

CONFERENCIA PARA LA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

**Naturaleza y Función de los
Comités de Ética Hospitalaria.
Experiencia en los Estados Unidos**

Dra. Elena Lugo

Argentina, 7/9/2000

Resumen en español:

Me propongo identificar la razón de ser de los comités de ética hospitalaria en los EE.UU., buscando ofrecer una respuesta a una directiva estatal surgida frente a los cambios internos y externos que afectan a las instituciones de la salud.

Intentaré describir la estructura y dinámica originales de estos comités orientados a la práctica clínica. Mostraré que su concepción original necesita una revisión a la luz de los nuevos cambios institucionales y de las dificultades intrínsecas de los mismos.

Esta revisión quizás conduzca a una nueva concepción de los comités, a modo de una nueva etapa en el desarrollo de su naturaleza original. En todo caso, los desafíos que la experiencia actual plantea en los EE.UU. nos sugieren formular un tipo de comité más organizativo y comunitario, con las respectivas modificaciones en el área de sus funciones, selección y formación de sus integrantes y procedimientos operacionales.

Summary in English:

I intend to identify the fundamental reason for the existence of health care ethics committees in the United States of America as a response to a federal ordinance which takes into account internal and external changes in healthcare institutions. I intend to describe the structure and dynamics of the original committees focused on clinical practice. I will demonstrate that in light of recent changes in health care management and in view of procedural difficulties internal to the original committees these stand in need of revision. This revision can just as well lead toward a new conception of the ethics committee as to a new stage in the development of their original conception. In any case, the actual challenges that the experience with these committees present suggest a new formulation of the health care ethics committee that is more organization and community oriented with its corresponding modifications as to functions, selection and formation of its members, and procedures for its operation.

Palabras clave: comité institucional, consultor en ética, misión y visión de una institución, ética organizacional, integridad.

Key words: institutional committee, ethics consultant, institutional mission and vision, organization ethics, integrity.

INTRODUCCIÓN

Al considerar el tema de la naturaleza y funciones de los comités de ética hospitalaria desde la perspectiva de la experiencia actual, cosechada en los Estados Unidos en muchos sectores del sistema para la prestación de los servicios de salud, me veo obligada a señalar los nuevos desafíos que se plantean en relación con la concepción original de dichos comités.

En la década de los años setenta se constituyen comités institucionales para revisar protocolos de investigación clínica, con el fin de defender los derechos de los pacientes y promover el consentimiento informado, sustentado en la primacía otorgada al principio de autonomía. Pero a partir de 1993 la *Comisión General para la Acreditación de Instituciones del Cuidado en Salud* exige a toda institución hospitalaria que aspire a la acreditación para recibir fondos públicos con fines de investigación y servicios clínicos, que cree un comité con funciones específicas.

A dichas instituciones se les solicita asimismo que respondan a los interrogantes éticos que puedan surgir en el cuidado de los pacientes sometidos a una tecnología compleja y sofisticada; que tomen en cuenta los derechos de los pacientes en el marco de una sociedad democrática y que aborden la diversidad de puntos de vista en torno de la vida y la salud como valores integrados en el contexto de una sociedad pluralista y laica.

A continuación identificaré la naturaleza y funciones del comité original, para luego señalar los desafíos que han generado una evolución en su misión. Evolución que puede ser vista como una ampliación de sus funciones, con lo cual se plantea el interrogante de si se trata o no de una transición hacia otro tipo de comité hospitalario con sus correspondientes tareas.

NATURALEZA Y FUNCIONES DE LOS COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA

Los comités de ética hospitalaria son grupos interdisciplinarios que se ocupan de las consultas, estudios, consejos y docencia frente a los dilemas éticos que surgen en la práctica de la atención médica hospitalaria. Se constituyen así en instancias o espacios de reflexión que buscan apoyar y orientar metódicamente, tanto a profesionales como a pacientes, respetando sus correspondientes perspectivas.

Sus funciones se pueden resumir de la manera siguiente:

- a) **Función consultiva:** Análisis de situaciones conflictivas tanto pasadas como actuales, o bien situaciones que suscitan dudas y dilemas, con el objeto de identificar, interpretar y ofrecer recomendaciones tanto procedimentales como de contenido, a fin de resolver el problema consultado.
- b) **Función normativa:** Al analizar situaciones similares se descubren tanto deficiencias como prácticas idóneas. Estas últimas pueden proponerse como modificaciones de la rutina diaria o recomendaciones que promuevan el cuidado integral del paciente y prevengan su daño.
- c) **Función educativa y docente:** Se trata de la capacitación de los propios integrantes del comité en el área de los conocimientos interdisciplinarios, destrezas en la comunicación y discusión sin polarización, para así encaminarse al consenso, y al fomento de un carácter virtuoso. La tarea docente se extiende a todos los profesionales y técnicos del hospital, y en particular a los responsables de las áreas de servicio, al igual que a los pacientes, familiares de estos y a la comunidad en general.

