

Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo

Azucena Couceiro

INTRODUCCIÓN

En nuestro país tiene ya pleno sentido hablar de los comités de ética asistencial. En los diez últimos años se ha ido produciendo una feliz convergencia: la formación paulatina de médicos y enfermeras en la teoría y métodos de la bioética clínica ha ido acompañada de una sensibilización del sistema sanitario público, donde ya se reconoce la necesidad de manejar adecuadamente los valores de todos los sujetos que intervienen en la relación sanitaria para que ésta sea de calidad. Por ello las experiencias habidas en España y la puesta en marcha de este tipo de comités son ya algo más que una mera anécdota¹.

Cada comité responde, básicamente, a dos coordenadas: la «idiosincrasia» de la institución y la labor técnica que en ella se realiza. No es lo mismo el comité pediátrico de un hospital católico que el de una unidad de cuidados intensivos de un centro público. Pero con independencia de sus características técnicas y del sistema de valores encarnado por la institución, todos deben tener un objetivo común: asesorar sobre la corrección de las decisiones morales que surgen en la actividad sanitaria.

Esto no es tarea fácil porque los miembros del comité tienen que dar razón lógica y argumental de sus informes, facilitando con ello el proceso de decisión clínica en el que han surgido los conflictos. La resolución de situaciones prácticas no sólo requiere de principios en los que fundamentar la decisión sino también de un método, una vía precisa que permita concluir la labor del comité en cada caso concreto. Si esto no es así pueden darse situaciones tan paradójicas como la de tomar decisiones por mayoría simple, o la de optar por el curso de acción que a todos los miembros estratégicamente convenga.

EL LABORIOSO ORIGEN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Por Comité de Ética Asistencial se entiende «toda comisión consultiva o interdisciplinaria, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria»².

En esta definición hay dos elementos que conviene analizar por separado. El primero hace referencia a la función del comité, de análisis y asesoramiento tanto en casos puntuales como en aquellos procesos genéricos que requieran mayor actuación institucional, puesto que culminan en la creación de protocolos. El segundo elemento se refiere a la composición. Existen razones tanto de orden práctico como de fundamento, que hacen inexcusable la interdisciplinariedad.

Delimitar cuáles son las funciones específicas de un comité ha supuesto un largo camino. Puede afirmarse que su inicio real se sitúa en 1976. En ese año se vivió en Estados Unidos el primer caso clínico en el que un tribunal norteamericano pide la intervención directa del comité. Karen Ann Quinlan, una joven católica de veintidós años, se sumió en un «coma profundo» tras la ingesta combinada de alcohol y barbitúricos. Sus padres demandaron la posibilidad de desconectar a la paciente de la ventilación asistida. El Tribunal Supremo de New Jersey dictaminó que autorizaría la petición sólo si tras la formación de un comité de ética en el hospital en el que Karen estaba ingresada, éste confirmaba el pronóstico de irreversibilidad respecto a la vida cognitiva de Karen. Sus palabras exactas fueron éstas:

Si además de existir acuerdo entre el tutor legal y la familia de Karen, los médicos responsables del caso llegan a la conclusión de que no hay ninguna posibilidad razonable de que ésta salga del estado de coma y recupere sus capacidades cognitivas así como de que los aparatos de soporte vital a los que se halla conectada podrían serle retirados entonces debe consultarse al «Comité de Ética» o cuerpo similar de la institución en la que Karen esté hospitalizada. Si dicho cuerpo consultivo estuviere de acuerdo en que no hay ninguna posibilidad razonable de que Karen salga del estado de coma en que se encuentra podrían serle retirados los sistemas de soporte vital de los que depende actualmente, sin que a ninguno de los participantes en esta acción, ya sea el tutor legal, el médico, el hospital u otros, pudiera exigírsele ningún tipo de responsabilidad civil o penal³.

La pregunta que inmediatamente viene a la mente es: si se trata de confirmar un diagnóstico médico, ¿por qué un comité de ética? Sería mucho más lógico reunir una comisión de especialistas cuyos conocimientos proporcionasen al tribunal la máxima certeza en el diagnóstico neurológico. Robert Veatch, un conocido bioeticista y profesor de ética médica en el Kennedy Institute de la Universidad de Georgetown, planteó esta contradicción en un artículo que, a propósito del caso de Karen, escribió al año siguiente⁴. Si la ciencia médica se ocupa de los «hechos» y la ética de los «valores», ¿por qué un comité de ética tiene que

analizar hechos?, y ¿por qué este comité contaba entre sus miembros con personas ajenas a las profesiones sanitarias?

