

LOS COMITÉS DE BIOÉTICA, PERSPECTIVAS

Dr. Carlos Gómez Haedo*

Ponencia presentada el 22 de mayo de 2008 en la 1ª Jornada Regional de Bioética, realizada por la UNESCO, en el Paraninfo de la Universidad de la República.

Antes de realizar la exposición deseo dejar una constancia, referente a lo que yo pienso que es un olvido, pero que me duele en lo personal, nadie recordó que V. R. Potter fue quien introdujo el término bioética.

Potter nos presentó entonces sus concepciones de una bioética puente, que debía compartir con la filosofía su cometido. De una bioética profunda, la que debía a su vez ocupar la atención en profundidad de ambas visiones compartidas, para llegar a una bioética global que debía abarcar todas las ramas del conocimiento⁽¹⁻³⁾.

Él era un investigador y muy exitoso en el campo de la oncología, pero mantuvo un pensamiento crítico llegando a sostener la necesidad de analizar la aplicación de la bioética en distintos campos: en la agronomía, la economía, el medio ambiente, las relaciones internacionales, etc.

Creaba así un concepto abarcativo del término que es como un adelanto al análisis epistemológico que se realizó, por ejemplo, en el día de hoy, cuando se definieron las características actualmente reconocidas de multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria.

Luego, por una necesidad vinculada al pragmatismo del momento, (se habían entablado reclamos y protestas por episodios de investigaciones que violaban los derechos de

los usuarios y que eran reprobables) el término bioética quedó vinculado a las ciencias de la vida y específicamente a las de la salud⁽³⁾.

Por ello la bioética es definida como el estudio sistemático de la conducta referida a las ciencias de la vida y de la salud encarado desde el área de los valores y principios de la ética.

A. El contexto que llevó a su génesis

1. Movimiento a la defensiva

En un comienzo se produjo un movimiento a la defensiva, pese a que ya se había definido conceptualmente la terminología y su concepto.

- En 1963, a un grupo de pacientes judíos internados en un hogar para enfermos crónicos se les inyectaron células cancerosas para observar sobrevida en no cancerosos. Ello terminó en alarma y en retiro de licencia profesional a los intervinientes.⁽⁴⁾
- La investigación de Tuskegee (Alabama). Un proyecto de investigación científica nacional pública desde 1932 a 1972 estudia la evolución natural de la sífilis en población pobre y negra, cuando en 1940 se había descubierto la penicilina. Sin embargo, en esta

experiencia se resolvió continuar con su realización sin interrumpir la misma dada las nuevas circunstancias.

- En 1967, en una escuela para niños con retardo mental en Nueva York, se realizó experiencia inyectando el virus de la hepatitis A, con un consentimiento informado que fue en realidad coaccionado.

A raíz de todos estos hechos se creó la Comisión Nacional Especial para Protección de Sujetos Humanos Sometidos a Investigación (1974).

También en 1974 aparece en EEUU el Movimiento en Defensa del Derecho de los Pacientes.

2. La “Revolución terapéutica”⁽⁵⁾

Comienza en 1935 con el descubrimiento del prontosil y las sulfas, luego la penicilina y el mundo de los antibióticos.

Se combate con éxito la tuberculosis. El mundo de las vacunas se expande; desaparecen la viruela, la difteria y se reduce el tétanos al mínimo.

Los medicamentos para la hipertensión arterial logran casi hacer desaparecer la hipertensión maligna. En Uruguay, en 1960, en la primera década del Hospital de Clínicas era sólo de 1,5%.

Los corticoesteroides y los inmunosupresores permiten actuar y combatir enfermedades autoinmunes.

3. La llamada “Revolución biológica” de Jean Bernard⁽⁵⁾

Citamos los avances relacionados con el tema de la gestación (fertilización asistida, fertilización in vitro, conservación del semen, del óvulo, de los embriones).

Asistimos a las discusiones sobre clonación en humanos, la utilización de los embriones en experimentación y el enorme desarrollo y estudio de las células madres e investigaciones sobre el cordón umbilical.

El descubrimiento del sistema HLA permitió el desarrollo de los trasplantes de órganos con todas las consecuencias terapéuticas, sociales e incluso jurídicas que han ido surgiendo.

