con el incremento de tecnología hay un aumento en el número de especialistas que intervienen. Se trata de una relación entre el paciente, su familia y un equipo de salud multidisciplinario. El modelo de relación clínica, teóricamente más aceptado

actualmente, es el dialógico o deliberativo. Para llevar a cabo este modelo hemos de respetar las reglas del diálogo, a saber: respetar al otro como interlocutor válido y manejar información veraz y suficiente. En un verdadero diálogo ambos agentes aceptan el principio del mejor argumento y están dispuestos, a priori, a cambiar de opinión.

Este cambio no ha sido fácil para ninguna de las partes. Es así como en 2013, después de 11 años de tramitación, entra en vigencia en nuestro país la Ley N° 20.584 "Ley de derechos y deberes de los pacientes". Entre sus propósitos está, fundamentalmente, el defender la autonomía de los pacientes. Los artículos 8 al 32, de un total de 39 artículos, se refieren a autonomía e información.

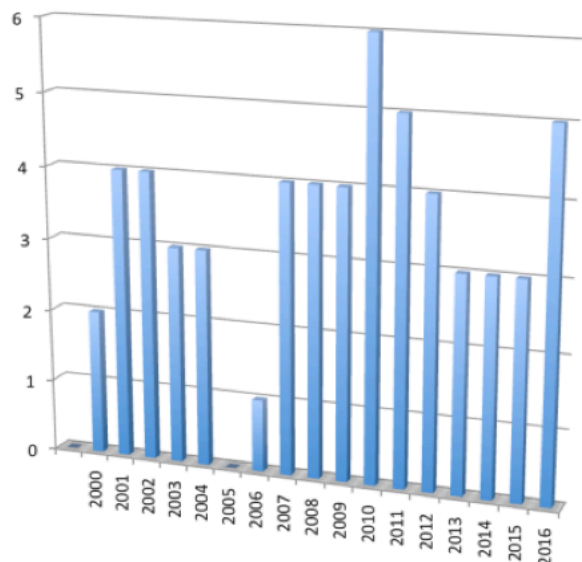
La ley establece también la necesidad de contar con comités de ética asistencial. Los define como "órganos colegiados de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre conflictos éticos que se susciten, como consecuencia de la atención de salud, para contribuir

a mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en relación con ella."

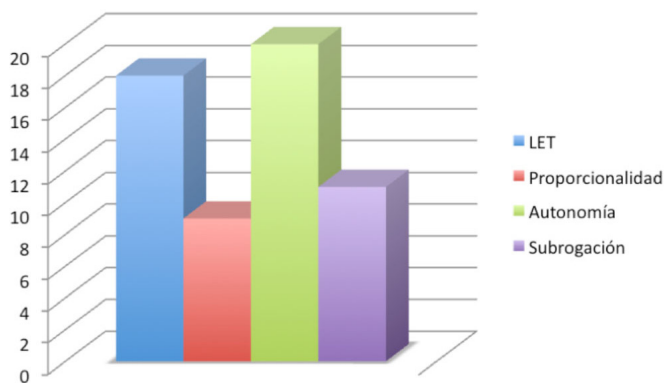
En Clínica Alemana de Santiago (CAS) el comité de ética asistencial (CEA) fue creado el año 1999, como apoyo a las decisiones médicas más que como resguardo de la autonomía de los pacientes, como lo plantea hoy la ley.

El CEA de CAS se ha mantenido desde entonces sesionando mensualmente. A la fecha se han presentado y analizado 58 casos, 3,4 casos promedio por año (Gráfico 1), lo que coincide con lo reportado por otros comités nacionales e internacionales. Los problemas éticos más frecuentes son la limitación del esfuerzo terapéutico, el respeto a la autonomía, la proporcionalidad y la subrogación (Gráfico 2). Los servicios donde se originaron las consultas al CEA han sido ginecología y obstetricia, pediatría, neurología, medicina, Unidad de Paciente Crítico (UCI) y oncología (Gráfico 3).

