

Bioética clínica al lado del enfermo. Creación y experiencia de un servicio de ética clínica en un hospital universitario

Clinical Bioethics by the Patient's Side. Development and Experience of "Clinical Ethics Service" in a University Hospital

Fecha de recepción: 02/08/2016 | Fecha de aprobación: 11/03/2017 | 24/01/2017

FRITZ EDUARDO GEMPELER RUEDA
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia
LILIAN TORREGROSA ALMONACID
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia
JOSÉ MIGUEL SILVA HERRERA
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Cómo citar: Gempeler Rueda FE, Torregrosa Almonacid L, Silva Herrera JM. Bioética clínica al lado del enfermo: creación y experiencia de un servicio de ética clínica en un hospital universitario. Univ Med. 2017;58(2): 1-7. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed58-2.bioe>

RESUMEN

En este artículo se describe la creación de un servicio de ética clínica en un hospital universitario de alta complejidad en Bogotá, Colombia, y se analizan los resultados obtenidos durante sus dos primeros años de funcionamiento.

Palabras clave

bioética; ética médica; humanización de la atención.

ABSTRACT

In this paper, the creation of a Clinical Ethics Service in a high complexity university hospital in Bogotá, Colombia, is described and the results after its first two years of operation are analyzed.

Keywords

bioethics; ethics; medical; humanization of assistance.

Introducción

En los últimos años ha sido notable el incremento en número y complejidad de los dilemas éticos en el ejercicio clínico de la medicina. Este crecimiento se ha relacionado especialmente con los vertiginosos avances técnico-científicos y las nuevas e insospechadas situaciones clínicas limítrofes que estos han propiciado; también obedecen a la institucionalización de la actividad sanitaria, la instauración de la medicina corporativa y al incremento exponencial de los costos en términos económicos del cuidado de la salud [1,2,3].

Tanto es así que hoy en día el personal de la salud se enfrenta, cada vez, más a reconocer y evitar intervenciones fútiles, cuestionables, de dudosa utilidad y potencialmente dañinas. Estas son, con frecuencia, causa de "angustia moral"

y motivo de una agobiante percepción individual de sus propias limitaciones para resolver estos problemas éticos en la atención clínica [4,5,6].

Poco a poco, el reconocimiento de esta realidad ha trasladado la bioética clínica hacia los escenarios donde antes se discutían asuntos médicos desde una perspectiva fundamentalmente cuantitativa y basada en desenlaces fisiológicos y clínicos. Las discusiones éticas empiezan a tomar preponderancia no solo en el ámbito clínico, sino también en el académico, al punto que las personas involucradas en la educación médica reconocen hoy el valor de la enseñanza de la ética en la preparación de los futuros médicos

A pesar de la evidencia, parte de la población médica aún es renuente a aceptar esta nueva realidad, pues cree que el “sentido común”, la experiencia en el ejercicio clínico, el “ser una buena persona” o, incluso, el “tener buenas intenciones” garantizan la resolución de cualquier problema ético que se presente en la atención clínica.

Tradicionalmente, los dilemas éticos del ejercicio de la medicina se han resuelto mediante la intuición y recurriendo a los juicios médicos individuales o grupales, sin un método de análisis ético-clínico formal y en el marco de un modelo de relación médico-paciente, calificado como paternalista. Esta situación, bastante problemática, dista de ser la ideal, pues ocasiona angustia moral en el personal de salud, que se siente insuficientemente preparado para sustentar decisiones controversiales desde el punto de vista ético, y también en los pacientes y sus familiares, que perciben cualquier limitación terapéutica como una consecuencia de la contención de costos del sistema de salud.

El fundamentar éticamente las decisiones de los conflictos ético-clínicos de la práctica diaria no solo es deseable, sino que impacta de una forma positiva en el problema actual de la deshumanización de la atención médica. En la literatura mundial, especialmente europea y norteamericana, existe cada vez más información que sustenta que los servicios de apoyo ético pueden disminuir la angustia moral de los clínicos y permiten mayor celeridad y claridad en la

resolución de los conflictos éticos cotidianos, con resultados favorables [7,8].

En Colombia, el Ministerio de Salud, en la Resolución 13437 de 1991, artículo 2, estableció como obligatorio que todas las entidades prestadoras de salud del sector público y privado tengan un Comité de Ética Hospitalaria (CEH), con el objetivo de contribuir a la humanización de la atención médica, al brindar asesoría y apoyo a los profesionales de la salud, para enfrentar los problemas éticos propios de su práctica clínica [9].

