

Unidades de consultoría de ética clínica en la red de atención hospitalaria: una salida óptima

Clinical ethics consultancy units in the hospital care network: an optimal output

Germán Rojas Loyola*

RESUMEN

El personal sanitario se enfrenta con situaciones éticamente difíciles en el curso de su trabajo y estos problemas abarcan una amplia gama de áreas, desde la atención prenatal hasta la atención al final de la vida. El modelo de Consultoría en Ética Clínica (CEC) nace como alternativa, desarrollándose complementaria y sinérgicamente a los Comités de Ética Asistencial. Se han señalado importantes ventajas y también algunos riesgos en su incorporación en hospitales. Las situaciones que atienden suelen estar relacionadas con la valoración de la capacidad de los pacientes, los límites en casos de futilidad, la utilización de la sedación terminal y la adecuación de las medidas terapéuticas. El modelo deliberativo, como metodología de operatividad de CEC, ha mostrado beneficios en relación con modelos de paternalismo y mediación. La CEC se muestra como una salida óptima

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.1.18>

ORCID: 0000-0003-2681-7871

*Especialista en Pediatría y Puericultura. Magister Scientiarum en Bioética. Profesor asistente de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente, Núcleo Nueva Esparta. Miembro Titular de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP). Miembro de Número del Centro Nacional de Bioética (CENABI). Miembro de la Sociedad Venezolana de Salud Pública (SVSP). Invitado de Cortesía de la Academia Nacional de Medicina (ANM).

Recibido: 5 de diciembre 2021
Aceptado: 20 de febrero 2022

que pudiera beneficiar al Sistema Público Nacional de Salud en la calidad de atención de los pacientes.

Palabras clave: Consultoría en ética clínica, bioética, ética, método deliberativo.

SUMMARY

Health workers face ethically difficult situations in the course of their work, and these issues span a wide range of areas, from prenatal care to end-of-life care. The Clinical Ethics Consultation (CEC) model was born as an alternative, developing complementary and synergistic to the Healthcare Ethics Committee. Important advantages and some risks have been pointed out in its incorporation into hospitals. The situations they attend to are usually related to the assessment of the capacity of the patients, the limits in cases of futility, the use of terminal sedation, and the adequacy of therapeutic measures. The deliberative model, as a CEC operating methodology, has shown benefits in relation to the paternalism and mediation models. The CEC is shown as an optimal way out that could benefit the National Public Health System in the quality of patient care.

Keywords: Clinical ethics consultation, bioethics, ethics, deliberative method.

Correspondencia: Germán Rojas Loyola
Calle Concepción Qta. Doña Clara. La Asunción. Municipio Arismendi. Edo. Nueva Esparta. Código postal: 6311. Venezuela. Tel: 0416-6950763 E-mail: grojasloyola@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El personal sanitario se enfrenta con frecuencia a situaciones éticamente difíciles en el curso de su trabajo y estos problemas abarcan una amplia gama de áreas, desde la atención prenatal hasta la atención al final de la vida (1). Aunque los Comités de Ética Asistencial (CEA) son esenciales para las instituciones hospitalarias, se ha señalado dificultades en su estructura y en su modo de trabajo han limitado su actividad con poca actividad ético-asistencial, resistencia a su uso por parte de los profesionales de salud, limitándose generalmente sólo a la deliberación de casos complejos. Con el fin de acercar la Bioética a los profesionales sanitarios y poder atender a un número creciente de conflictos éticos con la oportuna agilidad se desarrollaron en Estados Unidos los servicios de consultoría individual en ética clínica (Consultoría de Ética Clínica, CEC). El valor añadido de estos servicios ha sido demostrado extensamente desde finales de la década de los 80 del siglo XX (2).