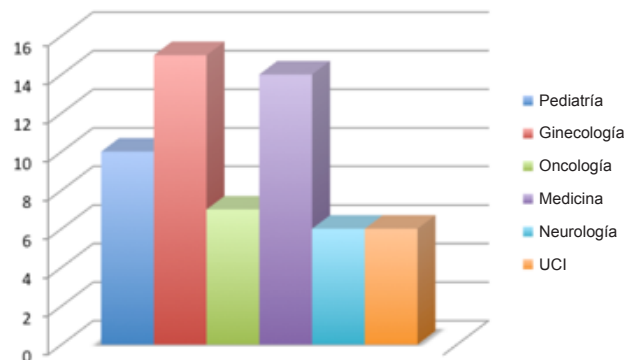
**Gráfico 1.** Casos presentados al CEA CAS



**Gráfico 2.** Problema ético principal



**Gráfico 3.** Servicio derivador



Los CEA cumplen además con las funciones de educación y promoción de conductas éticas en la institución y la comunidad, así como el desarrollo de políticas institucionales acordes. El CEA CAS ha asesorado a la Dirección Médica y jefaturas de departamentos, y ha estudiado algunos temas generales que han sido planteados como sugerencias normativas.

No se trata de actuar como guardianes morales, ni se intenta poner límites. Se trata de promover la reflexión, el respeto y el pluralismo. La gran fortaleza de los CEA es su carácter multidisciplinario y su capacidad de deliberar considerando las distintas miradas de sus integrantes.

La ley 20.584 describe la composición de estos Comités. Actualmente, el CEA está integrado por un psiquiatra, un neonatólogo, un pediatra, dos nefrólogos, un oncólogo radioterapeuta, un geriatra, dos enfermeras, un abogado, un miembro de la comunidad y una fonoaudióloga; 6 hombres y 6 mujeres.

La debilidad es la lejanía con los clínicos, con los usuarios y, por lo tanto, su difícil acceso. En todo el mundo los CEA reciben un número muy bajo de consultas de casos y se formulan preguntas informales o de pasillo a los miembros del comité sobre conflictos éticos cotidianos. Estas consultas informales son contestadas de igual modo, sin un análisis sistemático, sin deliberación y sin reporte en la ficha clínica.

¿Razones para el bajo número de consultas a los CEA?

Esto ha llevado al desarrollo de la consultoría ético-clínica. En el año 2000 el 81% de los hospitales de Estados Unidos contaban con un servicio de consultoría ético-clínica. La *American Society for Bioethics and Humanities* (ASBH) publicó ese año su primera guía sobre las competencias necesarias de los consultores en ética clínica, con una 2ª edición en 2011.

La ASBH define la consultoría ética como un servicio, prestado por una o un grupo de personas, en respuesta a las inquietudes del paciente, su familia, subrogante o de alguno de los miembros del equipo de salud frente a incertezas o a un conflicto de valores en torno a una decisión concerniente a su manejo de salud. El objetivo de la consultoría es mejorar la calidad de la atención en salud identificando, analizando y resolviendo los problemas éticos asociados. La consultoría ética, como cualquier otra interconsulta, responde a un problema específico. La consultoría ética debe quedar registrada en la ficha clínica,

ser conocida y estar disponible para todo el equipo tratante. Muchas veces el consultor actúa adicionalmente como un mediador o facilitador entre las distintas partes involucradas en un conflicto para decidir.

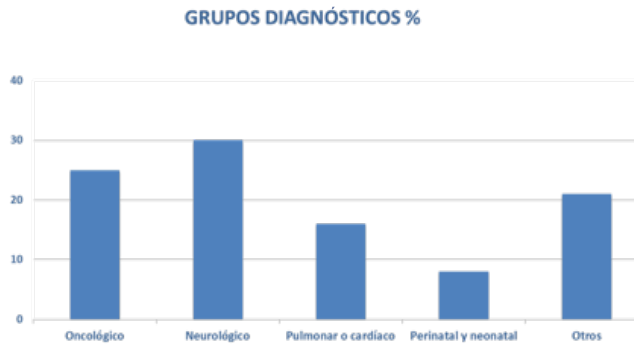
En CAS el servicio de consultoría ética entra en funcionamiento en el año 2008. Inicialmente fue solo para pacientes de la UCI, pero luego se extendió a todos los pacientes hospitalizados. En la UCI la pregunta más recurrente es ¿qué tan agresivos deben ser los cuidados médicos aplicados en situaciones del final de la vida? Decidir no instalar o retirar tratamientos implica muchas veces dificultades éticas y emocionales para todos los implicados. Para responder a este tipo de preguntas debemos conocer los hechos y deliberar sobre los valores y las acciones que de ellos se desprenden. Una buena forma de sistematizar el análisis es utilizar el método de Jonsen, conocido como "four boxes". Se trata de agrupar los hechos en 4 grupos. El cuadro clínico, las preferencias del paciente, la calidad de vida y el contexto. Para tener esta información debemos contar con acceso a la ficha clínica del paciente y tener la preparación para comprender ese lenguaje. Debemos conocer la opinión del equipo tratante junto a la de los familiares y del paciente.