Los CEH no han tenido el impacto que se esperaba en la resolución de los conflictos ético-clínicos cotidianos, por cuanto se suele recurrir a ellos en muchos casos como “la última instancia”, solo después de agotar todas las posibilidades previas. Con frecuencia, resulta ser una medida extemporánea que no modifica de manera sustancial las conductas médicas frente a una situación limítrofe. Se han descrito múltiples razones para que esto sea así, y las más citadas se listan en la tabla 1.

Tabla 1. *Obstáculos para el desarrollo exitoso y efectivo de un comité de ética hospitalaria*

1. La renuencia de los médicos para reconocer y recurrir al comité
2. El percibir al comité de ética como un ente punitivo con el consecuente temor a ser sancionados
3. Las dificultades procedimentales para llevar un caso al comité. (Citación de los miembros, presentación y preparación del caso)
4. La baja frecuencia con que se reúnen los comités. Entre semanal y mensual
5. El desconocimiento de la importancia de los duermas ético-clínicos

Fuente: tomado de Beca [10] y Fox et al. [11].

Aunque en la actualidad la mayoría de las instituciones prestadoras de salud cuentan con dichos comités, suelen ser pocos los casos que allí se presentan para su discusión. Habitualmente, oscilan entre uno o dos casos al mes, de acuerdo con las publicaciones internacionales [10,11].

En consecuencia, es posible prever que, a la fecha, muchas instituciones carecen de la posibilidad de resolver con la debida oportunidad los problemas ético-clínicos, por lo que seguramente es posible pronosticar en sus profesionales creciente angustia moral y la no resolución de dichos problemas.

Si se tiene en cuenta que los problemas éticos son inherentes al quehacer médico cotidiano, entonces estos deben resolverse tan pronto como se presenten, sin gastar días valiosos para “escalar” hasta un comité de expertos donde abordarlos. Es tarea de los clínicos apoyados en quienes trabajan en bioética apropiarse paulatinamente de las herramientas necesarias para resolverlos de la mejor manera.

Aquí es donde la bioética clínica puede desempeñar un papel importante, al permear el terreno clínico en el que surgen estos conflictos para actuar de manera concurrente, activa y fluida, y así evitar largos y demorados trámites para que cada caso llegue hasta el CEH, donde un grupo de expertos, frecuentemente *a posteriori*, discutan los dilemas ético-clínicos antes de proporcionar las recomendaciones. En otras palabras, la bioética clínica debe ser pragmática y en tiempo real, ubicarse “al lado de la cama del paciente”, en las revistas médicas o en las juntas de decisiones clínicas, para impregnar el quehacer del personal de salud.

Creación del servicio de ética clínica en un hospital universitario de alta complejidad

Teniendo en cuenta las consideraciones hechas hasta aquí, a finales del 2014 se creó el Servicio de Ética Clínica (SEC) del Hospital Universitario San Ignacio, apoyándose en experiencias internacionales exitosas, especialmente españolas, con una perspectiva exploratoria inicial, dada la ausencia de experiencias similares en el país. Luego de una prueba piloto en la que se evaluaron tanto la propuesta de funcionamiento inicial y la experiencia de los usuarios (médicos y pacientes) con el servicio como las necesidades del programa se avanzó en la puesta en marcha del funcionamiento formal del servicio dentro del esquema organizacional del hospital universitario, con dependencia directa del CEH que ya venía funcionando en el hospital.

El SEC está compuesto por seis especialistas médicos que trabajan en diferentes áreas

del conocimiento —anestesiología, cirugía general, cirugía oncológica, urología, ortopedia y traumatología, medicina interna y cuidados intensivos—, profesores de la Facultad de Medicina y con formación académica en bioética. El grupo recibe apoyo permanente del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana. Este vínculo ha permitido la proyección académica del grupo dentro de la universidad y fuera de ella. Las principales funciones del SEC son:

Apoyar, desde el punto de vista ético, la actividad asistencial en la toma de decisiones “al lado de la cama de los pacientes”, de forma simultánea con la atención médica.

Favorecer la comunicación entre médicos tratantes y pacientes hospitalizados y sus familias, además de promover la humanización de la atención.

Analizar los problemas éticos, facilitar la resolución de conflictos y reducir la angustia moral del equipo médico, del enfermo y su familia.

Educar a través del análisis de casos y las recomendaciones propuestas.

