

¿La hora de los consultores?

Diego Gracia

Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud

El presente número de la revista EIDON presenta dos trabajos sobre el problema de la exclusión social, agravada hoy por la actual crisis económica, así como sobre su incidencia en la salud de la población en general, y en sus capas más desfavorecidas, en particular. Los dos textos ponen de relieve los cambios que están afectando a la sanidad española, especialmente a partir del Real decreto de “Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”, de 20 de abril de 2012. Las cifras que aportan los autores son por demás elocuentes, y las interpretaciones que ofrecen de ellas altamente significativas, aunque opinables. En la sociedad española ha ido generalizándose la idea de que los llamados derechos económicos, sociales y culturales son derechos “naturales”, y por tanto absolutos e inalienables, al modo del viejo iusnaturalismo. En la teoría de los derechos humanos eso dista de ser así. El derecho a la asistencia sanitaria es uno de ellos, y en tanto que tal sólo existe en la medida en que halle positivizado y dentro de los límites que establezca la legislación positiva. Lo que no obsta para que constituya una obligación moral y social buscar soluciones para las personas y los colectivos que tal legislación convierte en excluidos. Es la gran tarea política y moral de toda sociedad. La legislación les priva de algunos derechos, pero de lo que no hay duda es de que con ellos tenemos obligaciones, deberes, tanto individual como colectivamente. Buen ejemplo del rearme moral de nuestras sociedades ante la marginación, la exclusión y la pobreza en cualquiera de sus formas son movimientos no gubernamentales como las ONGs, u organizaciones como Cáritas, de la que se habla ampliamente en uno de los trabajos incluidos en este número. Es este rearme moral de las sociedades el que puede hacer que cambien las legislaciones, evitando las bolsas de exclusión e injusticia. Esperemos que así suceda cuanto antes. En otros casos, como el de la promoción de la calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos, el deber moral de búsqueda de la excelencia difícilmente podrá convertirse en ley. Pero no por eso dejará de ser un imperativo ético irrenunciable. El derecho es siempre un epifenómeno de la moral. Algo que olvidamos con demasiada frecuencia.

También se publica en este número el estudio llevado a cabo por Estebaranz y colaboradores sobre la frecuencia de los conflictos éticos en la práctica asistencial de dos grandes hospitales de la provincia de Málaga. Entre los hallazgos del estudio, hay uno que merece una atenta reflexión. Se trata de que un 14,4% de las decisiones tomadas en las Unidades de Cuidados Intensivos, y un 6% de las que se toman fuera de ellas, plantean problemas éticos a sus médicos responsables, según confesión explícita de estos. Además, un 30,4% de las reclamaciones de los pacientes en esos hospitales están vinculadas a problemas éticos. Otros profesionales, como el personal de enfermería y los responsables de los servicios de atención al paciente, estiman que los problemas éticos se dan con mucha mayor frecuencia, con estimaciones que están

en torno al 50% de los casos. En contraste con estas cifras, el porcentaje de casos o conflictos que llegan a los Comités de Ética Asistencial de ambos hospitales no llega, en el mejor de los casos, al 1%.

Estas cifras obligan a una cierta reflexión. Si los Comités de ética tienen por objeto mejorar la calidad de la asistencia sanitaria ayudando a la gestión correcta de los conflictos de valores, parece claro que están fracasando, al menos parcialmente, en su objetivo. Eso explicaría, por otra parte, el desánimo que existe en muchos de ellos. Durante estos últimos treinta años han ido estableciéndose en la práctica totalidad de los centros sanitarios de España, con unos resultados que son cualquier cosa menos algo despreciable, habida cuenta de que han sido el gran motor del cambio de mentalidad en nuestras instituciones en todo lo relacionado con la gestión de los valores en la toma de decisiones. Pero parecen estar llegando a un tope en su desarrollo. ¿Qué hacer ahora?

Mi opinión es que nos encontramos, en el mejor de los casos, a mitad de camino. Una vez asentados los comités, ha llegado la hora de plantearse la introducción en nuestros centros de la figura del “Consultor en ética clínica”. Hoy puede hacerse porque comenzamos a tener profesionales formados en ética clínica que pueden desempeñar de modo competente esa difícil función. Se trata de aplicar al campo de la ética algo usual en cualquier institución sanitaria, la llamada “interconsulta”, de tal modo que cuando los profesionales identifiquen un problema ético o un conflicto de valores que les plantea dudas en orden a la toma de decisiones, pidan al consultor de ética que se desplace a su servicio, analice la historia clínica, vea al enfermo o a quien corresponda, y ayude al profesional en la resolución del conflicto. La discordancia entre el número de problemas éticos que identifican los profesionales y el de consultas al Comité de ética, demuestra que este último no es el lugar adecuado, o al menos los profesionales no lo perciben así, para llevar a cabo esa función de apoyo a la toma de decisiones o de consultoría ética.

Esto no tiene nada de extraño, sobre todo si se mira lo que ha sido y está siendo el desarrollo de la bioética clínica en otras áreas culturales. En los Estados Unidos, concretamente, en la actualidad más del 81% de los hospitales tienen un servicio de consulta ética (cifra que alcanza el 100% en los hospitales de más de 400 camas, así como en los hospitales federales y en todos los hospitales docentes), en contraste con lo que sucedía en 1981, año en el que esa cifra era inferior al 1%. Las consultas éticas se estiman en unas 15.000 al año. En el 36% de los casos, los consultores son médicos, en el 30%, enfermeras, en el 11%, trabajadores sociales, en el 10%, capellanes, y en el 10%, personal administrativo. La consultoría clínica la realizan pequeños grupos en el 68% de los casos, el Comité de ética al completo en el 23% y existen consultores individuales en el 9%. Como el 95% de los que actúan como consultores se consideran mal preparados para llevar a cabo esa función, la Asociación Norteamericana de Bioética y Humanidades se ha hecho cargo de este problema, elaborando en 1998 un amplio documento titulado *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*, en el que intenta definir los conocimientos y habilidades imprescindibles para actuar como consultor (segunda edición, 2010). De ese documento se han vendido más de 10.000 copias, lo que demuestra el interés actual en el tema. La Asociación Norteamericana de Bioética y Humanidades ha establecido últimamente un programa de certificación de los consultores, aún en fase de implementación, a fin de restringir el título de consultores de ética a las personas debidamente formadas y acreditadas.

Así están las cosas. Mi opinión es que en nuestro medio ha llegado el momento de promover la figura del consultor, que lejos de privar de identidad o protagonismo al Comité de ética, puede dinamizar su función. La consultoría tiene la ventaja de que se ajusta a los cánones de lo que en la práctica hospitalaria se conoce con el nombre de interconsulta, algo perfectamente asumido por todos los profesionales y que está lejos de suscitar los recelos que sí levanta con frecuencia la consulta al Comité de ética. Por otra parte, tiene la agilidad y rapidez en la respuesta a las demandas concretas que le falta al Comité de ética. Este debe actuar como supervisor de las actividades del o de los consultores, y a la vez plantearse objetivos no de corto sino de medio plazo, como pueden ser, además del de supervisión de la consultoría, la elaboración de guías y protocolos y la planificación y promoción de la formación continuada en ética de los miembros de la institución. De este modo, consultoría y comité pueden verse no como rivales sino como complementarios en la búsqueda del objetivo que es común a ambos, la ayuda a los profesionales en la toma de decisiones cuando se presentan conflictos de valor. Algo que aún está lejos de conseguirse en nuestro medio.

Madrid, Diciembre 2014