

De la necesidad de comités de ética en las instituciones

SANTIAGO ALONSO RUBIO

Servicio de Medicina Intensiva y Crítica. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

*Hacer y atreverse no a cualquier cosa,
sino a lo que es justo...
La libertad no está en los pensamientos fugaces,
está solamente en la acción.*

Dietrich Bonhoeffer

El médico y, sobre todo, el especialista en medicina intensiva se encuentran, no pocas veces, con la conflictividad de si deben o no resucitar a un paciente que presenta paro cardiorrespiratorio (PCR).

Desde el punto de vista ético, y según el principio de beneficencia, las acciones médicas han de procurar promover el bien para el enfermo. Por el principio de no maleficencia, se ha de evitar cualquier acción que conlleve consecuencias negativas. Por otra parte, el principio de autonomía permite al enfermo, a sus familiares o a su representante legal manifestarse a favor o en contra de una decisión como la de no reanimar en caso de que suceda un PCR, o en contra de la administración de otras medidas extraordinarias, como la ventilación mecánica, si se le diagnostica una enfermedad maligna y/o terminal. El principio de justicia busca la mejor forma de utilización de los recursos y los distribuye equitativamente. La aplicación práctica de estos conceptos es muy compleja. Una acción o tratamiento fútil puede repercutir en el retraso o no administración de tratamiento a otros pacientes que lo precisan, y puede alcanzar tal grado de conflictividad que alguno de los problemas éticos que se plantean en estas u otras si-

tuaciones pueden acabar en los tribunales de justicia, dado que, a pesar de los esfuerzos informativos, aún queda mucho camino por recorrer. Las guías éticas que surgen, como las guías europeas¹ y americanas² sobre RCP en las que se incluye el abordaje ético de los pacientes que han sufrido o pueden llegar a sufrir un PCR, pueden ayudar al profesional a seguir una actuación moral que, según comités internacionales, es la correcta. A pesar de estas guías, por el momento, y más en algunas sociedades, existe un conflicto insoluble entre la razón y la conciencia que la ciencia y la sociedad no pueden resolver fácilmente por las implicaciones morales, religiosas, políticas y legales. Aunque, en apariencia, la obligación de evitar hacer daño a los otros, la obligación de beneficiar a los demás o la aplicación de un trato justo serían de una obviedad meridiana, “existe (Beauchamp y Childres³ citan textualmente) tanto moral como conceptualmente, incertidumbre en torno a la distinción de estos tres conceptos. La moral se basa no sólo en las responsabilidades sino también en los perjuicios producidos por el daño *per se*. Sólo se debería recurrir a los tribunales de justicia cuando existan buenas razones para considerar que ni la familia ni los profesionales sanitarios están cualificados para proteger los intereses de un paciente incompetente o para resolver los conflictos surgidos por dichos intereses”³. Es, por tanto, necesaria la existencia cada vez mayor, y con más peso específico, de comités de ética asistencial en las instituciones. Ayudarían al profesional a encontrar la mejor solución de los posibles conflictos gracias a una mejor información.

Cada vez son más las voces de profesionales de la medicina, sobre todo de la medicina intensiva y crítica, que se hacen oír, que claman por la necesidad de comités de ética asistencial en las instituciones,

Correspondencia: Dr. S. Alonso.
c/ Pau Claris, 4, 8.º H 43005 Tarragona.

Manuscrito aceptado el 19-IV-2001.

dados los problemas éticos y legales que la práctica cotidiana de la medicina crítica provoca, como la competencia o no de los pacientes, el derecho al consentimiento informado, la toma de decisiones en el inicio o no de RCP, en pacientes con enfermedades malignas y/o terminales, órdenes de no resucitar (ONR), mantenimiento de medidas terapéuticas excesivas en pacientes con estado vegetativo permanente, en estado terminal o incluso en situación de muerte cerebral.

Situaciones, todas ellas, que hacen enfrentarse al profesional con sus formas de pensar, con el trasnochado paternalismo de la sociedad (incluida la profesional), con las convicciones religiosas, probablemente también trasnochadas, ya que en muchos aspectos las religiones están más avanzadas de lo que la sociedad piensa. Por ejemplo, la religión católica, ya desde los tiempos del Papa Pío XII, se manifiesta claramente en contra de la administración de medios extraordinarios aplicando correctamente los principios éticos de no maleficencia, de justicia, de beneficencia y de autonomía (Sagrada Congregación de la Fe en el Documento sobre Eutanasia del 5 de mayo de 1980); o el documento sobre el testamento vital de la Conferencia Episcopal Española.

La sociedad misma, con su afán de crecimiento en ciencia y tecnología, ha olvidado aquellos tiempos en que el médico de cabecera acudía a casa de los enfermos terminales, por los que no se podía hacer nada, y con cariño y afecto, procurando ayuda moral a él y a su familia, les decía que no había nada más que hacer para mantenerlo en esta vida, que llamasen al sacerdote para que pudiera morir en paz con Dios y consigo mismo en compañía de sus familiares y amigos. Se le procuraba una muerte con toda dignidad. Si analizamos esta situación, observamos que los valores de competencia/incompetencia, autonomía, consentimiento informado, justicia, beneficencia y no maleficencia, estaban presentes. Incluso, me atrevería a decir, que hasta el comité ético asistencial estaba presente en representación de la institución familiar y presencia de los amigos, el sacerdote y el médico. Hoy día, con la hospitalización de prácticamente todos los pacientes, agudos, crónicos, terminales y no terminales, es materialmente imposible una situación semejante. Recientemente en Cataluña se ha aprobado un documento sobre "voluntades anticipadas" o testamento vital, que viene a expresar la voluntad de autonomía que la sociedad ha de buscar para toda persona que decida realizarlo consciente y reflexivamente. Además, puede ayudar en la toma de decisiones a los profesionales de la medicina ante situaciones de conflictividad. Aunque en España este tipo de documentos no tiene un reconocimiento legal, sí facilitan las decisiones.