Funcionamiento del Servicio de Ética Clínica

Cuando un médico, enfermera o cualquier integrante del grupo tratante detectan un problema ético o perciben angustia moral en las decisiones médicas solicitan la asesoría del SEC, por medio del Sistema Informático de Historias Clínicas del hospital. En caso que el mismo paciente o familiar desee recibir asesoría del SEC, le informa a su médico tratante, quien solicita la interconsulta.

Una vez recibida la solicitud de asesoría o interconsulta, en las siguientes horas se reúnen tres o más integrantes del SEC para valorar la situación planteada por quien solicita la interconsulta (médico tratante, enfermera, paciente, familiar o allegado).

Inicialmente, se analiza la historia clínica y el contexto de cada caso. Se procede a visitar al paciente o sus familiares para conocerlos de manera personal y entender la situación

sociocultural y biográfica del enfermo. Luego se obtiene información relevante de parte de los médicos tratantes e interconsultantes, y se convoca a una reunión de los integrantes del SEC (mínimo tres) con el equipo tratante y, en múltiples ocasiones, con los pacientes o familiares, para deliberar acerca del problema y las posibles soluciones. A continuación, se procede a plantear recomendaciones no vinculantes para el manejo de la situación, las cuales se plasman en la historia clínica como sugerencias en el manejo de dicha situación.

El método mediante el cual se abordan y analizan los dilemas ético-clínicos por parte del SEC es deliberativo. Propende a un carácter pragmático y un modo prudente y responsable de resolver los conflictos morales. Incluye en su esquema los tres o cuatro niveles sucesivos tradicionales de la casuística y la ética del cuidado. Estos son: el de los hechos, el de los valores y el de los deberes, hasta concluir en el de las responsabilidades o decisiones prudentes [12,13,14].

Todos los casos se registran en una base de datos donde se incluyen los diagnósticos, las recomendaciones, la evolución y la categoría del problema ético principal. Cada mes se informa al CEH la estadística y los casos más notables, los cuales son discutidos en el CEH y se analizan aquellas situaciones que se repiten para dar pie a políticas institucionales desde el CEH. Con el propósito de proporcionar una aproximación más exacta del trabajo desempeñado por el SEC, se presenta a continuación una descripción de esta experiencia.

Resultados

En dos años de funcionamiento formal del SEC se han resuelto más de 200 solicitudes de asesoría ética-clínica. El 45 % ha sido en pacientes de sexo femenino, y el 55 %, de sexo masculino, con una edad promedio de 42,5 años (DS: 30,0) y rangos entre 6 días y 96 años.

En la tabla 2 se puede observar la distribución según la edad de los pacientes atendidos.

Tabla 2. Edad de los pacientes atendidos

Edad (años)	n	%
Menores de 15	66	31,5
Entre 16 y 59	59	28,5
Mayores de 59	84	40,0
Total	209	100,0

Los problemas más frecuentes de los pacientes se relacionan con patologías oncológicas como se puede ver en la tabla 3.

Tabla 3. Diagnósticos principales

Diagnóstico	n	%
Oncológico terminal	54	25,8
Oncológico no terminal	41	19,6
Terminal otras causas	28	13,4
Encefalopatía y otras causas	20	9,6
Otros	18	8,6
Encefalopatía hipóxica posreanimación cardiopulmonar	11	5,3
VIH	8	3,8
Encefalopatía hipóxica neonatal	7	3,3
Malformación congénita	7	3,3
Neumonía	4	1,9
Cardiopatía severa	3	1,4
Síndrome convulsivo	2	1,0
Embarazo y cáncer	2	1,0
Abdomen agudo	2	1,0
Accidente cerebro-vascular	2	1,0
Total	209	100

Con base en la literatura mundial se determinaron cinco grupos (tabla 4) para la categorización de los dilemas éticos [15,16,17]. Los autores del presente artículo, por separado, clasificaron cada uno de los casos en uno de los cinco grupos. Cuando se presentó desacuerdo, se discutieron los casos para llegar a un consenso. Como era de esperarse, cada caso podría coincidir con una o más categorías, por lo que se seleccionó la más sobresaliente en cada uno.