El descubrimiento relacionado al genoma humano que resulta de los estudios promovidos por el Proyecto Genoma Humano, es un capítulo importante en la llamada Revolución biológica y de la propia bioética por sus múltiples implicancias.

Es por ello que G. Berlinguer definió la llamada bioética de frontera que considera los problemas límites emergentes al lado de lo que llama bioética de lo cotidiano⁽⁶⁾.

4. La llamada “Revolución científico-tecnológica” y su repercusión en la esfera del diagnóstico y del tratamiento

Los avances en ecografía y sus variantes, las tomografías, resonancia magnética, PET, en el campo de la imagenología, así como las distintas modalidades de la centellografía han significado avances en relación con la seguridad de los diagnósticos, pero también han influido en los costos y en la organización de los equipos de salud.

Ello repercute en la adjudicación de recursos y, por lo tanto, plantea problemas relacionados con accesibilidad y equidad en bioética.

B. El proyecto de ley National Research Act (1974)

El informe final de la comisión originó el proyecto de ley conocido como National Research Act (1974) que incorpora tres principios generales: respeto por las personas, beneficencia y justicia⁽⁴⁾.

Beauchamps y Childress⁽⁷⁾ desarrollaron los cuatro principios que ya no se limitan a la investigación sino a toda la actividad biomédica y que son clásicos⁽⁸⁾:

- 1) No maleficencia.
- 2) Beneficencia.
- 3) Autonomía.
- 4) Justicia.

Ellos constituyen la base de la concepción llamada *principalismo* y que ha suscitado discusiones sobre todo en Latinoamérica donde se ha explicitado un enfoque que se basa mucho en la declaración de derechos humanos y específicamente en la dignidad de la persona (ver Declaración de Buenos Aires).

No vamos a desarrollar el análisis de los mismos porque estamos relatando el verdadero preámbulo de nuestro tema central, referido a la creación de lo que consideramos una modalidad uruguaya de enfocar la aplicación práctica de la bioética en el nuevo panorama denominado Sistema Nacional Integrado de Salud que unifica, coordina y supervisa los llamados Subsistemas Público y Privado.

C. Clasificación de la bioética

Podemos admitir, de acuerdo con Tealdi, la existencia de una bioética general que se ocuparía de temas como el estudio de poblaciones, del medio ambiente, de repercusiones de la economía, etc.⁽⁴⁾.

Cuando nos expresamos en términos de globalidad estamos recordando otra vez a Potter. Existe también una ética biomédica de la cual la deontología constituye una parte específica, pero que hoy es mucho más amplia.

Existen también bioéticas especiales: bioética y genética, bioética e

investigación que fue una respuesta a la defensiva ante los reclamos de los usuarios en EEUU en las décadas de 1970 y 1980, como ya vimos.

En Uruguay se ha estado tratando bioética y aspectos relacionados con la muerte en el Parlamento. Es el caso del denominado *testamento vital*.

En estos momentos el Ministerio de Salud Pública ha aprobado un Proyecto de Decreto que crea la legislación sobre Bioética de la Investigación en Seres Humanos. Se basa en trabajos realizados en Ministerios de Salud anteriores pero que no habían tenido concreción porque la bioética no había merecido el reconocimiento necesario. Se encuentra en Presidencia.

D. El cambio histórico del paradigma de la medicina

En el transcurso de la historia comprobamos la existencia de distintas etapas que expresan el marco global con que se ha encarado la filosofía y por ende el ejercicio de la misma. Distinguiremos así⁽³⁾:

- Una forma mágico-religiosa, que correspondería a la prehistoria y que se expresaría en las organizaciones tribales y podría verse en formas primitivas sobrevivientes (el chamán y similares).
- La llamada *natural vitalista* (griega). Los elementos fundamentales serían los natura-

les: aire, agua, fuego y tierra.

La medicina hipocrática incorpora además de su concepción vitalista una bioética expresada magistralmente en el Juramento Hipocrático que incorpora principios como la No Maleficencia, Beneficencia y Confidencialidad, que explica que haya persistido a través de la fórmula adaptada en Ginebra.