Situaciones que desde fuera del ámbito profesional se reconocen como insostenibles, los médicos nos empeñamos en mantener en aras de una, mal entendida, práctica médica, de unos aspectos morales y religiosos individuales, de aspectos políticos e incluso administrativos, gestionando unos recursos

con dudosa eficacia. Algo tan imprescindible como dejar morir en paz, dignamente, a los enfermos que están en el último momento de su vidas, no termina de estar claro en muchos sectores de la sociedad en general, y lo que es peor, incluso dentro de la sociedad profesional médica, intensivistas incluidos.

Hay circunstancias, no obstante, en las que por la premura de la urgencia es difícil saber en qué situación se encuentra el enfermo, ni cuál es su voluntad. Así ocurre en la atención al paciente con PCR. En ese momento, si es, por ejemplo, un politraumatizado ingresado o no en una UCI, o no existen órdenes de no resucitar ante un paro cardíaco, se practica RCP y el paciente puede salir adelante. Después, en relación con su clínica anterior, estado post-RCP y/o la existencia de ONR se debería actuar en consecuencia. Pero no voy a repetir las connotaciones presentes en nuestra sociedad, y ya citadas, que mueven a mantener una situación absolutamente irreal. Uno se pregunta, ¿a quién le gustaría "verse" (sirva verse como una visión virtual en otra dimensión) en esa situación? Sin embargo, resulta difícil dejar de llegar a tales situaciones, ya que cualquier emergencia en la que esté en peligro la vida de una persona hace que el médico actúe con tal de preservarla. Después, tras un período más o menos largo, aparece la verdadera realidad. El paciente presenta un estado vegetativo permanente y la familia o su representante legal, si existe, manifiesta que el enfermo no quería verse en esa condición, pero no hay nada por escrito, ningún documento, testamento vital o similar que acredite que aquello es verdad, aunque pensemos que lo que manifiestan es cierto y que supone una carga para ellos y para la sociedad, y atenta contra el principio de justicia, contra el de no maleficencia, contra el de beneficencia y, si es cierto que el enfermo no quería esa condición, contra el de autonomía. La toma de decisiones en estas circunstancias es extraordinariamente compleja. Las preguntas de qué decisión tomar y quién la toma resultan al médico difíciles de responder. ¿Él mismo?, ¿el grupo de médicos como unidad competente?, ¿la familia?, ¿la familia y cualquiera de los anteriores?, ¿la institución?, ¿basta con una información completa, exhaustiva y siempre a punto a la familia o a su representante legal y ponerse de acuerdo en las medidas que se deben tomar, como retirar ciertos tratamientos u omitir otros? La verdad es que esta situación sigue sin resolverse por muchos ríos de tinta que discurran por los cauces mundiales, aunque éstos sean amplios y con mucho caudal. La ley, en muchas sociedades, todavía no está clara. ¿Y las conciencias?

¿Es lícito no dejar morir en paz y dignamente a un moribundo? ¿Es lícito prolongar su agonía? Los comités de ética asistenciales deberían ser una herramienta al servicio de la calidad asistencial⁴. Carballo et al consideran que el actor principal del proceso asistencial es el profesional sanitario y el enfermo su auténtico protagonista⁴. En estos momentos en que el concepto de uno mismo es tan importante en las sociedades civilizadas, el principio

de autonomía alcanza, a escala popular, una relevancia aparentemente mayor que el resto de los principios. No es que la sociedad deje de lado los otros tres principios. Los considera con igual importancia, pero el *yo* es el *yo*, olvidándose incluso de que el resto de la sociedad está compuesto de infinidad de *yo*es, tan importantes como el de uno mismo. Quizá, se tuviera que considerar, además de unas buenas campañas de información sanitaria y de ética en general, que se multiplicaran las encuestas de opinión⁵ de los protagonistas reales de la obra, que somos todos, cada uno de los integrantes de la sociedad. Así sabríamos si la sociedad está o no preparada o si los conceptos que profesionalmente vemos tan claros, no lo son tanto.

Volviendo a párrafos anteriores, recuerdo a mi abuelo que, cuando yo aún era niño, murió en su casa rodeado de su familia que le aportaba amor y comodidad, con la asistencia diaria del médico que le daba alivio y con la presencia del sacerdote que le transmitía paz consigo mismo y con Dios. Yo, a mi corta edad, comprendí que mi abuelo se moría dignamente como el guerrero indio que, tras la lucha de toda una vida y la satisfacción del deber cumplido, moría rodeado de toda la tribu, aclamándolo.

Todo lo comentado no aporta nada nuevo al cauce del río, vivencia diaria de lo mismo, pero espero que aunque no sea más que una gota aumente el caudal para que se pueda navegar con buena profundidad por la corriente ética hacia un mar en calma y sereno en donde pensar con excelencia en la dignidad humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leo Bosaert. European Resuscitation Council. Amsterdam, Elsevier, 1998.
2. American Heart Association in collaboration with the IL-COR. Ethical aspects of CPR and ECC. *Circulation* 2000; 102 (Supl 1): I.12 -I.21.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de bioética médica. Barcelona: Masson, 1999.
4. Carballo LF, Feito L, Júdez FJ. Los comités asistenciales de ética en medicina crítica práctica. En: Gómez Rubí, Abizanda Campos R, editores. Bioética y medicina intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico. Barcelona: Edika Med, 1998.
5. Abizanda R, Almendros L, Balerdi B, Socías L, López L, Valle FX. Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva. *Med Intensiva* 1994;1 8: 100-105.