El Tribunal de New Jersey se acercó, de forma un tanto intuitiva, a la respuesta. El comité tiene que estudiar los valores morales en conflicto, pero ello no es posible si antes no se conocen los hechos subyacentes. Es evidente que la corrección o incorrección de la desconexión de Karen dependía en gran medida de un hecho, la certeza pronóstica de la irreversibilidad de su estado y la imposibilidad de recuperar el nivel más elemental de actividad cognitiva. De hecho Karen murió a los diez años de haber entrado en coma, y a los nueve de haberse hecho pública la sentencia, sin recuperar la conciencia. Por tanto el primer paso de un comité es la verificación de los hechos biológicos. En cierto modo resulta paradójico que veinte años después de este suceso, el estudio histológico y la reconstrucción tridimensional del cerebro de Karen hayan permitido a los neurólogos aventurar una interesante hipótesis, la de que el tálamo, la zona más lesionada de su cerebro, es esencial para mantener la capacidad cognitiva y la conciencia⁵.

No es de extrañar que se levantasen toda clase de suspicacias frente a estos comités en el mundo sanitario. En esta fase inicial, sin una clara delimitación de sus funciones y con la ausencia de métodos de análisis específicos, fueron objeto de gran oposición por parte de los médicos⁶. Pero en los siguientes años tuvieron lugar toda una serie de acontecimientos, de carácter tanto clínico como institucional, que jugaron un papel decisivo en la definición e implantación definitiva de los comités en las instituciones sanitarias.

En 1982 nació en Bloomington, Indiana, un niño con síndrome de Down y atresia gastroesofágica. Los padres no dieron su consentimiento para la corrección quirúrgica de la atresia, por lo que el caso fue llevado a los tribunales⁷. Como los jueces fallaron en favor de los padres se recurrió la sentencia al Tribunal Supremo, pero el niño murió ese mismo día, a los seis de su nacimiento. Esto provocó el desarrollo de una legislación, promovida por el presidente Reagan, con el objeto de evitar que volvieran a producirse en el futuro abstenciones terapéuticas como la descrita, basadas exclusivamente en las minusvalías del niño. La legislación no impuso la creación de comités de ética en perinatología —*Infant Care Committees*—, pero condicionó a su existencia el recibimiento de subvenciones federales por parte del Gobierno⁸. Es lógico que se produjese su inmediata proliferación. Pero lo más importante fue la modelación definitiva de sus funciones, composición y carácter asesor, cosa que sólo se pudo ir realizando tras su puesta en práctica⁹⁻¹⁴.

La «revolución clínica» de los comités se acompañó de una base institucional. Jimmy Carter creó en 1980 una Comisión para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina e Investigación. Desde su creación ha ido publicando prestigiosos informes sobre distintos aspectos sanitarios: la toma de decisiones, la definición de muerte, el uso de la genética, la retirada de tratamientos de soporte vital, son algunos de ellos. En este último se analiza el papel de los comités cuando hay que tomar decisiones sobre pacientes incompetentes. La comisión propuso un mode-

lo, diseñado por la Sociedad Americana de Derecho y Medicina, donde se detallan sus funciones, composición, procedimiento de toma de decisiones y posibles repercusiones legales de sus recomendaciones¹⁵.

A estas clarificaciones contribuye también la primera conferencia nacional sobre Comités de Ética Asistencial celebrada en Washington^{16,17}. Los comités deben asesorar, educar y promover la creación de protocolos institucionales. En ningún caso pueden sustituir la responsabilidad de los médicos. Responden a un momento histórico y sociocultural que exige la protección de los derechos civiles de los ciudadanos, y deben promover el intercambio plural de valores en el ámbito sanitario. Así entendidos no tienen por qué alterar la relación médico-paciente, ni suponer un elemento discordante y ajeno a tal relación, como todavía mantienen algunos autores¹⁸.

El foro de trabajo que surgió en Washington culminó con la publicación de un libro, donde se describe el funcionamiento de los comités que ya existían en EE.UU., y que dedica más de cien páginas a los protocolos y documentos por ellos elaborados¹⁹. Pese a todo este esfuerzo el desarrollo de los comités ha sido muy lento²⁰. La explicación puede encontrarse en la convergencia de dos elementos que han sido ajenos al mundo sanitario. En primer lugar porque es difícil incorporar en la relación con los pacientes cambios tan profundos como los acaecidos en los últimos veinte años²¹. La revolución de los enfermos frente al paternalismo médico ha hecho que alcancen su mayoría de edad y que planteen conflictos de valores antes inexistentes. Lo cierto es que la mayoría de los comités nace en EE.UU. con el objeto de proteger la autonomía de los pacientes y de respetar su derecho al rechazo de determinados tratamientos.