La consultoría, al ser realizada por uno o dos consultores, tiene la flexibilidad para organizar reuniones rápidamente con los médicos, el paciente y sus familiares. Va directamente a la cama del enfermo y esta es una ventaja con respecto al comité de ética asistencial. Su rapidez, eficacia y cercanía, sin por ello dejar de ser formal. Se habla de llevar la bioética a la cama del enfermo. Es esta cercanía con los médicos y otros profesionales tratantes, la que propicia otras de sus funciones que son la educativa y la de apoyo.

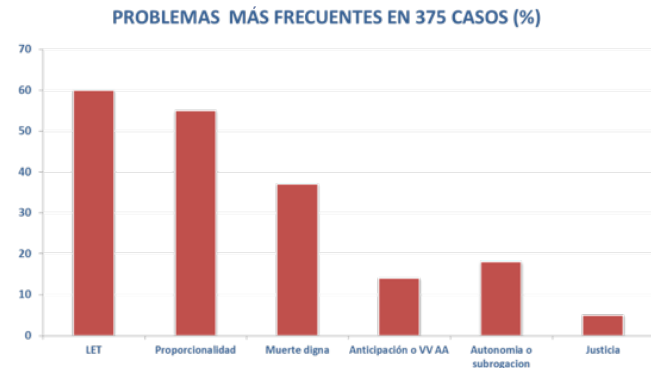
La consultoría ético-clínica también puede evitar desencuentros entre profesionales y familiares, actuando como mediador entre ellos y, de esta manera, contribuye indirectamente a disminuir la judicialización de la medicina.

Clínica Alemana tiene un sistema formal de consultoría ético-clínica desde 2008, siendo hasta ahora el único en el país. Hasta la fecha se han realizado en CAS 415 consultorías, aproximadamente 40 casos consultados por año. Los diagnósticos más frecuentes fueron neurológicos, oncológicos, cardiopulmonares y perinatales (Gráfico 4). Los problemas más frecuentes fueron limitación del esfuerzo terapéutico, proporcionalidad, dignidad, autonomía, subrogación y anticipación de conductas (Gráfico 5). Es importan-

**Gráfico 4.** Grupos diagnósticos



**Gráfico 5.** Problemas más frecuentes



te destacar que en el 78% de los casos la consultoría incluyó reunión y consejo a los familiares.

La actividad de la consultoría ético-clínica es complementaria a la de los CEA y permite aumentar su cobertura. En la experiencia CAS aumentó 10 veces el número de casos anuales analizados, ha contribuido a la formación en temas éticos de los distintos profesionales del equipo de salud, y mejora la calidad de atención al paciente y sus familiares, asegurando el respeto de sus valores y de su autonomía.

Durante los próximos meses se implementará en la ficha clínica electrónica una opción de interconsulta de bioética en la misma pestaña de las otras interconsultas. Esto pretende facilitar el acceso a la consultoría ético-clínica a todos los médicos staff de CAS. La consultoría ético-clínica no tiene costo para el paciente y existe un rol de turno, con 3 interconsultores, quienes son miembros del CEA con formación formal en bioética, y que aseguran este servicio de llamada de lunes a viernes.

Actualmente los consultores ético-clínicos en CAS son los doctores: Juan Pablo Beca, Alejandro Koppmann y Karen Goset.

### Referencias

1. Ley N° 20.584, *Derechos y Deberes de los Pacientes en Salud*, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348&buscar=20584>
2. Bravo M. *Comités de ética asistenciales*. En : Beca JP y Astete C (Editores). *Bioética Clínica*. Santiago, Ed. Mediterráneo, 2012 : pp 244-252.
3. Beca JP. *Los consultores ético clínicos*. En Beca JP, Astete C. *Bioética Clínica*. Santiago, Chile. Editorial Mediterráneo 2012, 253- 263.
4. Tarzian AJ, *ASBH Core Competencies Update Task Force*. *Health care ethics consultation: an update on core competencies and emerging standards from the American Society for Bioethics and Humanities core competencies update task force*. *Am J Bioeth*. 2013;13(2):3-13.
5. Shuman AG, Montas SM, Barnosky AR. *Clinical ethics consultation in oncology*. *Journal of Clinical Practice*, 2013 Vol 9. Issue 5, 240-246.
6. Tapper EB. *Consults for conflict: the history of ethics consultation*. *Proc (Bayl Univ Med Cen)* 2013;26 (4): 417-422.
7. Romano ME, Wahlander SB, Lang BH, et al. *Mandatory ethics consultation policy*. *Mayo Clin Proc*. 2009 Jul;84(7):581-585.