- La que podríamos definir como de dependencia teológica y que comprende toda la etapa precientífica, en especial la Edad Media.
- La forma científico-biológica, que tiene sus expresiones mayores en los siglos XIX y XX.
- Una etapa que estamos viviendo y que podemos definir como de reconocimiento al valor de la sociedad en que se aplican las ciencias de la salud, o sea se incorpora como paradigma la propia sociedad.

Uno de los adelantados en predecir esta evolución conceptual fue Virchow, cuando sostuvo que hablar de medicina significaba en realidad hablar de política, anticipando la importancia social de la misma.

Después de la Segunda Guerra Mundial, coincidiendo con la intervención de Lord Beveridge, que encabeza el movimiento de la seguridad social, se incorpora la concepción de la salud al mismo.

En 1948, la Declaración de los Derechos Humanos reconoce a la salud como uno de los derechos humanos de segunda generación, junto a otros derechos sociales como la vivienda, el trabajo o la jubilación.

Este cambio conceptual explica que después de terminada la Segunda Guerra Mundial emergieran nuevas formas de ejercicio de las profesiones de la salud, como lo fue el caso de Inglaterra, que crea el Servicio Nacional de Salud, o la creación de Seguros Nacionales de Salud como en los países nórdicos, en Francia o después en España o en Italia.

En 1970, el Congreso Médico Social Panamericano, reunido en Bolivia, reconoce el derecho de los países de tipo socialista a organizar la socialización de los servicios de salud y al mismo tiempo reconoce que existen otras formas de colectivización que pueden ser aplicadas, como son las que resultan de la aplicación de los seguros de salud o, como en el caso de Uruguay, lo eran las mutualidades o las cooperativas médicas.

E. El cambio, en Uruguay está directamente relacionado con el acceso al gobierno de un nuevo partido, el Frente Amplio, que se obligaba a realizar profundos cambios en el sector salud

En los distintos congresos se había evolucionado hacia una concep-

ción que significaba un cambio definido y en contraste con lo tradicional en el terreno de la salud, donde el neoliberalismo reinante había impuesto su sello.

Se habían seguido al pie de la letra las indicaciones ideológicas de los organismos internacionales (FMI y Banco Mundial), lo que se inscribía en la concepción filosófica del neoliberalismo. Así no era de extrañar que la OMC sostuviera que la organización de los servicios (de educación, salud, y jubilaciones) fuera ubicada en el terreno de las transacciones comerciales con el rechazo, como era lógico, de los países subdesarrollados.

Una distinguida colega y asesora en temas de medicina social, la Dra. Celia Hiriart, en una conferencia dada en el Sindicato Médico del Uruguay, en 2001, señalaba el peligro que significaba para América Latina toda, el movimiento de inclusión de la dinámica del mercado en las organizaciones que desempeñaban en los distintos países el ejercicio de sistemas de salud sin fines de lucro, públicos o privados⁽⁹⁾.

La realidad de los cambios fue impactante, en especial en los países del Cono Sur (Chile, Brasil y Argentina), en que los seguros privados con fines de lucro, enrolados en el Managed Care, así como los llamados fondos de pensiones, en poder de organizaciones ávidas de lucro, habían logra-

do comprar organizaciones asistenciales variadas (en Argentina, varias Obras Sociales de origen obrero sufrieron la misma suerte).

Los hospitales públicos eran autonomizados o entregados a municipios para su administración, creando en la realidad un deterioro por la escasez de fondos asignados.

Fue por ello que, en conocimiento de la realidad que afrontaba Uruguay, el Frente Amplio en el último Congreso, llamado Héctor Rodríguez, con trabajo programático, resolvió que existiendo dos subsistemas de organización de la salud, sin fines de lucro y con amplio arraigo, histórico y popular, debía basarse en ellos la nueva transformación de la salud. Uno de ellos era el mutualismo de origen obrero que comenzó en 1853 y otro eran las cooperativas médicas que significaban una creación original del Uruguay y que comenzaron en 1935 con la creación de un primer centro asistencial vinculado al Sindicato Médico del Uruguay, una gremial médica con un sentido social muy influido entonces por una Universidad pujante y vinculada muy especialmente al Movimiento Reformista de Córdoba.