El segundo factor se relaciona con las posibles consecuencias legales derivadas de sus informes. Es bien sabido que hasta el siglo XVIII el ejercicio de la medicina se desarrolló en un ambiente de total impunidad legal. Las exigencias morales de la sociedad hacia los profesionales sanitarios eran tan elevadas que no fue necesario introducir ninguna otra vía de control. En la actualidad se ha llegado en Norteamérica al punto contrario, pues las demandas judiciales de los pacientes son tan corrientes que han provocado la aparición de una «medicina defensiva». ¿Qué papel iban a jugar los comités? Pronto se confirmaron como la mejor alternativa a la vía judicial. Y aunque su autoridad es exclusivamente moral no hay duda de que sus informes pueden servir como documentos de referencia en casos judiciales²².

LA MULTIDISCIPLINARIEDAD, UNA CUESTIÓN DE FUNDAMENTO

El tránsito de estos comités desde Norteamérica a Europa ha cambiado alguno de sus aspectos, pero no el referente a su composición. Se considera necesaria la presencia en estas comisiones de unos miembros fijos. Si bien el número puede variar es una máxima ya aceptada contar con médicos, enfermeras, juris-

tas, bioeticistas, representantes de la religión mayoritariamente aceptada por la comunidad y representantes de los ciudadanos.

A primera vista ya hay algo que llama poderosamente la atención. En este grupo de personas hay dos clases bien definidas, la de los técnicos, aquellos que poseen tanto conocimientos teóricos como la habilidad de trabajar metódicamente, y la de los no técnicos. ¿Por qué? La descripción de sus funciones puede dar la respuesta.

Los profesionales sanitarios son «técnicos en hechos». Su obligación es la de clarificar los datos biológicos de la historia. Conocer el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento es, como ya se afirmó desde el caso Quinlan, el paso que precede a todo análisis ético. Al experto en bioética se le supone un entrenamiento en la lógica moral, es un «técnico en valores». Debe ser muy cuidadoso en su papel. Ofrecerá al grupo sus habilidades de procedimiento en el manejo de la ética, pero el contenido mismo de las conclusiones es tarea común que a todos los miembros compete²³.

Al jurista le corresponde explicitar cuál es el marco legal vigente. El problema que aquí se presenta es complicado y requiere la máxima prudencia en el momento de emitir los informes asesores, porque si bien en su mayoría estarán de acuerdo con la legislación positiva puede que en algún caso esto no ocurra. En esta situación es conveniente clarificar si el problema que se analiza constituye una excepción a la norma, tanto legal como moral, o hay razones para cuestionar la validez de la norma en todos los casos similares. El lector se habrá dado cuenta de que situaciones como las descritas sólo pueden darse desde una concepción específica de la relación entre Ética y Derecho, aquella que entiende el Derecho como la positivización de los valores morales mínimos compartidos por una sociedad y por ello exigibles a todos sus miembros. Sin embargo, para otro tipo de fundamentaciones de la norma legal sería imposible admitir la modulación del Derecho por parte de la sociedad o de una auténtica representación de la misma, como pueden ser los comités.

El sacerdote, pastor o representante de la concepción religiosa del paciente, así como el de los ciudadanos, cumple metodológicamente hablando un papel similar y de singular importancia. Puesto que el objetivo de la multidisciplinariedad no es otro que la introducción en la discusión de los argumentos de todos aquellos que puedan ser afectados por la decisión del comité, es preceptivo reservar un lugar para esa persona que va a aportar la perspectiva de todos los posibles pacientes o ciudadanos. Esto justifica la existencia en el comité de miembros que, según la definición dada previamente, no son específicamente técnicos. Sólo así se podrá optar por el curso de acción o por la norma que satisfaga, no sólo al grupo técnico-sanitario, sino a toda persona de esta sociedad que pudiera ser afectada por ella. El comité tiene que encontrar intereses universalizables y no meramente grupales. Nunca será suficiente el mero consenso estratégico, sino el consenso racional alcanzado en condiciones de igualdad y simetría en el diálogo.