Otras funciones asociadas a los comités de ética hospitalaria pueden suponer colaboración con la revisión de proyectos de investigación clínica;

con el consentimiento ilustrado y voluntario de los pacientes; con la responsabilidad del investigador para con el sujeto de investigación y con el comité de seguridad y de calidad de servicio.

De ninguna manera los comités hospitalarios son juntas ético-jurídicas encargadas de la integridad profesional en sí misma. De esta integridad se encarga el colegio profesional correspondiente, el cual establece normas educativas y normas de acreditación para sus miembros.

En consonancia con las funciones identificadas como propias de los comités de ética hospitalaria se acostumbra designar o elegir los miembros permanentes de modo que médicos de diversas especialidades, enfermeros, asistentes sociales, abogados, ministros religiosos, administradores, representantes de la comunidad no médica y un eticista clínico constituyan un grupo interdisciplinario.

En cuanto a los miembros *ad hoc*, se invita a profesionales que, a modo de consultores, puedan esclarecer algún punto específico de la consulta, norma o tema que el comité necesite considerar.

No se acostumbra que el paciente y sus familiares asista a la deliberación del comité, a fin de salvaguardar la confidencialidad de los profesionales. Por otra parte el paciente y sus familiares pueden solicitar una consulta o presentar un problema ante el comité, preferiblemente por escrito.

Para el mejor funcionamiento del comité y para que sus recomendaciones se tomen en serio, es preciso que el comité tenga un reconocimiento institucional; que asimismo esté contemplado por el reglamento de la institución y cuente con los recursos de infraestructura para su trabajo. Inclusive es aconsejable que disponga de una sede visible y, desde luego, formule su reglamento interno. En dicho reglamento se establecerá la frecuencia de reuniones, criterios y formas de convocatoria, tipos de reuniones, sesiones de emergencia, etc.

Antes de proceder a la interpretación de los desafíos que la experiencia actual presenta a los comités, resulta instructivo preguntar por los tipos de consulta a las cuales se ofrece recomendaciones y los temas que los comités estudian con mira a expresar su opinión.

Seguidamente los enumero a modo de ilustración, pero sin detenerme en el desarrollo de los mismos:

- 1) Recomendaciones sobre la continuación, detención o no inicio de tratamientos a enfermos de pronóstico terminal.
- 2) Envío de pacientes moribundos al hogar para su cuidado paliativo.
- 3) Establecimiento de la proporcionalidad de ciertos tratamientos en circunstancias especiales.
- 4) Decisión sobre la extensión de las medidas paliativas.
- 5) Decisión en torno de acciones de resucitación.
- 6) Suspensión de la ventilación mecánica.
- 7) Cuando y cómo informar al paciente sobre su pronóstico grave.
- 8) Cuando y cómo solicitar órganos para transplantes.
- 9) Asuntos inherentes a la asignación de recursos limitados.
- 10) Problemas de consentimiento informado en proyectos de investigación clínica.

**DESAFÍOS ACTUALES
SEGÚN LA EXPERIENCIA COSECHADA
EN LOS EE.UU.**

RECOMENDACIONES

Resumo estos desafíos para inmediatamente explicar los que estimo fundamentales, y sugerir las primeras respuestas.

Varios estudios, citados en la bibliografía, señalan críticamente que el tipo de comité original o convencional se caracteriza:

- 1) Por ser reactivo ante problemas de alto riesgo moral;
- 2) por permanecer aislado o reducido a un mero departamento del sistema, carente de comunicación efectiva con la junta directiva;
- 3) por tomar una posición neutral y de mera consejería, apoyo y formación, debilitando así su impacto efectivo en la institución;
- 4) por estar orientado a la discusión informal y al análisis teórico, sin ofrecer soluciones prácticas ni ofrecer evidencia empírica de su eficacia;
- 5) por carecer de una estrategia explícitamente articulada e integrada a la misión de la institución, la cual a su vez no le reconoce prioridad ni le confiere visibilidad;
- 6) por tener alguna función desconocida para muchos o superflua para algunos que sospechan que les sustituye en su responsabilidad profesional. O bien que es sólo de interés para algunos profesionales clínicos de inclinación filosófica, los cuales se agrupan voluntariamente en calidad de aficionados a la ética;