Fue así que se aprobó la creación de lo que se llamó Sistema Nacional Integrado de Salud, que comprendería:

1. El Subsistema Público, al que habría que fortificar, pues había sido deteriorado en la aplicación de la

concepción neoliberal señalada anteriormente.

2. El Subsistema Privado integrado por el mutualismo y las cooperativas médicas, organizaciones sin fines de lucro.

3. Ulteriormente, en una transacción que no compartimos, se incluyeron otras organizaciones que tienen fondos lucrativos y que no estaban incluidas en el programa.

4. Además se creó el llamado Fondo Nacional de la Salud que significa la creación de un seguro de salud.

5. El otro aporte en los cambios es que se crea un gobierno descentralizado para los hospitales de la antigua Salud Pública.

No podemos por razones obvias desarrollar el análisis de todos los cambios. Además, se democratizó el sistema pues se crearon órganos colegiados de gobierno para lo público y lo privado, en el Sistema Nacional Integrado de Salud, con representantes de Ministerios, de los usuarios y de los trabajadores de la salud.

Un sistema como este que se crea, necesita en forma impostergable ser regulado. Las regulaciones se dan en ámbitos distintos:

- en el ámbito de las tecnologías, de las terapéuticas como es la medicación, o del diagnóstico, como vimos en el campo del análisis del avance

científico-tecnológico;

- en el ámbito de la calidad y aquí surge un criterio original, que se constituye en una versión actualizada de la calidad: se incorpora la bioética al contenido humano y al técnico-científico para juzgar la calidad.

Ésta es, si se quiere, una filosofía que le da contenido señalando una de las fallas conceptuales en los distintos cambios que se han experimentado cuando se abordan las reorganizaciones de los sistemas de salud.

Significa también el contenido de nuestra ponencia.

F. De los comités de ética asistencial a la creación de la Comisión de bioética y calidad integral de la atención de la salud

A raíz de los sucesos relatados en el numeral A referidos a múltiples denuncias en relación con episodios de investigación clínica que violaban ostensiblemente los derechos de los usuarios de servicios de salud, a los cuales se suman otros episodios, algunos de los cuales consignamos, pero que son numerosos, aparece la necesidad de la creación de comités de ética asistencial.

1. En 1960, el Dr. Belding Scribner consigue realizar diálisis repetidas y debe nombrar un comité para la

selección de los pacientes en Seattle. Quedará sin efecto pues el gobierno resuelve que se incorporen todos los pacientes⁽¹⁰⁾.

2. En 1970, se crea en Massachusetts General Hospital un comité de ética asistencial para los pacientes terminales.

3. En 1973, la Dra. Karen Teel, pediatra, escribe un importante artículo favoreciendo los comités de ética en los hospitales.

4. En 1973, el Tribunal Supremo de New Jersey dictamina en el caso muy conocido de Karen Ann Quilan, con un coma vegetativo prolongado de varios años de duración, que se debe aplicar la resolución de un comité de ética asistencial que recomienda la desconexión, la que finalmente fue apelada, falleciendo de neumonía a los diez años de coma.

El informe “Belmont” ya relatado, y el elevado en la presidencia de J. Carter en 1980 han tenido un papel decisivo en la creación de los comités de ética asistencial⁽¹⁰⁾.

Estos comités, además de proteger los derechos de los pacientes tendrán las siguientes funciones:

- Educativas en relación con los integrantes del propio comité y al personal del hospital.
- Facilitar las decisiones finales en los casos más complejos.
- Crear protocolos de actuación para ser aplicados en los casos

más difíciles de solución. En este caso se tratan de funciones normativas.

- Evaluar el resultado de su gestión, en relación con parámetros variados.

La composición de los mismos será colegiada, multidisciplinaria, deberá evitar la relación directa de dependencia administrativa y llegará a conclusiones por consenso.

Ha sido común su integración por sacerdotes o pastores, filósofos éticistas, usuarios, médicos, enfermeras, abogados, profesores, maestros, etc.