Así, el sacerdote no tiene otra misión que ayudar en la comprensión de unos valores religiosos determinados. Al igual que el experto en ética, su papel es argumentativo. Proporcionará a los demás miembros del comité las razones para entender cómo se articulan dichos valores religiosos con el problema que se analiza, pero debe evitar aportar por sí mismo unas conclusiones cuyo contenido compete elaborar a todos los miembros del comité.

En coherencia con los puntos anteriores es importante que el comité decida el método que va a utilizar en sus deliberaciones. Existe un amplio abanico de posibilidades puesto que los países anglosajones llevan más de veinte años poniendo a punto procedimientos para aplicar en la ética clínica²⁴. La nota básica de todos ellos es la de otorgar una importancia decisiva a las características de cada caso concreto. La necesidad de tomar decisiones racionales ha hecho que el criterio convergente de los hombres haya encontrado máximas o criterios prudentes de actuación, y su ordenación jerárquica depende, en última instancia, del agente que ordena los valores en juego o de las circunstancias particulares, circunstancias que permiten argumentar qué principio debe ser tomado en cuenta en primer lugar. Ni el enfoque de Beauchamp y Childress en su famoso libro *Principles of Bioethics*²⁵, ni el abordaje clínico de Jonsen, Siegler y Winslade²⁶, ni la priorización de valores de Thomasma²⁷, salvan este problema, convirtiendo la toma racional de decisiones en el único objetivo del comité.

De esta manera los métodos anglosajones conducen al casuismo. Este tiene, qué duda cabe, su aspecto positivo. Por un lado permite ir identificando los llamados «casos paradigmáticos» —el caso Quinlan, el caso Baby Doe o el de Herbert Case sobre la retirada de hidratación y alimentación artificial, son una clara muestra— en los que se llega a un alto grado de consenso. Por otro, obligan a recordar que la certeza de nuestra lógica moral es, al igual que la científica, sólo probabilística, dato que no debe ignorar ninguna ética contemporánea²⁸.

El grave problema del casuismo es su posibilidad de convertirse en mero «decisionismo». Así, bueno es lo que el comité, guiado por las máximas de acción de la autonomía, beneficencia, justicia y no-maleficencia, considera como tal, pero en ningún momento se tiene presente al colectivo de la humanidad ni se procura la universalización de la decisión tomada, que sería la manera de garantizar su corrección. Se puede, sin duda, llegar a un consenso, pero lo que no está muy claro es la autoridad moral derivada del mismo^{29,30}. Además, la obsesión por encontrar un punto de convergencia en el grupo, puede hacer olvidar que el objetivo básico del comité es el de encontrar una solución éticamente correcta³¹.

El consenso es una *dóxa*, una opinión. El hecho de que la mayoría de las personas converja en una conclusión, no eleva, por sí sola, a racional la verdad de la misma³². La opinión de la mayoría no es un procedimiento legítimo para tomar decisiones morales. La ética «europea» quiere, precisamente, evitar los «consensos estratégicos» a los que puede conducir el uso de los métodos descritos. Así, para los europeos, el problema estriba en compaginar su tradición filosófica, siempre a la búsqueda de los fundamentos, con el pragmatismo americano³³.

Encontrar estos fundamentos y aplicarlos a las distintas dimensiones de la ética clínica no es tarea fácil. Para cerciorarse de ello basta con revisar lo publicado sobre este problema. En el año 1989 la revista *The Journal of Medicine and Philosophy* dedicó un número monográfico a la descripción de las Comisiones Nacionales de Bioética de Inglaterra, Canadá, Francia, Alemania y Japón. En él se describen sus características, los temas de trabajo prioritarios y los documentos surgidos de sus debates, pero nada se dice a propósito de los métodos de trabajo de estos grupos cuyos resultados afectan a tantas personas³⁴. Por otra parte, si se analiza la recopilación más completa hasta ahora realizada de los métodos de análisis en ética clínica, se observa que de los 19 procedimientos descritos sólo dos son europeos, y ambos —tanto el italiano de Corrado Viafora como el alemán de Hans-Martin Sass— se sitúan en lo que se ha definido como la «alternativa americana»³⁵.

Dos prestigiosos autores españoles, Diego Gracia y Adela Cortina, han intentado con sus propuestas superar el casuismo americano y evitar la posibilidad de los pactos estratégicos en los comités. El primero lo hace desde un deontologismo moderno³⁶, la segunda a partir de las éticas dialógicas^{37,38}.