Consultoría de Ética Clínica (CEC)

Un consultor en ética clínica se define como aquel individuo que ofrece un servicio de atención a preguntas de pacientes, familiares, profesionales sanitarios u otras instancias con objeto de resolver o disminuir la incertidumbre en torno a conflictos sobre valores en la práctica clínica. Esta definición, podría incluir labores de mediación, de formación en bioética, incluso de facilitación. La figura del consultor (y el modelo de consultoría ética) se ha desarrollado de manera complementaria y sinérgica a los CEA. La mayoría de las propuestas de CEC continúan integradas en los CEA y consisten en incorporar al consultor en ética como delegado operativo de los comités en la práctica diaria (2).

El Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Interna (261 encuestas en 2017), al preguntarle a los internistas cómo resuelven habitualmente las dudas ante un conflicto ético, reporta que el 86 % las resuelve con ayuda, el 11 % solos, el 1 % no sabe resolverlas y el 1 % no tiene dudas. Del 86 % que utiliza ayuda, el 68 % consulta a sus compañeros, el 13 % usa protocolos, el 11 % consulta a un experto en

bioética y el 8 % consulta a un CEA. Por tanto, la consulta a un compañero es lo más habitual entre los clínicos (3).

McClimans y col. (2017), recogen las opiniones de expertos en ética clínica (n: 19), quienes identifican objetivos y resultados apropiados para un servicio de CEC. Los objetivos señalados fueron: mediación, asesoramiento, hospitalidad, empoderamiento, manejo de la angustia moral, mejora de la calidad ética y moral de la decisión y acción, educación, mejora de las habilidades de pensamiento crítico, conciencia de la ética, servicio, ética preventiva y mejora de la calidad de atención al paciente. Entre los resultados identificaron: satisfacción con los procesos o pericia del CEC, satisfacción con recomendaciones de ética clínica, eliminación de tratamientos no beneficiosos, productividad, integración, reducción de juicios, consenso, transformación de individuos, transformación de instituciones (4). Rasmussen (2016), al describir la CEC y su experticia con respecto a la respuesta moral correcta, señala que este servicio requiere un tipo de formación y existen quienes objetan la idea de personas que profesen tener la respuesta correcta porque sostienen que sus decisiones son subjetivas y la sociedad respeta y protege la toma de decisiones morales autónomas más que la toma de decisiones morales correctas (5).

Ventajas y riesgos en la CEC

La incorporación de la CEC puede ofrecer importantes ventajas respecto a los CEA: atención ágil de un número mayor de casos y seguimiento frecuente, atención ante las emergencias, mayor participación de los pacientes y familiares, lo que permite conocer de primera mano valores y motivaciones del paciente y potencialmente más implicación de enfermería y trabajo social. Todo ello sin perder de vista la tutela institucional del CEA, garantizando el mantenimiento de la toma de decisiones plural y deliberativa (2,6). Herreros (2017), señala además que con la CEC existe más confidencialidad al haber menos personal implicado; otra ventaja es la cercanía a los clínicos, porque el consultor está “a pie de cama” y conoce la narrativa del caso, produciendo una mayor implicación con el paciente y la familia. También existe la posibilidad de “itinerancia”,

pudiendo desplazarse a otra institución si es preciso, por ejemplo, si se es consultor en varios centros. Todo ello suele producir una mayor satisfacción en los implicados: paciente y cuidadores, clínicos y bioeticistas (3). También se ha señalado ventajas a nivel docente. La educación de profesionales sanitarios en materia de ética médica o profesionalismo no puede limitarse a lo aprendido en un curso o en un seminario; acerca la bioética a los profesionales tratantes, a sus propias experiencias clínicas en tiempo real mejorando la calidad de la atención de los pacientes (2,7).

Se han descrito riesgos relacionados a la falta de criterios de acreditación y profesionalización de los consultores. De hecho, hay algunos CEA que muestran su desafección por este modelo, con detractores que ven a la CEC como una amenaza, por un mayor riesgo de sesgo individual en el análisis ético, la inmediatez de la respuesta, el hecho de ser figura de “experto”, la suplantación de los deberes del clínico despertando susceptibilidades o su utilización en conductas maleficientes como la medicina defensiva por la burocratización en la toma de decisiones; sin embargo, estos riesgos pueden ser solventados con el respaldo y supervisión de los CEA como órgano garante de la calidad de los CEC recibiendo como beneficio de la relación, una mayor visibilidad e importancia de los CEA por parte del personal de salud (2,3).