- 7) por suscitar la sospecha de que podría transformarse en un comité de control legalista y autoritario. Para sus críticos, el comité convencional podría desaparecer o bien no establecerse, sin por ello afectar el funcionamiento del sistema hospitalario;

Selecciono cuatro elementos de la crítica que considero medulares para entender la experiencia actual en los EE.UU. Una experiencia que nos habla de una transición o desarrollo que va del comité original o convencional centrado en el encuentro clínico del médico con su paciente individual, hacia otro que podríamos designar como comité de ética organizacional o ética comunitaria, o sencillamente ética integrada al sistema total del cuidado en salud, tanto en su faz interna como de cara a la sociedad.

En esta ocasión me limitaré a la descripción e interpretación de esta transición. Una transición que en sí es lenta y compleja, que ofrece aristas de ambigüedad e incertidumbre.

A mi parecer, los comités institucionales de los EE.UU. y los de mi Puerto Rico se orientan hacia un modelo genérico nuevo que procura mantener una continuidad con el que ya se ha plasmado en algunas instituciones.

Este modelo muestra dos elementos que considero operables y eficaces para responder a las críticas que ahora expresaré como desafíos. Pero presenta además un elemento que señalaré como más problemático.

Es cierto que muchos comités de ética hospitalaria se limitan a reaccionar ante situaciones críticas y conflictivas. Esto es necesario pero, por otra parte, no se puede desestimar el hecho de que los casos extraordinarios no reflejan la esencia de la ética, aun cuando se dramatice la importancia de los mismos.

Si recordamos que la función de los comités es asesorar y recomendar, se comprende entonces que no hayan logrado en muchos casos operar como

agentes de cambio o reforma en el plano de la integridad ética, a nivel de la institución en su totalidad.

- **Actuar para promover concretamente el bien**

Así pues el primer elemento prometededor del modelo de comité en transición es la consigna de actuar para promover el bien - y no sólo "pensar" en el bien - a fin de prevenir concretamente y no sólo de "recomendar" una solución para determinados conflictos.

Con mira a este objetivo se aconseja que, como estrategia, el comité afirme y articule los valores institucionales - su tradición o herencia - debido a que ellos son fundamento y justificación de la institución. Tales valores han de inspirar y regular no sólo el cuidado de los pacientes, sino también la distribución de los recursos y la conducción del sistema con su dimensión empresarial y social.

Por tanto se trata de generar un compromiso de responsabilidad compartida en cada ámbito de la actividad hospitalaria a la cual corresponde una dimensión moral indispensable para lograr los ideales o valores institucionales. Dichos ideales o valores pueden ser: la calidad del servicio o bienestar integral del paciente; el uso responsable de los recursos fiscales, materiales y personales; la distribución justa y equitativa; el respeto de los derechos individuales del paciente como persona; la respuesta al sufrimiento con empatía. De esta manera la institución estaría fomentando valores universales como la Dignidad, el Servicio, la Excelencia y la Justicia.

Lamentablemente algunos comités institucionales carecen de una articulación ética en armonía explícita con la misión de la institución y en consonancia con los objetivos normativos de otros comités institucionales tales como los de control de calidad y de seguridad en el trabajo.

Aún más difícil de aceptar para quienes nos preocupamos de la integridad ética de los sistemas es el hecho de que muchas instituciones carecen de una

expresión oficial de su compromiso efectivo con principios éticos o bienes substanciales como son la vida y la salud.

Por otra parte, la tarea de ser agentes de cambio en beneficio de la integridad institucional se hace aún más difícil en una sociedad como la estadounidense, la cual carece de un acuerdo universal sobre los bienes substanciales y se inclina a substituirlos con normas procedimentales para lograr consenso y evitar conflictos y litigios legales.

Resulta evidente que lo expuesto supone que el comité convencional amplíe sus funciones más allá de la consulta y del apoyo, para incluir entonces proyectos específicos que apunten a cambiar estructuras y orientar la dinámica de cada área de la institución. Cambio y orientación que estarán de acuerdo con un plan integral que promueva la conducta moral como medio para lograr las metas propias de la institución.

Esta función reformadora supone un estudio riguroso de la práctica concreta en la vida diaria, el enfoque del proceso de optimización de la calidad del servicio al paciente y el uso efectivo de los recursos, así como una propuesta de seguimiento y un criterio para la evaluación periódica según parámetros funcionales y de expresión numérica.