Tabla 4. Categorías de los dilemas éticos

Dilemas	n	%
Proporcionalidad: incluye retiro o no inicio de tratamientos	96	47
Cuestionamientos al final de la vida.	75	36
Autonomía y subrogación	26	13
Angustia moral del personal médico	6	3
Conflictos entre médicos o familia	3	1
Total	206	100

Discusión

Existen múltiples modelos o esquemas para facilitar el apoyo ético al ejercicio clínico dentro de las instituciones hospitalarias, pero ninguno es más efectivo que otro. El éxito depende del tipo de institución de salud y del reconocimiento por parte de las directivas de la necesidad de la humanización de la atención. La implementación de un servicio de ética clínica no solo tiene efectos positivos en los pacientes, al poder solucionar los problemas ético clínicos, sino también en el personal de la salud, al disminuir la angustia moral.

Como se mencionó, los médicos clínicos perciben los CEH como instancias distantes de su práctica o como un factor de interferencia en su labor [18,19]. El temor más importante al iniciar este proyecto fue que los médicos asimularan al SEC con un CEH. Inicialmente, se observó que, a pesar de la extensión y complejidad de los dilemas éticos detectados en el análisis preliminar, los médicos fueron renuentes a usar este servicio especializado, pues pensaban que ellos individualmente podían abordar de modo adecuado “todos” los dilemas éticos emergidos de su práctica. Poco a poco, con la demostración de los beneficios institucionales, e individuales del SEC, se ha fortalecido la confianza en este grupo de apoyo demostrada por el incremento en el número de interconsultas y una mayor sensibilización y detección de los problemas éticos.

La mayoría de las interconsultas obedeció a casos que habitualmente no habrían llegado a la instancia del CEH, pero que presentaban conflictos ético-clínicos importantes para los médicos y pacientes. El hecho de que la experiencia reportada por otros autores se pueda calificar como similar a la nuestra, ratifica y justifica las consultorías éticas como una ayuda apreciable en la resolución de los conflictos ético-clínicos institucionales [17,20].

Otra ventaja adicional del SEC consiste en el carácter multidisciplinario de sus miembros, lo que supera las consultorías individuales, por cuanto reduce los posibles sesgos suscitados por género, edad, especialidad, etc.

Una de las estrategias más exitosas de este servicio para integrar la práctica clínica a la bioética ha sido el análisis de los dilemas ético-clínicos hombro a hombro con el equipo de salud, paciente y familia, de manera concurrente en los diferentes servicios del hospital. Estas experiencias son ya ordinarias en otros países, donde —de hecho— los expertos en bioética participan de modo permanente en las revistas asistenciales de la mayoría de los servicios clínicos [10,21].

Los resultados obtenidos durante estos dos años de actividades continuas nos permiten aseverar que la celeridad y concurrencia con que los dilemas ético-clínicos se han abordado y resueltos son definitivos tanto para favorecer a los pacientes como para aliviar el estrés moral de los médicos, e incluso para impactar la cultura institucional de humanización, que cada vez más busca soluciones oportunas ante situaciones percibidas como problemáticas.

Un tema no explorado en el presente análisis comprende el hecho de que la intervención del SEC, en lo relativo a la reorientación del esfuerzo terapéutico, ha demostrado en otros escenarios reducir costos y mejorar la disponibilidad de los recursos [22,23].

Se percibe también que se ha avanzado en el proceso de sensibilización y humanización del cuidado por parte de los profesionales que trabajan en el hospital. La función del SEC se entiende hoy en la institución como un complemento o brazo operativo del CEH, el

cual continúa aportando una deliberación ética multidisciplinaria de los casos más complejos, los que motiva propuestas normativas y educativas para situaciones institucionales específicas.

En nuestra experiencia de dos años, hemos notado que el tipo de problemas éticos motivo de interconsultas demuestra que los dilemas más frecuentes corresponden a dudas concretas relacionadas con proporcionalidad, con decisiones cruciales acerca de la pertinencia de los tratamientos al final de la vida y con la angustia moral del personal sanitario.

Finalmente, y a modo de conclusión, la consultoría ética-clínica *per sé*, ya sea individual o la realizada por un grupo de consultores, constituye una forma válida y factible de asesoría en las decisiones clínicas, además de un enorme apoyo a médicos y familiares.

No hemos inventado un nuevo sistema de asesoría ética; solo hemos puesto a andar una forma de apoyo ético-clínico en la práctica institucional hospitalaria, con adaptaciones locales de las experiencias utilizadas en otros países. Cabe insistir en que el funcionamiento óptimo de un sistema de consultoría ética depende de las condiciones particulares de cada institución y está ligado a las cualidades de los consultores. En nuestro caso, el SEC pudo crearse y se ha desarrollado gracias al apoyo incondicional de las directivas del hospital, acordes con las políticas de humanización de la atención médica.