En efecto, hoy ya no es posible entender los principios morales como axiomas absolutos, universales, formulados *a priori*, y que una vez descubiertos sólo tienen que ser aplicados a los casos concretos por un procedimiento meramente deductivo. Los principios, afirma Diego Gracia, son esbozos o explicaciones morales al igual que lo es el catálogo de derechos humanos, o los mandamientos del decálogo, y la elección de un esbozo determinado sólo se puede efectuar tras su verificación, observando cuál se adecua mejor a la realidad. Posiblemente dentro de un siglo los esbozos morales que ahora consideramos más correctos puedan ser sustituidos por otros, y en esto consiste el llamado «progreso moral de la humanidad».

Ahora bien, de ello no se puede concluir, como hacen un sinnúmero de propuestas americanas, que su jerarquía dependa exclusivamente de las circunstancias del caso analizado. No-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia se articulan en dos niveles. El primero define el nivel de lo público, pues se refiere a las relaciones entre las personas, y nadie puede situarse fuera de su perímetro. El segundo es el nivel de lo privado, en el que se realiza la vida particular de cada sujeto. Mientras que el nivel I —no-maleficencia y justicia— marca una ética civil o de mínimos, el nivel II se refiere a la ética privada o de máximos³⁹.

Las características de cada conflicto nos obligan a evaluar las consecuencias y a realizar acciones que obedecen o desobedecen a los principios, pero ello no rompe su carácter normativo. Son excepciones que hay que justificar, y siempre es mucho más difícil dar razón de aquellas excepciones que supongan el incumplimiento de principios del nivel I que de principios del nivel II. Todo juicio moral requiere el concurso tanto de los principios como de las consecuencias. Prescindir de los primeros conduce a un decisionismo ciego; no tener presentes las segundas lleva a un fundamentalismo vacío.

Por su parte, las éticas dialógicas o del discurso aportan un elemento indispensable para los comités, el procedimiento o las condiciones en las que debe desarrollarse el diálogo para que una norma surgida del mismo pueda ser considerada moralmente correcta. Es preciso que todos los afectados por ella estén dispuestos a asumirla y a dar su consentimiento tras un diálogo realizado en condiciones de simetría, donde no haya coacciones internas o externas, y donde cada participante intervenga buscando la satisfacción de *intereses universalizables*. Se rechaza así un posible «consenso estratégico» donde se negocian los intereses de las partes implicadas, por un «consenso racional» que defiende sólo aquellos intereses que puedan ser universalizables. El problema estriba en hacer reales tales condiciones en las situaciones empíricas. ¿Cómo conseguir que todos los miembros del comité hagan suyos estos supuestos? Una solución puede ser la instauración de una etapa previa de formación donde se articulen estas premisas, y se haga compatible tanto el «lenguaje ético» que se va a utilizar como la dinámica interna del grupo. Si esto es así la puesta en práctica de esta primera etapa sería obligatoria para hacer realidad las condiciones exigidas por las éticas dialógicas.

«Las decisiones acerca de qué normas satisfacen tales intereses no pueden tomarla sólo los expertos, ni tampoco los políticos, sino que han de ser los afectados, con el asesoramiento de los expertos, quienes decidan qué puedan tener por universalizable»⁴⁰. Esta es la razón que explica por qué la multidisciplinariedad es una cuestión de fundamento: la estructura del comité debe reflejar la participación tanto de los expertos como de los afectados por las decisiones, aunque una de las críticas más fuertes que reciben estas éticas es que, como vimos anteriormente, no se sabe muy bien cómo es posible conseguir tal objetivo en las situaciones empíricas.

Tras la somera exposición de cada uno de los modelos, que en modo alguno son los únicos posibles, la pregunta obligada es, ¿por cuál hay que optar? Ambos son exigentes, no se contentan con soluciones pragmáticas e intentan el respeto de la persona humana. Las éticas dialógicas porque no desautorizan a ningún interlocutor posible, y el procedimiento diseñado por Diego Gracia porque parte de la premisa ética de que todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

Un objetivo básico de este artículo es conocer los pasos que debe seguir un comité para analizar un problema ético, y para ello no es de gran relevancia el hecho de que el *principio de universalización* tenga un estatuto epistemológico distinto en cada una de las propuestas analizadas, ya que en las éticas dialógicas es procedimental, mientras que en el método de Diego Gracia su carácter quiere ser metafísico y con contenido ontológico («los hombres *son*»). A los filósofos corresponde fundamentar sus propuestas, dar razón de ellas y criticar constructivamente las ajenas, como así lo han hecho los autores citados^{41,42}. Lo que aquí nos interesa es observar que si un comité utiliza ambos métodos a la vez estará sometiendo cada juicio ético a un doble filtro de gran exigencia moral.