Para desempeñar esta función, el comité en transición debe incluir sus actividades en la agenda de los ámbitos administrativo y empresarial del sistema. Necesita asimismo formar y capacitar especialmente a sus nuevos consultores.

Aclaro el primer requisito, el cual se presenta como un segundo desafío, a la vez que constituye el segundo elemento prometededor del nuevo modelo de comité.

- **Superar el aislamiento**

Para responder al segundo desafío hay que superar el aislamiento al cual algunas instituciones hospitalarias condenan a los comités. Este aislamiento

se genera cuando las instituciones hospitalarias no consultan a los comités o bien desestiman su aporte a la política interna del sistema. Algunos profesionales consideran además que su integridad profesional implica autosuficiencia en la toma de decisiones éticas, con lo cual se colocan al margen de la deliberación de un comité.

Las deliberaciones administrativas en cuestiones de finanzas y asuntos laborales raras veces toman en cuenta la reflexión ética tal cual el comité puede ofrecerla. Es decir, los comités carecen de fuerza política interna. Pero es necesario reconocer que las deliberaciones administrativas influyen en el cuidado clínico y afectan para bien o mal el bienestar no sólo de categorías de pacientes sino de pacientes individuales.

Creo que los comités de ética institucional, con su orientación clínica original, deben integrarse mejor al sistema en su totalidad, a fin de contribuir al discernimiento de los principios éticos que permitan tomar decisiones en cada ámbito del cuidado en salud. Estos ámbitos van desde la proximidad al lecho del enfermo hasta el de la selección del sofisticado equipo técnico a comprarse. En el primero se procurará la implementación del principio de beneficencia y, en el segundo, hacer valer una concepción de justicia distributiva.

De este modo la ética del cuidado en salud que los comités fomentan requiere la atención del paciente a lo largo de todo el proceso: desde el encuentro del paciente con el personal que lo recibe, pasando por los profesionales a cargo del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, hasta el contacto final con los empleados administrativos de la oficina de cobro.

Los comités integrados a la institución han de fomentar la continuidad y la consistencia de la responsabilidad ética en los servicios ofrecidos antes, durante y después de que los mismos sean utilizados por el paciente. Desde esta perspectiva, los comités resultan ser no tanto una entidad particular para la consulta y la recomendación de normas, sino más bien un cuerpo mediador e integrador que facilita el ejercicio responsable de una ética de

diálogo entre profesionales y entre unidades, con el objetivo de configurar el sistema hospitalario como una comunidad de servicio.

De este modo cada empleado crece en madurez moral a la vez que adquiere destrezas y experiencia laboral. Es una oportunidad para ascender en la escala moral de L. Kohlberg, para superar el egocentrismo y el mero cumplimiento de leyes sin compromiso interior, a fin de avanzar en la reflexión de lo que es una vida al servicio de ideales que trascienden al individuo, a fin de ahondar en la acción correspondiente.

- **Formar a los consultores en asuntos de ética**

La ampliación de las funciones del comité en transición necesita también un nuevo enfoque de los requisitos y, por ende, de la formación del consultor en la disciplina de la ética. Reconocemos aquí un tercer desafío que se plantea al comité convencional.

Se recomienda a los comités integrados a la organización a la cual sirven como fuerza de cambio, que complementen su tendencia a la reflexión teórica en torno de principios e intenciones a la hora de resolver conflictos entre derechos y deberes, con intervenciones prácticas en las áreas más diversas, tales como la economía y la política pública de la institución.

La ética como disciplina, con su contenido y procedimientos, no sólo ha de regular las acciones del comité sino que ha de formar el carácter de los miembros del mismo.

Un desafío adicional consiste en transformar la visión que algunos críticos tienen de la ética, a la cual conciben como mero cumplimiento de la letra de la ley sin compromiso interior; promulgación de normas para que otros las observen; hacer lo que se siente intuitivamente como correcto o bien seguir los instintos; un simple comportarse virtuosamente, inspirado ya sea por la autodisciplina personal y profesional, por religiosidad o por la etiqueta.

En otras palabras, para responder a sus críticos, la ética debe recuperar sus raíces y prepararse para una intervención aún más activa y comprometida con la vida real en un hospital complejo tanto en su dimensión científico-técnica como interpersonal, sin olvidar la enorme influencia de las normas del mercado y las reglas del Estado.