Áreas de atención de la CEC

Las situaciones que atienden los CEC generalmente suelen estar relacionadas con la valoración de la capacidad de los pacientes, los límites en casos de futilidad, la utilización de la sedación terminal y la adecuación de las medidas terapéuticas (6). En un estudio se reporta la experiencia en 452 casos en los 9 años del servicio de CEC en un hospital de Chile; la edad de pacientes atendidos estuvo en rango de 18 y 85 años (72 %), de los cuales dos tercios tenían entre 18 y 69 años; las interconsultas fueron solicitadas en su mayoría por médicos de la unidad de cuidados intensivos (UCI) de adultos y sólo el 11 % de las consultas de pediatría o de neonatología; más de la mitad de los diagnósticos clínicos principales se refirieron

a una patología neurológica u oncológica en pacientes hospitalizados en UCI de adulto, o en pacientes pediátricos con complicaciones de su enfermedad o de cirugías. Otros fueron enfermos con complicaciones de enfermedades pulmonares o cardíacas, algunos de ellos en Unidad Coronaria mientras que otros, una minoría, fueron consultas de neonatología. La razón de la solicitud de consultoría estuvo asociada a las decisiones que se debían tomar más que a los tratamientos que iban a seguir. Entre estas decisiones se describieron problemas de proporcionalidad, limitación del esfuerzo terapéutico, muerte digna, autonomía o subrogación, anticipación de conductas o expresiones de voluntad y problemas de justicia en el uso de recursos (7).

Ramírez y col. (2021), dentro de sus recomendaciones para la toma de decisiones clínicas durante la pandemia por la COVID-19, han propuesto que los hospitales deben incluir recursos en la planificación de emergencias y deben anticipar la necesidad de servicios de CEC (8).

Galvan y col. (2021), realizan un proyecto que parte del CEA del Hospital Universitario de La Princesa, en Madrid, con la creación de un servicio de CEC para interconsultas dependiente del comité, pero al mismo tiempo autónomo y estable en el tiempo con una misión de trabajo para la resolución de los conflictos éticos de la práctica cotidiana a tiempo real y a pie de cama, siempre que las circunstancias del caso no recomienden su valoración por el CEA en su conjunto (2).

Modelos de atención en CEC

Los modelos de relación médico-paciente, desde el paternalismo hasta la pura mediación, han sido los referentes fundamentales para la formación de los primeros modelos de CEC. La introducción de la mediación como modelo de CEC en el ámbito hospitalario fue la consecuencia de la judicialización de la toma de decisiones en la práctica clínica. Dentro de la mediación hospitalaria existen varias perspectivas, la del mediador “neutral” en el ámbito clínico (*Haavi Morreim, Conflict Resolution in Healthcare*), la del consultor que utiliza técnicas de mediación, pero a la vez hace recomendaciones (Dubler), la

de la institución que hace uso de la mediación como técnica para la formación de profesionales y la evaluación de la calidad de la consultoría de ética (Fox), entre otros (9).

Se ha planteado al modelo deliberativo como aquel que tiene como objetivo ayudar al paciente “a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores”, fomentando su autonomía; con recomendaciones producto de la integración de la información y valores relevantes, con el diálogo como herramienta de persuasión para una recomendación que garantice su bienestar global, alejándose del paternalismo. Sin embargo, los valores del médico consultor son referencia para el paciente a los cuales no sólo se les debe ofrecer terapias que se adecuen a los valores elegidos por el paciente, sino aquellas que promuevan los valores relacionados con la salud. Quienes han presentado críticas a este modelo, argumentan que en una sociedad pluralista puede haber conflictos del consultor con los valores de pacientes u otros médicos o la discusión moral o revisión de los valores del paciente, alterándose la relación médico consultor-paciente (9).