El primer filtro viene dado por las condiciones del diálogo, que actúan a modo de supuestos sin los cuales no es posible realizar el trabajo del comité. El segundo se corresponde con el método descrito, y siguiendo sus pasos se llegará a tomar una decisión acerca de lo que se debe de hacer. Como ambas propuestas metodológicas tienen su punto básico de unión en el intento de universalización de las normas, si el curso de acción por el que finalmente opte el comité supera ambos procedimientos se puede asegurar que la evaluación moral del caso cumple unos niveles de corrección nada desdeñables.

Es necesario insistir de nuevo en que los métodos reseñados no agotan todas las posibilidades. Han sido descritos por su nivel de exigencia moral, por su interés en no desautorizar a ninguna persona y porque constituyen una alternativa ética a los procedimientos americanos, pero no hay duda de que posteriores reflexiones contribuirán a esclarecer la validez real de los mismos y a proponer otras posibilidades.

UNA CLAVE METODOLÓGICA PARA EL ANÁLISIS DE CASOS

Es frecuente cometer el error de pensar que un comité de ética asistencial tiene que discutir acerca de las creencias o los sistemas de valores por los que se ha llegado a una situación de conflicto ético. Y eso no es exactamente así. El comité es, básicamente, un órgano deliberador, y su objetivo es el del tomar decisiones sobre cuestiones complejas con el fin de resolver problemas morales y tomar decisiones al respecto. La deliberación es, precisamente, el proceso racional que permite analizar las razones y aportar argumentos para que aquellas decisiones que se tomen *sean prudentes*, por más que nunca puedan pretender la certeza.

De esta manera el comité delibera sobre el modo de resolver los problemas, analizando racionalmente los medios y los fines morales, e intentando respetar los valores de todos los implicados. Esta forma de proceder presupone, como ya hemos visto a lo largo de este artículo, que la razón es dialógica, formalmente intersubjetiva, y que las decisiones han de tener un carácter participativo. De aquí se deriva una consecuencia inmediata, a saber, que para que una norma sea correcta tiene que respetar el principio de incluir a todos los sujetos afectados por ella. Sería aquella norma que tras un proceso de deliberación todos los afectados pueden hacer suya por el puro valor de los argumentos, de las razones que la sustentan. Nunca puede ser moralmente suficiente la deliberación estratégica, aquella aceptada por todos los miembros del comité, sino que es imperativa la deliberación racional, aquella otra que incluye no sólo a los miembros del comité sino a todos los afectados por la norma.

Por eso antes de iniciar el análisis de un caso concreto se debe asegurar lo que denominábamos primer filtro. Las personas que forman parte del comité tienen que estar dispuestas a utilizar una racionalidad comunicativa, argumentando de forma inteligible, veraz y asumiendo que tal diálogo tiene que llevarse a cabo en

condiciones de simetría reales y no ficticias. Además considerarán a todo posible afectado como un interlocutor válido, lo que significa que también sus argumentos tienen que ser tenidos en cuenta en el proceso de deliberación. Sólo así podremos afirmar que la norma o el curso de acción que se consensue responde a intereses verdaderamente universalizables.

En este momento se dan ya las condiciones que permiten la aplicación metodológica del segundo filtro⁴³. El comité debe proceder de la siguiente manera:

Analizar los hechos

— Problemas biológicos: es imprescindible conocer los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se han realizado, y todas las alternativas posibles. Es también fundamental conocer el pronóstico y la valoración personal que, en el caso de adultos competentes, hace el enfermo de estos datos.

— Problemas en relación con la autonomía: se requiere analizar la capacidad y competencia de los participantes en la toma de decisiones.

— Problemas de la relación sanitaria: el comité debe conocer las opiniones y la forma de participación tanto de los profesionales de la salud implicados como del enfermo y, en su caso, de los familiares y personas más allegadas. Es muy importante llegar a conocer la escala de valores del paciente y cómo ésta influye en la elección de una alternativa concreta.