La ética es una rama de la filosofía que elabora teorías que ordenan sistemáticamente, explican y justifican sobre un fundamento antropológico la experiencia moral cotidiana. De este modo ofrece una definición consistente tanto de los principios éticos, de los valores o bienes substanciales y existenciales como de las virtudes que forman el carácter del agente moral.

La ética ofrece también destrezas lógicas para mediar argumentativamente en los conflictos. Los miembros son formados en la ética que representa el comité respetando el contexto de la disciplina donde se desempeñan. Una vez debidamente formados, los miembros podrán intentar las siguientes intervenciones:

- a) Articular con precisión y exactitud el contenido de los ideales o valores institucionales, y también los valores operativos, en la práctica diaria del sistema, preguntándose sobre la correspondencia entre ambos niveles;
- b) identificar los puntos críticos en el proceso de decisión, lo que comporta estimación de los valores, aplicación a la situación concreta, acción y aceptación personal de las consecuencias en los diversos ámbitos del sistema hospitalario;
- c) discernir la calidad de las relaciones humanas en términos de confianza, respeto, diálogo preventivo de conflicto o bien, en su ausencia, promover las condiciones estructurales y dinámicas que los faciliten;
- d) intentar medir o evaluar empíricamente en cada departamento el grado de influencia de una conducta diseñada. Esta medición contribuye al logro de la misión de la institución, particularmente en lo que hace a la

calidad del servicio y el uso efectivo y justo de los recursos. Esto reviste especial importancia en una época en la que existen empresas que amenazan con comercializar la prestación del cuidado de salud como si fuese un bien de consumo y no un derecho humano.

Todo parece indicar que los comités, además de servir de consultores o de recomendar normas, han de ser promotores activos que proyecten, desarrollen y supervisen la integridad ética en la infraestructura misma del sistema hospitalario.

Estos comités, ¿deben rendir cuenta, presentarse o estar obligados a ofrecer evidencia de sus logros ante una junta directiva? ¿o sería mejor asignar la responsabilidad de su funcionamiento a un oficial ejecutivo de rango? Retomaré este punto más adelante.

Los comités han de funcionar como puentes entre la misión y visión que sirve de ideal a la institución y las estrategias de la práctica diaria en cada ámbito del sistema. Ellos incentivan una cultura esencialmente ética en la cual participan pacientes y profesionales de la salud, y en la cual los administradores y las aseguradoras aportan para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación del enfermo, el alivio del sufrimiento y el fomento de una atmósfera que facilite la solidaridad comunitaria. Y esto último debe ser logrado más allá de una mera conformidad externa a la cual se aspira para lograr la acreditación de la JOINT COMMISSION o de su equivalente en otros lugares.

Los comités interpretan la labor de los empleados como un aporte a la realización de los valores que identifican la institución como entidad moral, infundiéndoles así un mayor entusiasmo por lo que hacen y dándoles motivo para enorgullecerse sanamente. Ahora bien, un experto en ética puede fomentar y facilitar pero no determinar ni mucho menos forzar a otros al cumplimiento de las normas éticas. No puede convertirse en un dictador o reformador moralista.

La experiencia reciente con los comités señala la importancia de lo que siempre ha sido un desafío para sus miembros: su formación en los conocimientos, destrezas y virtudes que deben poseer para actuar en una sociedad pluralista, a fin de fomentar la moral personal y la ética profesional, al igual que la actitud democrática de promoción de diálogo.

No siempre se ha apreciado a la ética en cuanto disciplina formal dotada de conceptos, métodos de análisis y normas para identificar, interpretar y evaluar críticamente los problemas tanto clínicos como organizativos de una institución sanitaria. Complican el tema que discutimos las diversas concepciones de lo que es un experto en ética, de lo que caracteriza su formación, y de la relación de éste con otros expertos o consultores en el área clínica y empresarial.

Sería oportuno desarrollar una comisión permanente de estudio y reflexión sobre los conceptos, principios y métodos de análisis de la ética. Esta comisión avalará y asistirá al comité de transición a la hora de concentrarse en la fase práctica de integrar la dimensión ética a la organización global de la institución.

Entre los elementos del modelo de comité en transición hay uno que nos resulta problemático: la colocación del comité bajo la dirección y correspondiente responsabilidad funcional y financiera de un ejecutivo de alto rango.

