

Correspondencia

Silvia Quadrelli
CoB AAMR
Charcas 3319 - 10 B
4825-0488
E-mail: silvia.quadrelli@gmail.com

Recibido: 22/03/2011
Aceptado: 24/05/2011

La bioética y de los comités hospitalarios de ética: una introducción

Autores: Laura F. Belli¹ y Silvia Quadrelli

¹Facultad de Filosofía y Letras - UBA / CONICET

Comité de Bioética AAMR

²Hospital Británico de Buenos Aires

Comité de Bioética AAMR

Resumen

La bioética comienza a conformarse como disciplina especializada hace casi cinco décadas. Los importantes avances experimentados por las ciencias biológicas y médicas, junto con el surgimiento de innovadoras biotecnologías, tornan urgente la adopción de criterios para la toma de decisiones moralmente complejas relacionadas con el ámbito de la salud.

Los organismos gubernamentales y los diferentes centros de salud, frente a esta realidad, comprenden la importancia de la tarea de implementación de diversos mecanismos formales para abordar y analizar los problemas éticos que surgen de estos avances dinámicos y cambiantes en el campo de los cuidados médicos. Como resultado se produjo la creación de los comités de bioética, que tienen como finalidad principal alentar el diálogo y el debate sobre cuestiones dilemáticas relacionadas con la ética del cuidado de la salud.

Estos comités son grupos interdisciplinarios en los cuales expertos de diferentes profesiones (médicos, enfermeras, psicólogos, filósofos, abogados y otros) analizan diferentes cuestiones de orden bioético con el fin de lograr un acuerdo teniendo siempre como fin la protección de los derechos del paciente.

Este presente trabajo, que posee un carácter introductorio a estas temáticas, presentará una breve introducción al surgimiento y posterior desarrollo de la bioética como disciplina y luego se expondrán las funciones y composición de los comités hospitalarios de ética.

Palabras clave > Bioética, Comité Hospitalario de Ética, Cuidado de la salud

Abstract

The birth of bioethics as a discipline can be set approximately five decades ago. The significant scientific progress achieved by biological and medical sciences, along with the emergence of innovative biotechnology, brought to light the need to set criteria for the morally complex decisions that emerged from the health care and medical fields.

Government agencies and health centers, faced with this reality, began to understand the importance of the task of implementing formal mechanisms to address and analyze ethical issues arising from these dynamic and ever changing developments in the health care field. The result was the establishment of bioethics committees, which are intended to encourage dialogue and debate on issues related to ethics of health care.

These committees are interdisciplinary groups in which experts from different professions (doctors, nurses, psychologists, philosophers, lawyers and others) discuss various bioethical issues in order to reach an agreement with the purpose of protecting patient's rights. This paper, which has an introductory character, presents a brief introduction to the emergence and development of bioethics as a discipline and explains the functions and composition of hospital ethics committees.

Keywords > Bioethics, Hospital Ethics Committee, Healthcare

Orígenes de la bioética

El término “Bioética” (del griego βίος: vida y ηθός: costumbre, ética) comienza a utilizarse asiduamente a partir de la década de 1970. El mismo parece haber sido tomado del ya renombrado libro de Van Rensselaer Potter de 1971: “Bioethics: bridge to the future” (*Bioética. Un puente hacia el futuro*), en el cual el autor señalaba la importancia de establecer conexiones entre las ciencias y las humanidades con el fin de vislumbrar un mejor futuro para la humanidad^{1,2}. Con el paso del tiempo este neologismo fue ganando aceptación dentro de los círculos académicos, hasta finalmente traspasarlos e instalarse poco a poco en el lenguaje común.

En paralelo al surgimiento de este término se produjeron algunos de los adelantos más importantes en la historia de la ciencia y la tecnología que, sin lugar a dudas, han contribuido al progreso de las sociedades y a mejorar las condiciones de vida de los seres humanos en general a través de -entre muchas otras cosas- una mejor salud. Sin embargo, estos nuevos conocimientos han traído aparejadas numerosas consecuencias no deseadas que han obligado a redefinir la moralidad de cuestiones no revisadas ni analizadas en profundidad previamente, como por ejemplo la necesidad de redefinir temas relacionados con el comienzo y fin de la vida, la importancia en la toma del consentimiento informado para tratamientos médicos e investigaciones sobre sujetos humanos, la corrección o incorrección del aborto, los problemas morales asociados con los trasplantes de órganos y muchos otros.