G. Una nueva concepción: Comisión de bioética y calidad integral de la atención de la salud

Desde 1991, en ocasión de trabajar en el CASMU (Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay) nos había preocupado la insatisfacción que relataban tanto los médicos y profesionales de la salud, como los usuarios de los servicios médicos y también el gobierno.

Esto había sido señalado desde las páginas de revistas prestigiosas como el *British Medical Journal*, y era la expresión de un sentimiento generalizado.

Así diríamos en un documento fundacional de la actual Comisión

del Ministerio de Salud Pública: *“La atención de salud está sometida predominantemente a un criterio que supone: acotación a la demanda y a lo curativo; fragmentación en un especialismo confiado en la alta tecnología; institucionalizado a través del hospitalocentrismo; burocratizado, deshumanizado y sin una visión e ideología actualizada y compartida. A ello se han agregado crisis económico-financieras de los efectores públicos y privados y sesgo por la comercialización de la tecnología. Frente a una supuesta indefinición han operado de hecho las recomendaciones internacionales dominantes contribuyendo a un crecimiento sesgado y caótico por los intereses del mercado”*.

La introducción renovadora de la bioética, patrocinada y creada por V. R. Potter, también a nuestro entender, si bien había abierto un foco de reflexión, también se había auto-limitado al quedarse más en lo individual y estaba sufriendo también la fragmentación (habían aparecido los especialistas en ética).

Nos pareció que debíamos tomar el viejo concepto de la relación médico-paciente ahora transformada en médico-paciente-familia-comunidad. De esta manera, era posible, recordando a Laín Entralgo, que había señalado cuatro “momentos”: “intelectual-cognitivo, psicológico-afectivo y ético-religioso, al que seguiría el llamado operativo o terapéutico”, realizar una actualización del mis-

mo, aplicándolo al análisis de esta relación⁽¹¹⁾.

De acuerdo a ello, podemos reconocer tres planos que tendrían la integración en la llamada relación médico-paciente: el plano o dimensión de la bioética, el contenido humano (psicológico-afectivo), y el científico-técnico (intelectual-cognitivo)^(3, 12-15).

Por estos motivos es que consideramos que las comisiones ético-asistenciales siguen fragmentando el problema de fondo y no permiten crear una concepción integradora y que aporte una filosofía que ofrezca a los sistemas actuales en que se organizan los efectores institucionales un contenido esperado.

Esto no quiere decir que no puedan existir comisiones ético-asistenciales, pero seguramente estas serían comisiones ad-hoc, para problemas específicos o de verdadera investigación en un tema.

Aparece también al aceptar esta concepción un concepto diferente para interpretar la calidad de la atención de la salud: ya no va a ser sólo la calidad científico-técnica la única variable para juzgar dicha calidad sino que se le acopla inevitablemente la calidad bioética y la calidad humana.

Para ello, es imprescindible que todos los profesionales conozcan bioética y mantengan una atención especial en el contenido humano de la atención prestada, además del alto contenido científico de la misma.

También nos había llamado la atención las numerosas comisiones que habíamos comprobado que existían cuando se vigilaba la calidad y también la seguridad de la atención de la salud. Entre ellas recordamos: Comisión de Infecciones Hospitalarias, Comisión de Historias Clínicas, Comisión de Evaluación, Comisión de Análisis de Muertes, Comisión de Anatomía Patológica y también de Ética vinculada a Investigación, sin contar las que se relacionan con aspectos económicos.

En realidad, todo este material tendría que constituirse en insumos de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud.

En cuanto a su constitución, deberá ser multidisciplinaria con representación de usuarios. Con independencia en su funcionamiento en relación con la administración.

En abril de 2005 este gobierno instituyó lo que se llama Comisión de Bioética y Calidad Integral de Atención de la Salud⁽⁶⁾.

Debemos señalar que en Uruguay no existe Comisión Nacional de Bioética, estando planteada su creación en el Parlamento desde el año 1995.

En el decreto de creación de nuestra comisión se le da la potestad de funcionar en red en todo el país, lo que es un objetivo.

En cuanto a las funciones, serán normativas, educativas y de supervisión, como en las comisiones de ética asistencial.

La tarea, como se comprenderá, es sumamente difícil pues no existe educación en bioética y tampoco está incorporada la costumbre de reflexionar sobre la calidad y el contenido de la atención que brindamos.