Según este criterio, los miembros integrantes del comité habrían de seleccionarse no en términos de su profesión - médico, enfermera, administrador o persona formada profesionalmente en ética - sino por el lugar que ocupan en la escala de mando e influencia institucional. Por un lado, esto aumenta la primacía y la visibilidad, al igual que la solvencia fiscal del comité pero, por otro lado, cuando se trate de fomentar las exigencias éticas, la integridad del mismo podría verse involucrada en conflictos de interés.

Asimismo resulta problemático someter al responsable del comité a una evaluación de su ejecutividad para la producción de cambios en la conducta moral institucional, tal como se acostumbra hacer con otros presidentes de comisiones. Sería más justo evaluar al comité en pleno y no sólo a su presidente.

INTERROGANTES Y POSIBLES RESPUESTAS

Frente a estos desafíos, surgen los siguientes interrogantes: La concepción original del comité de ética hospitalaria, centrada en los asuntos clínicos y en particular en la relación médico - paciente, ¿está evolucionando hacia una concepción de índole más organizativa y comunitaria? ¿está avanzando incluso hacia el discernimiento ético en asuntos empresariales y administrativos y aspectos sociales en el cuidado de salud? ¿hemos descrito la aparición de un nuevo paradigma en la concepción del comité institucional: de uno orientado al individuo hacia otro más comunitario; de uno reactivo a otro más activo; de uno aislado a otro mejor integrado; de uno de buenas intenciones a otro comprometido con la acción y de uno centrado en proteger los derechos del paciente a otro orientado por los valores de la institución?

Considerando las recomendaciones planteadas a los comités de ética originales, de cara a los desafíos, resulta evidente que las funciones de tales comités se ha complicado al tener en cuenta que la consulta y la formulación de la política interna no sólo incluye el servicio al paciente sino la utilización prudente y justa de los recursos en salud y la mediación para la solvencia económica de la institución.

Más aún, las funciones se han ampliado al aceptar responsabilidades en la labor de diseñar y desarrollar planes estratégicos para la integridad ética de la estructura y dinámica institucional en consonancia con una articulación precisa de la misión y visión de la institución.

El comité en transición es un componente catalítico del cambio sistémico, pero no necesariamente el recurso principal o el agente de cambio en sí mismo.

Se plantea así un desafío nuevo: ¿Cómo armonizar la preocupación central de la ética clínica con la calidad del servicio al paciente concreto y la preocupación de la ética empresarial por el bienestar económico de la institución al servicio de la comunidad y la salud pública?

Ante este panorama, propongo que la ética en el cuidado de salud o bien el comité que ha de designarse como *Comité de Ética Institucional* guarde continuidad con el comité convencional de orientación clínica, pero incorporando en su método la consideración de las finanzas, las ciencias políticas y la sociología. Y que además acentúe el arte de la comunicación entre las diversas disciplinas y sus correspondientes perspectivas.

Por ejemplo, el comité podría participar en las visitas a los pacientes y examinar a la luz de los ideales de la institución los objetivos específicos del cuidado del paciente concreto. Asimismo, y según las preferencias del paciente y lo clínicamente indicado, facilitar la interacción de los profesionales que atienden al paciente, asesorar a la familia del mismo y evaluar la política interna de la institución en cuanto a su responsabilidad pública, sin menospreciar las necesidades del paciente individual.

El comité estaría operando preventivamente en la medida en que fomente el diálogo interdisciplinar y garantice una atmósfera segura para que todos puedan expresarse con responsabilidad, sin presiones ni temor de represalias.

Se podría igualmente identificar determinados comportamientos que para el agente o empleado fuesen indicadores de que su acción profesional en el ámbito en el que opera está contribuyendo al logro de los ideales institucionales, y a la vez de los ideales profesionales correspondientes a la clínica, enfermería y a otras profesiones, sin olvidar la misión del administrador y del empresario.

Es preciso tomar en cuenta las relaciones recíprocas y vías de comunicación de todos estos agentes. El intercambio de informes de progreso y evaluación de logros por área puede ser un recurso efectivo para la integración de los esfuerzos en lograr una cultura ética institucional.

Por otra parte, no ignoro las dificultades a la hora de promover, evaluar y medir la integración de los ideales institucionales a la práctica clínica diaria y a la deliberación administrativa rutinaria. No es de extrañar que en esta etapa de transición los clínicos se sientan incompetentes ante los principios empresariales y a su vez los empresarios se sientan ajenos a las preocupaciones de los clínicos.