— Problemas socioeconómicos: se analizarán aquí las características culturales y económicas de la estructura familiar del paciente, así como la ausencia de unos recursos sanitarios y/o sociales que puedan ser el motivo generador o perpetuador del conflicto.

— Problemas legales: es inexcusable el conocimiento de la legislación vigente y su repercusión en el caso que está siendo analizado.

Identificar los conflictos

Identificar los valores implicados en cada conflicto

Una manera, que no la única, de identificar esos valores es la de ir analizando los principios de la bioética —no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia—, que funcionan como ejes alrededor de los cuales se concentran los conflictos de valor.

Señalar los cursos de acción posibles

Identificar el curso óptimo

Se deben revisar las consecuencias de cada curso de acción con objeto de elegir aquel que consideramos más adecuado.

Contrastar cada una de las soluciones posibles con los valores de nuestra cultura, es decir, con el sistema de referencia

— El curso de acción que mejor respete ese sistema —«Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin en sí mismo y nunca solamente como un medio, porque las personas tienen dignidad y no precio»—, será el que tendremos que elegir.

— Si ese curso de acción consigue respetar los principios y valores implicados, la acción será correcta.

— Si, por el contrario, ese curso de acción lesiona algún principio en función de las consecuencias que para ese caso se seguirían, se ha escogido el mal menor. Estamos ante una excepción y hay obligación de justificarla, de explicitar las razones por las que creemos que ese curso de acción es, precisamente, el que respeta mejor a la persona como fin en sí misma.

No se debe olvidar que el perímetro de validez de la decisión se circunscribe al caso que estamos analizando. Por esta razón no invalida los principios, que siguen manteniendo su exigencia de obligatoriedad en el análisis de otros conflictos.

Tomar la decisión final**CONCLUSIÓN**

La labor de los comités de ética asistencial puede ser de gran importancia, no sólo en la resolución de casos puntuales o en la educación en valores de los profesionales de la salud, sino también por la ayuda que pueden prestar a la sociedad cuando trata de definir el perímetro de las acciones permisibles en las relaciones intersubjetivas. El caso de la retirada de un tratamiento de soporte vital, o el del respeto a unos valores religiosos que pueden poner en peligro la vida de los sujetos, son buenos ejemplos de ello. Unos comités bien formados, que sepan cómo tienen que desarrollar su labor y utilicen una metodología que aseguren la prudencia y la calidad ética de sus decisiones, son la vía idónea para resolver conflictos morales generados en el ámbito de la sanidad. Las leyes, no lo olvidemos, son sólo el marco que define a una sociedad y a los valores que asume y protege. Estos comités pueden convertirse en el nexo lógico entre la teoría jurídica y los casos concretos, entre los mínimos positivizados en leyes y los máximos que coexisten en una sociedad civil dinámica, fuerte y alta de moral. Si somos conscientes de ello, no deberíamos desaprovechar esta oportunidad histórica.