Es claro que estos avances tecnológicos fueron de algún modo el puntapié inicial de un nuevo enfoque ético de las ciencias. Sin embargo, para comprender el por qué del surgimiento de la bioética no puede omitirse su contraparte político-económica. En palabras de Susana Vidal:

“Resulta difícil introducirse a los antecedentes de la bioética si no se tiene en cuenta el marco de los sistemas políticos y económicos en el que tuvieron lugar, la historia no puede ser un recorte de la realidad porque el desarrollo tecnológico, como los derechos de los enfermos y las cuestiones referidas a la justicia sanitaria se han producido dentro de estos regímenes o han sido determinados precisamente por ellos”³.

Esta nueva disciplina, entonces, tiene sus orígenes en el diálogo que las ciencias de la salud y la vida comienzan a entablar con la ética, con el

fin de disponer de principios morales que puedan ofrecer justificación para las decisiones éticas que deben llevarse adelante en el campo de la salud, dado que es precisamente en este ámbito de aplicaciones prácticas de los nuevos conocimientos donde se presentan los más acuciantes dilemas éticos.

A lo largo de los últimos años, diferentes disciplinas como la antropología, el derecho y otras, fueron incorporando a sus análisis este término, completando su significado con elementos particulares de cada área de estudio. Es quizás el campo de las ciencias de la salud el ejemplo más notable en su intento por adecuar los saberes tradicionales a los desafíos éticos suscitados por las tecnologías emergentes. Sin embargo, aún hoy su sentido no es unívoco y su campo no ha sido del todo delimitado.

La falta de acuerdo entre todas estas disciplinas en la definición del concepto de bioética no es, sin embargo, necesariamente un rasgo negativo. Juliana González Valenzuela, en una interpretación positiva de esta característica de la bioética actual, señala que:

“El quehacer de la bioética no es meramente teórico, ni unívoco, ni solitario, ni mucho menos dogmático, definitivo y cerrado... No se caracteriza solamente por su naturaleza multi e inter-disciplinaria, sino por su pluralidad y su carácter controversial y colectivo, teórico y práctico, reflexivo y activo, por su capacidad de buscar consensos y, a la vez, de asumir los disensos”⁴.

Tal vez éste sea un buen motivo para continuar aún hoy con las reflexiones sobre esta disciplina, contribuyendo a la redefinición de su campo de pertinencia, su objeto y su método.

Más allá de las diferencias a la hora de concebir fundamentos y métodos, la bioética se plantea las siguientes preguntas: ¿cómo puedo saber si una acción es justa o injusta, buena o mala? ¿Cómo puedo decidir -como persona, ciudadano, miembro de una categoría profesional o de una comunidad específica- cuáles son los objetivos legítimos de mi acción y cuáles los valores y principios morales susceptibles de justificarlos y defenderlos? En otros términos: ¿cómo puedo demostrar para otras personas que tales respuestas son justas o erradas? Los tres tipos de preguntas ofrecen una muestra clara del campo interdisciplinario de la bioética: el “saber” (cuestión cognitiva), el “decidir” (cuestión pragmática) y el “demostrar” (cuestión comunicacional) acerca de cada problema ético que se nos plantea.

Para poder contestar estas preguntas, la bioética utiliza el análisis racional e imparcial de los

argumentos que se le presentan, pero debe utilizar además la sabiduría práctica para evaluar cuál de las soluciones propuestas puede ser considerada la más razonable, desde el punto de vista de la ponderación de sus consecuencias. Las principales herramientas de la bioética son la racionalidad y la razonabilidad, esto es, la inteligencia teórica capaz de brindar la argumentación que sustenta una acción y la inteligencia práctica, que evalúa los posibles cursos de acción.