La integración de lo estrictamente clínico y lo estrictamente administrativo exige abandonar una mentalidad mecanicista que no sólo distingue conceptualmente sino que separa en la práctica lo que podría operar en complementariedad e interacción orgánicas para conformar lo que yo llamaría una “conciencia colectiva” de la institución. Una conciencia que, a modo de soporte, anime la infraestructura y las decisiones éticas, que siempre habrán de ser personales.

No es fácil lograr tal conciencia. Pero vale la pena intentarlo para fomentar la cultura ética institucional.

Consideremos el método de análisis de un comité de ética hospitalario original y fijémonos en las modificaciones que nos propone su evolución hacia un comité organizacional. Es decir, hacia un comité que se reconozca como agente de cambio sistémico, presidido por un ejecutivo de rango y autoridad, en interacción y comunicación recíproca con otros comités institucionales, para lograr estratégicamente metas que se pueda evaluar con objetividad empírica.

Un comité de ética clínico sigue un procedimiento lineal, sustentado en un conocimiento y unas destrezas que se traducen en las siguientes acciones:

a) Recabar datos.

- b) Identificar los valores en conflicto e intentar no sólo la resolución de los conflictos sino su prevención.
- c) Identificar los agentes o personas que deciden.
- d) Evaluar y comparar las alternativas y así facilitar, mediar y negociar entre las alternativas razonables, y tomar la decisión.
- e) Poner en práctica la decisión previendo las consecuencias.
- f) Convivir con la decisión.

Este procedimiento tiene un inicio y un objetivo específico, y enfoca directamente al paciente concreto. Ahora bien, cuando el comité evolucionado quiera aplicar estos pasos metodológicos a la hora de considerar determinados temas administrativos, habrá de tener en cuenta los siguientes aspectos:

En cuanto a **recabar datos (a)**, es necesario incluir la referencia a costos, accesos y riesgos empresariales. Esto supone aceptar incertidumbres, falta de datos o datos incompletos, pues no se enfoca sólo a un paciente sino a una población en contextos diversos y complejos.

En cuanto a la **identificación de valores en conflicto (b)**, hay que ampliar el marco de posibilidades para incluir tanto los valores de la institución (misión y visión), los cuales deben reflejarse en las decisiones empresariales, como los valores de un mayor número y diversidad de profesionales, los cuales deben respetar su integridad propia y a la vez colaborar en un equipo interdisciplinar.

Entre los conflictos posibles citamos los referidos a la justicia distributiva, a los incentivos financieros, al respeto a la persona (su autonomía, su relación con el principio de beneficencia) y a la armonía entre la investigación, la docencia y el cuidado en salud.

Hay que reconocer cuán difícil es delimitar el área específica a considerar (hospital terciario, hogar de ancianos, institución con vinculación religiosa, etc.).

Es evidente que los integrantes del comité en transición deberán interiorizarse constantemente sobre áreas tan diversas como las de las profesiones de la salud, finanzas, administración y ética, al igual que sobre destrezas de comunicación.

En cuanto a la **identificación de los agentes morales que deciden y aconsejan a nivel individual y colectivo (c)**, se trata de una tarea que exige destrezas de comunicación muy sofisticadas. Esta labor incluye la información a la sociedad sobre los cambios de fundamento y criterio para la toma de decisiones, y sobre cómo ella ha de participar en el diálogo, discernimiento y decisión.

En cuanto a la **evaluación y comparación de las alternativas (d)**, será preciso prever la posibilidad de una administración poderosa y dominante en la configuración de alternativas, y asimismo tener en cuenta que, en razón del número de los participantes, se multiplicarán las alternativas a evaluar. Además el administrador que realiza la consulta es también quien determina el presupuesto monetario del comité. No se puede desestimar la posibilidad de conflictos de interés que socaven la integridad del proceso consultivo.

Más aún, en el área clínica el consultante y el consultado pueden ocupar un mismo nivel en la jerarquía institucional o ser el consultado de mayor rango que el consultante. Pero en asuntos de organización, la persona consultante puede ser un ejecutivo de nivel superior al consultado, con lo cual se podría influir adversamente sobre la autonomía del consultado.

En cuanto a **la puesta en práctica de la decisión y la previsión de las consecuencias (e)**, el carácter polifacético y numeroso de los agentes morales podrá demorar una acción práctica a tono con la decisión tomada.

Sea como fuere, la responsabilidad administrativa se acentúa en un comité evolucionado como el que estamos describiendo, y existe el peligro de que éste proceda por decretos, menospreciando así el carácter multidisciplinario del proceso de discernimiento del comité.