Diego Gracia (2011) plantea que la deliberación es un proceso natural de todo ser humano, que no se adscribe solamente al campo de la ética. Por su inteligencia, el ser humano tiene la capacidad de anticiparse a los acontecimientos, de planificarlos, de prever sus consecuencias, lo cual modifica su moralidad al hacerse responsable de su toma de decisiones. Describe un método de deliberación como base de unas decisiones razonadas y prudentes que se tomen al cabo de un proceso de comunicación interpersonal, lo cual exige tanto un largo entrenamiento como un proceso de autoconocimiento, con participantes morales autónomos y maduros emocionalmente. El objetivo concreto de la deliberación es analizar los problemas en toda su complejidad. En el proceso de deliberación intervienen tres factores: los hechos, los valores, y la realización práctica (los deberes), que deben pasar una prueba de consistencia (legal, publicidad, tiempo). El modelo deliberativo de CEC se beneficia de esta metodología en relación con los modelos de mediación cuando visualizan inconvenientes, cuando no una clara incorrección (10).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se requiere un marco de referencia bioético sólido como herramienta para afrontar los conflictos éticos presentes en la práctica clínica diaria, que reduzcan la carga legal, emocional y ética de la toma de decisiones en situaciones de pandemia (8). La bioética y los bioeticistas tienen que estar presentes, no para juzgar los hechos a posteriori, sino para facilitar que los hechos sean siempre más humanos, salvaguardando la dignidad de todos y cada uno (11). En tiempos donde los CEA están presentando dificultades de operatividad o son inexistentes, la deliberación nos muestra a los CEC como una salida óptima que ha pasado las pruebas de consistencia y que pudiera beneficiar al Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) en la calidad de atención de los pacientes en una acción abajo - arriba.

Conflicto de interés

En cuanto al presente manuscrito no ha habido ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Rasoal D, Skovdahl K, Gifford M, Kihlgren A. Apoyo de ética clínica para el personal sanitario: una revisión de la literatura integradora. *Foro HEC*. 2017;29(4):313-346.
2. Galván J, Fernández J, Sánchez M, Real de Asúa D. Consultoría en ética clínica: modelos europeos y nuevas propuestas en España. *Cuadernos de Bioética*. 2021;32(104):75-87.
3. Herreros B. La consultoría ética, ¿alternativa o complemento a los CEA? En: *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?* Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2017; p. 53-65. Disponible en: <https://n9.cl/7q8xf>
4. McClimans L, Pressgrove G, Rhea J. A qualitative study of US clinical ethics services: Objectives and outcomes. *Narrative Inquiry in Bioethics*. 2016;6(2):127-142.
5. Rasmussen LM. Clinical ethics consultants are not “ethics” experts. But they do have expertise. *J Med Philos*. 2016;41(4):384-400.

6. Ibeas E. Los comités de ética asistencial y el consultor de bioética. *Rev Cult Cuidado Enferm.* 2020;17(1):5-10.
7. Beca J. Experiencia en consultoría ético-clínica en Chile. En: Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?* Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2017.p.37-51. Disponible en: <https://n9.cl/7q8xf>
8. Ramírez ND, Corredor MA, Navas SE. Recomendaciones bioéticas para la pandemia. Una perspectiva personalista. *Pers Bioet.* 2021;25(1):1-12.
9. Pose C. La consultoría de ética clínica en la actualidad: Revisión crítica de los modelos de mediación y propuesta de un modelo deliberativo. *Eidon Rev Españ Bioét.* 2017;48:70-126.
10. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Bioética para Clínicos. Med Clin (Barc)* 2001;117:18-23.
11. Yepes-Temiño M, Callejas R, Álvarez J. Un momento para la reflexión. Aspectos éticos en la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 en nuestra práctica clínica. *Rev Esp Anestesiol Reanima.* 2021;68(1):28-36.