Se debe tener cuidado de no medir el éxito y el fracaso de un comité o de un SEC por criterios cuantitativos, como el número de consultas exclusivamente. Más bien, el éxito o el fracaso recae en sí, a través de sus diversas actividades y cómo contribuyen a la formación del equipo asistencial y a la creación de una atmósfera favorable para la discusión abierta de los problemas éticos, que redunde en una mayor conciencia ética institucional y humanización del servicio [24,25].

Referencias

1. Torregrosa L. Amenazas actuales al profesionalismo y al ejercicio ético de la cirugía. *Rev Colomb Cir* [internet]. 2015;30(3):167-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v30n3/v30n3a1.pdf>.
2. Torregrosa L. La perspectiva de las capacidades en el debate sobre la futilidad en medicina [tesis de grado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
3. Gempeler RFE. Intervenir o no intervenir: percepciones sobre futilidad terapéutica en pacientes y en propia persona de médicos especialistas del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, D. C. [tesis de grado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2013.
4. Angelucci P, Carefoot S, Working through moral anguish. *Nursing Critical Care*. 2008;3:5-6.
5. Guraya SY, Norman RI, Roff S. Exploring the climates of undergraduate professionalism in a Saudi and a UK medical school. *Med Teach*. 2016;38:630-2.
6. Kalvemarmark S, Hoglunda AT, Hanssona MG, Westerholmb P, Arnetza B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med*. 2004;58:1075-84.
7. McClimans L, Slowther A. Moral expertise in the clinic: lessons learned from medicine and science. *J Med Philos*. 2016;14. pii: jhw011.
8. Tulsky JA, Fox E. Evaluating ethics consultation: framing the questions. *J Clin Ethic*. 1996;7:109-15.
9. Resolución 13437 de 1991, por la cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes [internet]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf.
10. Beca JP. Comités de ética o consultores de ética clínica. *Bioética Debat*. 2008;54:1-5.

11. Fox E, Myers S, Pearlman RA. Ethics consultation in United States hospitals: a national survey. *Am J Bioeth* 2007;7:13-25.
12. Richter G. Clinical ethics as liaison service: Concepts and experiences in collaboration with operative medicine. *Camb Q Healthc Ethics*. 2009;18:360-70.
13. Dudzinski DM. The practice of a clinical ethics consultant. *Public Aff Q*. 2003;17:121-39.
14. Agich GJ. The question of method in ethics consultation. *Am J Bioeth*. 2001;1:31-41.
15. Slowther A, Bunch C, Woolnough B. Clinical ethics support services in the UK: An investigation of the current provision of ethics support to health professionals in the UK. *J Med Ethic*. 2001;27 suppl I:i2-i8.
16. Beca JP, Koppmann A, Chaves PB, Delgado I, Solar S. Análisis de una experiencia de consultoría ético clínica en cuidado intensive. *Rev Med Chile*. 2010;138:815-20.
17. Streuli JC, Staubli G, Pfändler-Poletti M, Baumann-Hölzle R, Ersch J. Five-year experience of clinical ethics consultations in a pediatric teaching hospital. *Eur J Pediatr*. 2014;173:629-36.
18. Agich GJ, Reither-Thiel S. Guest editorial: Encouraging the dialogue. *Camb Q Health Ethics*. 2009;18:333-7.
19. Slowter A. Ethics case consultation in primary care: contextual challenges for clinical ethicists. *Camb Q Healthc Ethics*. 2009;18:397-405.
20. Slowther A, Underwood M. Is there a need for a clinical ethics support service in the UK? *J Med Ethics*. 1998;24:207.
21. Couceiro A. Comités de ética o consultores de ética: ¿Qué es lo mejor para las instituciones sanitarias? *Bioética Debat*. 2008;54:10-5.
22. Marik PE. The cost of inappropriate care at the end of life: Implications for an aging population. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(7):703-8.
23. Hogan C, Lunney J, Gabel J, Lynn J. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff*. 2001;20:188-95.
24. Simon A. Support for ethical dilemmas in individual cases: experiences from the Neu-Mariahilf Hospital in Goettingen. *J Med Ethics*. 2001;27 suppl I:i18-i20.
25. DuVal G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M. What triggers requests for ethics consultations? *J Med Ethics*. 2001;27 suppl I:i24-i29.