Finalmente, en cuanto a **convivir con la decisión a corto y a largo plazo (f)**, ello supondría un riguroso estudio de las consecuencias de la decisión tanto en relación con cada nivel de la institución como en relación con una población de pacientes variada y cambiante en su marco socio-cultural.

El impacto institucional de una recomendación en ética organizacional puede ser mayor en magnitud y en duración porque afecta a más personas y por más tiempo de lo que suele suceder en el caso de la consulta en el área clínica. La tarea de predecir y controlar ese impacto constituye una responsabilidad más grave en la ética organizacional que en la clínica.

A modo de resumen se puede decir que el comité que acabamos de presentar no sigue un procedimiento lineal sino elíptico, ya que toma en cuenta simultáneamente los valores del paciente, la ética interprofesional y la misión y visión de la institución. Su actividad no se genera por un evento o una consulta en particular, sino que opera a modo preventivo, permanentemente, vitalizando la dimensión ética de la infraestructura y dinamizando el sistema en su totalidad.

Más aún, su fundamento filosófico no está tan elaborado como en el caso de la ética clínica. Es preciso reconocer y acentuar la integridad propia de cada rama de la ética aplicada: la ética clínica, la ética profesional y la ética empresarial. Así se podrá luego configurar una disciplina con su carácter propio, sin reducirla a ninguno de sus componentes. Si partimos del presupuesto de la compatibilidad entre las tres formas de ética aplicada, es posible elaborar un fundamento filosófico para el comité organizacional (2).

Dejo para otra ocasión el tema de la naturaleza y funciones de una ética organizacional debidamente configurada. Esta vez sólo he querido señalar los desafíos actuales que enfrenta el comité de ética hospitalaria y que ha

generado la necesidad de plantear una nueva etapa. Una nueva etapa que se podría designar de varios modos, tales como "ética organizacional" o "ética administrativa", pero que yo prefiero llamar simplemente "ética para un sistema integral del cuidado en salud".

CONCLUSIÓN

Me he detenido deliberadamente en el umbral de los llamados *Comités de Ética Organizacional*, considerados como extensión del comité convencional o como componente de un comité institucional más amplio y abarcador de lo clínico y lo organizacional.

En esta presentación me he limitado a describir la transición que estamos experimentando en los EE.UU. y en Puerto Rico hacia comités orientados según el panorama de los problemas del sistema de salud. Y ello más allá de que los conflictos a nivel de la relación médico - paciente persisten y a veces se agravan, como en el caso de los pacientes terminales.

Los problemas del sistema profundizan y dan un nuevo marco a los problemas tradicionales de la ética clínica. Me refiero a los conflictos entre departamentos, competencias desleales entre colegas y entre diversas profesiones, y al problema - más grave - de armonizar los valores del servicio al paciente con los valores empresariales de la supervivencia de la institución y los valores de la investigación o docencia biomédica.

El imperativo moral es trabajar por la integración de cada ámbito profesional bajo ideales reconocidos en común y considerados como esenciales para toda la actividad de un sistema hospitalario.

En última instancia, para lograr un sistema de cultura ética es indispensable el compromiso personal de cada profesional o técnico con la integridad de su persona en cuanto servidor motivado por la excelencia y no por el mero lucro, orientado hacia el servicio benévolo y benéfico.

Pero también es esencial procurar infraestructuras de justicia y solidaridad que fomenten la confianza y la armonía en el trato. Ningún comité por sí solo lo lograría, por más programas de modificación de conducta que elabore. Los comités reflejan las personas que los constituyen, tanto sus virtudes y sus destrezas de diálogo como su conocimiento interdisciplinar. Y esto es esencial.

Pero no olvidemos que el ambiente cultural en el cual se insertan las instituciones influye para su bien con su apoyo o para su mal con su indiferencia. Somos parte de esa cultura y confío en que no nos quedemos indiferentes ante el panorama de la experiencia reciente de los ya conocidos comités de ética institucional.

Bibliografía consultada

1. *“The Next Generation Model for HEC”* (David C. Blake, guest editor) *HEALTHCARE ETHICS COMMITTEE FORUM*, Vol.12, n.1, marzo 2000, págs. 1-52.
2. *“Administrative and Organizational Ethics”* (George Khushf). *HEALTHCARE ETHICS COMMITTEE FORUM*. Vol. 11, n. 4, diciembre 1999, págs. 285-371.
3. *“Special Issue on Organizational Ethics”* (Robert Lyman Potter, Guest editor) *THE JOURNAL OF CLINICAL ETHICS*, Vol. 10, 1999, págs. 171-242.