El enfoque realizado sobre la relación médico-paciente actualizada, así como sobre la calidad de la atención significa una nueva filosofía en el abordaje de la salud. A ello, lógicamente, podrán sumarse indicadores para posibilitar la concreción de medidas estadísticas como son, entre otras, accesibilidad, competencia profesional, educación médica continua, eficacia, eficiencia, satisfacción del usuario, índices sanitarios, etc.

Creemos firmemente que abordar un cambio profundo en la coordinación y organización de la salud debe realizarse contemplando tradiciones históricas nacionales, pero también deben aportar una filosofía que le dé al cambio una real trascendencia.

Esta concepción y esta filosofía aportan un contenido imprescindible, en especial cuando observamos la profunda deshumanización y mercantilización en la atención de la salud.

Sabemos que este supone un cambio cultural realizado en una sociedad empobrecida y que ha sido saturada por un pensamiento, que pretendió ser único y que progresivamente va siendo derrotado por un lento despertar de los pueblos de América Latina.

Bibliografía citada

1. **Potter, Van Rensselaer.** Bioética puente, bioética global y bioética profunda. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], diciembre 1998, (7): 21-35.
2. **Spinsanti, Sandro.** Bioética global o la sabiduría para sobrevivir. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], diciembre 1998, (7): 7-19.
3. **Gómez Haedo, Carlos Alberto.** Bioética y calidad de la atención médica. (Conferencia). In: *Congreso Nacional de Medicina Interna* (25: 1996, Noviembre 12-26 Montevideo) 8-13.
4. **Rotondo, Teresa.** Responsabilidad médica. In: Curso de Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. 1996.
5. **Bernard, Jean.** Evolution de la bioéthique. *Med Hyg.* 1990, 48: 336-9.
6. **Berlinguer, Giovanni.** Ética, salud y medicina. Montevideo Nordan, 1994, 128 p.
7. **Beauchamps y Childress.** Citado por Rotondo, Teresa. Responsabilidad médica. In: Curso de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. 1996.
8. **Ferrer, Jorge José.** Los principios de la Bioética. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], diciembre 1998, (7): 37-62.
9. **Hiriart, Celia.** Salud y globalización (Conferencia). In: 81° Aniversario del SMU. Montevideo, SMU, 2001.
10. **Reitch, Warren T. (Ed.)** Encyclopedia of Bioethics. -- New York Mac Millan, 1978.
11. **Laín Entralgo, Pedro.** La relación médico enfermo. Madrid Alianza Universidad, 1983.
12. **Gómez HCA, Bepali Y, Sica, ME, Alejandro K, Dibarboure MD, Angelo I, [et al.].** 1994. Ética y calidad de la atención médica. (Póster). In: Congreso Mundial de Bioética (2º 1994, Buenos Aires)
13. **Gómez Haedo, Carlos Alberto.** El impacto de la bioética y las bases teóricas de la Medicina. *Compendio*, nov. 1994, 17 (5).
14. **Gómez Haedo, Carlos Alberto.** Momento ético. In: 1ra. Jornada de Prevención de la Malpraxis Médica. - Montevideo: SMU, Rosgal.
15. **Gómez Haedo, Carlos Alberto.** Ética y calidad de la atención médica. [Taller] Montevideo CASMU, 29 de julio de 1995.
16. Creación de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de Salud. Resolución de Poder Ejecutivo, Interna N° 68/2005. Ministerio de Salud Pública, 11 de abril de 2005. [Ref. 001-1082/2005]
17. **Shramm, Fermín Roland.** Nuevas tendencias en bioética la bioética global de Van Rensselaer Potter. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1997, (4) 11-25.
18. **Tealdi JC, Mainetti JA.** Los comités hospitalarios de ética. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1990, 108(5-6) : 431-8.
19. **Tealdi, Juan Carlos.** Diez preguntas básicas sobre los comités hospitalarios de ética. *NOTICIAS*, febrero 1992, (55).
20. **Abel, Françesc.** Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. *Labor hospitalaria*, 1993, 25(229)136-46.

***Médico. Presidente de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del MSP**