BIBLIOGRAFÍA

1. VV. AA. Comités de bioética. necesidad, estructura y funcionamiento. *Labot Hospitalaria* 1993; 229: 120-34.
2. Orden de 14 de diciembre de 1993, de acreditación de los comités de ética asistencial, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* n.º 1836. Decreto 143/1995 de 7 de febrero sobre creación de Comités de Ética Asistencial, *Boletín Oficial del País Vasco* n.º 43 ZK. Circular de Insalud n.º 3/95 sobre Comités Asistenciales de Ética, dirigida a: Servicios Centrales, Direcciones Provinciales, Gerencias y Centros Asistenciales.
3. Corte Suprema de New Jersey, A-116, september, 1975. p. 57-8.
4. Veatch R. Hospital ethics committees: is there a role? *Hastings Cent Rep* 1977; 7 (3): 22-5.
5. Kinney H, Korein J, Panigrahy A *et al.* Neuropathological findings in the brain of Karen Ann Quinlan. *N Engl J Med* 1994; 330 (21): 1.469-75.
6. Levi C. Hospital ethics committees: a guarded prognosis. *Hastings Cent Rep* 1977; 7 (3): 25-8.
7. Noland K. Report: imperiled newborns. *Hastings Cent Rep* 1987; 17 (6): 5-32.
8. Department of Health and Human Services (DHHS). Modal guidelines for health care providers to establish infant care review committees: notice. *Federal Register* 1985 April, 15; 50: 14.893-901.
9. Fleischman AR. Ethics committees for infants Doe? *Hastings Cent Rep* 1983; 13 (6): 5-9.
10. American Academy of Pediatrics. Treatment of critically ill newborns. Committee on bioethics. *Pediatrics* 1983; 72: 565-7.
11. Fleischman AR. Bioethical review committees in perinatology. *Clin Perinatol* 1987; 14 (2): 379-93.
12. Mahowald M. Baby Doe committees: a critical evaluation. *Clin Perinatol* 1988; 5 (4): 789-800.
13. Kliegman R, Mahowald M, Younger S. In our best interest: experience and workings of and ethic review committee. *J Pediatr* 1986; 108 (7): 178-88.
14. American Academy of Pediatrics. Guidelines for infant bioethics committees. *Pediatrics* 1984; 74: 306-10.
15. The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. A model bill to establish hospital ethics committees. En: *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions*. Washington: U.S. Government Printing Office; 1983. (Appendix F) p. 439-42.
16. Institutional ethics committees: their role in medical decision making. Washington; 1983 abril, patrocinado por The American Society of Law and Medicine.
17. Randal J. Are ethics committees alive well? *Hastings Cent Rep* 1983; 13 (6): 10-2.
18. Siegler M. Ethics committees: decisions by bureaucracy. *Hastings Cent Rep* 1986; 16 (33): 22-4.
19. Cranford R, Doudera A, editores. *Institutional ethics committees and health care decision making*. Michigan: Ann Arbor Health Administration Press; 1984.
20. Rosner T. Hospital medical ethics committees: a review of their development. *JAMA* 1985; 253 (18): 2.693-7.
21. Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 100-2.
22. Wolf S. Ethics committees in the courts. *Hastings Cent Rep* 1986; 16 (3): 12-5.
23. Tong R. The epistemology and ethics of consensus: uses and misuses of ethical expertise. *J Med Philos* 1991; 16 (4): 12-5.
24. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema; 1991.
25. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press; 1979. (Hay trad. esp.: *Principios de ética médica*. Barcelona: Masson; 1999.)
26. Jonsen A, Siegle M, Winslade W. *Clinical Ethics: A Practical Approach in Ethical Decisions in Clinical Medicine*. Nueva York: McMillan Publishing Co.; 1986.

27. Thomasma D. Training in medical ethics: an ethical workup. *Forum on Medicine*; 1978; 1: 33-6. Citado por Diego Gracia en su libro *Procedimientos de decisión en ética clínica*. p. 78.
28. Jonsen A. Casuistry and clinical ethics. *Theoretical Med* 1986; 7: 65-74.
29. Moreno J. Ethics by committees: the moral authority of consensus. *J Med Philos* 1988; 13: 411-2.
30. Caws P. Committees and consensus: how many heads are better than one? *J Med Philos* 1991; 16 (4): 375-93.
31. Moreno J. What means this consensus? Ethics committees and philosophic tradition. *J Clin Eth* 1990; 1 (1): 38-43.
32. Jennigs B. Possibilities of consensus: toward democratic moral discourse. *J Med Philos* 1991; 16 (4): 447-63.
33. Gracia D. Principios y metodología de la bioética. *Quadern CAPS* 1993; 19: 7-17. (Incluido en este libro, *supra*, p. 201-22.)
34. Walters L, editor. *Bioethics commissions: international perspectives*. *J Med Philos* 1989; 14 (4): 363-472.
35. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema; 1991. p. 68 y p. 72-7.
36. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema; 1989. p. 482-506.
37. Cortina A. Fundamentación de la moral dialógica. En: *Ética mínima*. Madrid: Tecnos; 1986. p. 120-32.
38. Cortina A. El estatuto de la ética aplicada. En: *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993. p. 161-77.
39. Gracia D. Una propuesta metódica. En: *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema; 1991. p. 139-57.
40. Cortina A. Aplicación al ámbito de la bioética del concepto de persona como interlocutor válido. En: *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993. p. 236-40.
41. Gracia D. Estructura de la realidad ética. En: *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema; 1991. p. 122-37.
42. Cortina A. Las clasificaciones éticas y Panorama contemporáneo de la fundamentación de la moral. En: *Ética sin moral*. Madrid: Tecnos; 1990. p. 24-97 y p. 98-119.
43. Se seguirá la metodología elaborada por Diego Gracia, pero las modificaciones de la misma son de la exclusiva responsabilidad de Simón Lorda P, Couceiro A, Barrio Cantalejo IM. Una metodología de análisis de los problemas bioéticos. XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria: 1994; Madrid.