Desde hace casi medio siglo, numerosos autores han realizado aportes académicos con el fin de contribuir a la conformación del estatuto epistemológico de la bioética y su estructura disciplinar. Dos de los más difundidos son Tom Beauchamp y James F. Childress, quienes a través de su escrito "Principios de ética biomédica" [1979]⁵ establecieron una de las primeras respuestas teóricas de la bioética que se diferenciaba de los enfoques éticos clásicos a través de los cuales se analizaban las diversas problemáticas particulares de esta disciplina*. El principialismo, o teoría de los principios, no representa un análisis o una teoría ética acabada (a diferencia a los enfoques clásicos de teorías éticas como la deontología o el utilitarismo) sino que ofrece una suerte de marco teórico para identificar, analizar y resolver problemas morales que emergen de las ciencias de la salud a través de cuatro principios, que no son absolutos sino *prima facie*. A saber: Autonomía-No maleficencia-Beneficencia-Justicia.

Debido a su aparente simplicidad, este texto gozó de una amplia aceptación entre los profesionales de la salud. Pero las críticas no demoraron en surgir y, a pesar de que aún hoy es de las propuestas más difundidas, nuevas alternativas se están presentando desde diversas regiones.

El enfoque de la ética de la virtud, una propuesta de retorno a la concepción ética aristotélica, fue propuesto también por importantes eticistas como Alasdair MacIntyre o Philippa Foot^{6,7}. Estas propuestas no se basan en un modelo deductivista del razonamiento moral ni propone la aplicación de principios generales para la resolución de conflic-

tos, sino que su enfoque está puesto en la importancia de analizar las motivaciones, intenciones y deseos de los agentes que toman decisiones éticas.

La casuística, un método inductivista⁸ que defiende la idea de que el razonamiento moral es esencialmente práctico, y la ética del cuidado⁹, enfoque que se centra en el cuidado como categoría ética fundamental, fueron otras de las numerosas perspectivas aplicadas a la bioética.

En los últimos años, en el ámbito local, se ha realizado una relectura de la bioética desde una perspectiva latinoamericana apoyada en el ideal de protección de los derechos humanos, de la cual han surgido nuevos marcos teóricos para la fundamentación de la disciplina a través de autores locales que han presentado diferentes perspectivas regionales de esta disciplina¹⁰.

Los diferentes enfoques epistémicos que han ido surgiendo a lo largo de las pocas décadas de vida de esta disciplina, como señalamos anteriormente, lejos de debilitar el pensamiento bioético, contribuyen a fortalecer los cimientos de una disciplina que continúa erigiéndose como un aporte fundamental a la reflexión sobre las ideas modernas de ciencia y medicina y que desafía la errónea idea -tradicionalmente defendida- de que las humanidades y las ciencias naturales no comparten competencia alguna.

Los comités hospitalarios de ética

Debe tenerse presente que la bioética no sólo posee una dimensión descriptiva sino además una dimensión normativa, no sólo trata de comprender los problemas morales sino de resolverlos. Esto implica adoptar un método de toma de decisiones éticas que incluye un proceso deliberativo destinado a: (1) identificar conflictos morales, (2) priorizar valores y/o principios en conflicto, (3) optar por una posición o por alguna de sus alternativas y (4) ofrecer una justificación racional para respaldar dicha opción. El ámbito natural de este proceso son los comités hospitalarios de ética (CHE).

La creación de CHE y de ética de la investigación ha sido una de las consecuencias más notables del desarrollo de esta nueva disciplina. Desde su surgimiento hace medio siglo, la bioética fue difundida a través de producciones bibliográficas académicas y a través de cursos y centros de formación emplazados habitualmente en las facultades de medicina. Los primeros debates se desarrollaron

* Vale aclarar que a lo largo de las nuevas ediciones de la obra, esta teoría se ha ido modificando a la luz de diferentes críticas. En este artículo hacemos referencia al enfoque general de la misma, que se ha mantenido hasta la última edición.

en torno de cuestiones estrechamente relacionadas con las nuevas tecnologías, sus usos y alcances y el impacto que causaban en la atención en salud.

Sin embargo, en los Estados Unidos de 1970, el descubrimiento público de numerosos casos de investigaciones realizadas en seres humanos que violaban los ya existentes Instrumentos de Derechos Humanos (en particular, el Código de Nüremberg) renovó el interés en los límites éticamente aceptables de la investigación médica¹¹. Estos casos son trágicamente famosos: el Jewish Chronic Disease Cancer Experiment en 1964 y el Tuskegee Syphilis Study de 1972, entre otros tantos.

En las décadas siguientes, la llegada a los medios masivos de comunicación de casos clínicos como el de Karen Ann Quinlan, Nancy Cruzan, Baby Jean Doe y otros, en los cuales las decisiones médicas eran contrarias a los pedidos de los pacientes y que requirieron de la justicia para su resolución, trajeron a la luz la necesidad de conformar grupos de especialistas en cuestiones éticas, médicas, sociales y legales para analizar estas situaciones particulares. Esto finalmente dio lugar a la creación de los primeros CHE¹². Fue entonces cuando la bioética comenzó a introducirse en diferentes ámbitos de debate que ya no se limitaban al académico y al de la formación de profesionales de la salud.

Los CHE son estructuras de conformación interdisciplinaria que cumplen un rol docente, consultivo y normativo en relación con los dilemas éticos surgidos de la medicina hospitalaria¹³. Estos aspectos diversos del comité responden a un ideal que tiene a lograr modificaciones actitudinales permanentes en la práctica clínica, es por ello que a menudo se promueven programas de capacitación y divulgación dirigidos tanto a profesionales de la salud como a la comunidad en general. El número de miembros varía de un grupo a otro.

A pesar de conformarse dentro de instituciones sanitarias, estos comités están conformados por representantes de diversas profesiones: trabajadores de la salud como médicos, asistentes sociales, enfermeras, pero también abogados, filósofos, antropólogos, psicólogos, sociólogos, representantes religiosos y representantes de la comunidad. El carácter interdisciplinario de los comités posibilita la pluralidad de perspectivas, logrando así un diálogo enriquecido con los enfoques que se desprenden de las diferentes profesiones de sus miembros. Los comités se reúnen periódicamente y sus miembros

pueden tener carácter estable o no, en cuyo caso son convocados en determinadas circunstancias de acuerdo con el caso a analizar.

Los CHE introducen el pluralismo moral en medicina y en los servicios de salud, reforzando la idea de que hay decisiones que no son competencia solamente del médico sino también del paciente, de su familia, de la institución y de la sociedad en su conjunto. Son espacios de diálogo y reflexión que, a través de la deliberación, aspiran a arribar a consensos que mejoren la calidad de las decisiones tratando de obtener mediante la argumentación racional y razonablemente las mejores decisiones posibles.

Si bien es recomendable que los CHE se encuentren separados de los comités de ética de investigación (encargados de la protección de los derechos de los participantes actuales y potenciales de las investigaciones médicas), puede darse el caso de un comité hospitalario que incluya una comisión especialmente designada para dedicarse a la investigación¹⁴.

Bibliografía

1. Van Rensselaer P. Bioethics. Bridge to the Future. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1971
2. Jonsen A. The birth of bioethics. New York: Oxford University Press, 1998.
3. Vidal S. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. Revista Redbioética/UNESCO. Año 1; 1: 112-34.
4. González Valenzuela J. Dilemas de bioética. México: FCE, 2007, p 19.
5. Beauchamp T, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 1979.
6. MacIntyre A. Tras la virtud, Barcelona: Crítica, 1987.
7. Foot P. Las virtudes y los vicios y otros ensayos de filosofía moral. México: UNAM, 1994.
8. Albert J, Toulmin S. The Abuse of Casuistry: A history of moral reasoning. Berkeley: University of California Press, 1998.
9. Gilligan C. In a Different Voice. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
10. Tealdi J. C. (ed.) Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: Unesco-Universidad Nacional de Colombia, 2008.
11. Beecher HK. Ethics and Clinical Research. New England Journal of Medicine 1996: 1354-60.
12. Jonsen A. The birth of bioethics. New York: Oxford University Press; 1998: 125-65.
13. Tealdi JC, Mainetti JA. Los Comités Hospitalarios de Ética. Bol. Of Sanit Panam. 108, Washington: O.P.S. OMS. 1990: 431-8
14. Tealdi JC. Comités hospitalarios de ética. En: Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: Unesco-Universidad Nacional de Colombia, 2008.