

Propuesta de Comités de Bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile

Francisco Javier León¹, Jorge Araya², Mónica Niveló³

Resumen:

La bioética puede validarse e institucionalizarse en la APS por medio del comité de ética, entidad encargada de estudiar y ayudar a resolver aquellos casos clínicos que en su evolución puedan contener dilemas éticos, desarrollar protocolos de acción tendientes a estandarizar el enfrentamiento de dilemas éticos frecuentes, e iniciar un proceso de docencia centrada en la actualización continua de los miembros del comité y de todos los integrantes del equipo de salud.

Se detallan los resultados preliminares de una investigación en trece Centros de Salud de Santiago, respecto a la necesidad de formación en ética clínica percibida por los propios profesionales. Una de las conclusiones es, precisamente, la necesidad de implementar comités de ética como espacios de diálogo en los Centros de salud y de comunicación entre la APS y la atención especializada. A partir de esto, se realiza una primera propuesta de organización, funciones y características propias que deberían tener estos comités, diferenciados de los ya existentes en hospitales, a la luz de las experiencias realizadas fuera y dentro de Chile.

Palabras clave

atención primaria, comité ética, calidad atención

¹ Doctor en Filosofía y Letras, Magíster en Bioética. Centro de Bioética, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Mail: gibioetica@vtr.net

² Médico general. CESFAM Juan Antonio Ríos, Independencia; Diplomado en Bioética UC.

³ Médico, Magíster en Salud Pública, Diploma en Bioética. Departamento Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Mail: mnivelo@med.uchile.cl

1.- Introducción: necesidad de los Comités de Bioética en Atención Primaria de la Salud (APS)

Los cambios sociales como el empoderamiento de las personas de su derecho a la autonomía, y epidemiológicos, como la mayor prevalencia de problemas de salud crónicos y mentales que se han producido en Chile en las últimas décadas, han llevado a que el quehacer clínico del médico de familia y del equipo en atención primaria de salud sea hoy más complejo.

Estos cambios a su vez nos plantean un nuevo paradigma, pasar de un modelo biologicista/biomédico a uno biopsicosocial que permita cuidar de la salud de las personas, las familias y las comunidades de manera más integral⁴.

Dar satisfacción a estas nuevas necesidades implica que el médico y los demás integrantes del equipo de salud desarrollen competencias que permitan una atención profesional rigurosa no solo en los conocimientos y técnicas⁵, sino de modo integral, en lo emocional, y sólida en lo ético. El desarrollo de estas habilidades y destrezas posibilita el actuar del médico de familia y el equipo de salud en las diversas tareas de facilitador, habilitador, articulador y educador de la salud⁶.

A su vez, este nuevo modelo de relación médico-paciente (profesional-usuario) más democrático y participativo tiende a plantear problemas éticos cada vez con mayor frecuencia. Lo que, además, es magnificado por el hecho de que la medicina familiar tiene como principio la continuidad y propende a una mayor relación con el individuo y su familia, de modo que se hace preciso tener claridad en los límites de la relación y hacer conscientes los conflictos personales del médico y de los profesionales de salud en general. Estos requerimientos hacen necesarias las instancias de reflexión sobre el trabajo de salud con familias, y sobre el perfil que deben tener los profesionales que les atienden⁷.

Una de las instancias para esta reflexión es el Comité de bioética, o Comités de ética asistencial. Ya existe una amplia experiencia en Chile de su implementación y de sus funciones en el ámbito hospitalario y en el ámbito de la investigación, desde su organización a comienzos de los años noventa⁸, siguiendo los modelos surgidos en otros países⁹, pero adecuándolos a nuestra realidad particular. Se han desarrollado en estos

⁴ Ministerio de Salud. Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. *El Vigía. Boletín de vigilancia en salud pública de Chile*; Edición especial, 2002; 5 (15).

⁵ Pantoja T, Strain H, Valenzuela L. Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación crítica. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1282-1290.

⁶ Altisent R, Brotons C, González R, Serrat D, Júdez J, Gracia D. Ética de la actividad preventiva en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 740-750.

⁷ Román O, Pineda S, Señoret M. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Rev Méd Chile*, 2007; 135: 1209-1215.

⁸ Kottow M, Sánchez W. *Comisiones y comités de ética médica*. Santiago: CIEB y CINBIO, Univ. de Chile; 1994. Kottow M. *Temática y funcionamiento de los comités institucionales de ética médica/bioética*. Santiago: CINBIO Univ. de Chile y Ministerio de Salud; 1995.

⁹ Sarabia J, Reyes M (Eds.) *Comités de ética asistencial*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000. Ferrer JJ, Martínez JL (Coord.) *Comités de Bioética*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2003. Ribas S. *Comités de Ética Asistencial en Estados Unidos. Revisión bibliográfica. Healthcare Ethics Committees*. Madrid: Institut Borja de Bioètica y Fundació Mapfre Medicina; 2003.

últimos años y, a pesar de múltiples dificultades, interrupciones en su acción, y mayor o menor incidencia en su propia institución, han constituido un espacio de diálogo sobre valores éticos al interior de los hospitales¹⁰, y su aporte puede seguir siendo importante en el resguardo de los derechos de los pacientes¹¹ y en el desarrollo de una ética institucional¹². Por otro lado, las instituciones acreditadoras de salud han explicitado la necesidad de estas instancias y así el Departamento de Calidad y Seguridad del paciente, del Ministerio de Salud de Chile, en su Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales, establece el Estándar de Respeto a la Dignidad del Paciente como un punto primordial en las instituciones de salud¹³.

Una muestra de la necesidad de estos espacios en la APS es la existencia de algunos pocos comités, que han comenzado lentamente sus actividades. Aún son muy escasos y en distintas etapas de formación y funcionamiento¹⁴. Establecer un catastro de esta realidad, fomentarla y evaluar la necesidad de formación de los profesionales en bioética es una tarea a emprender por los diversos actores, tanto académicos como planificadores y ejecutores de la salud.

2.- Dilemas éticos en APS y necesidad de formación en bioética. Resultados de una investigación en Santiago¹⁵.

Mostraremos aquí solamente los resultados sobre la necesidad de formación en ética clínica, de una investigación cualitativa realizada en trece centros de salud de tres comunas de Santiago, La Pintana, Peñalolén e Independencia, con entrevistas a 86 profesionales, que trabajan en APS¹⁶. La investigación, aún en curso, aborda especialmente el tipo de problemas éticos que tienen los profesionales, pero de modo secundario se obtuvieron datos de su formación y modo de afrontar las decisiones más difíciles. Las entrevistas se realizaron entre enero y marzo del 2008, y los talleres de formación propuestos después como intervención dentro de la investigación, se llevaron a cabo parcialmente durante el año 2009. Todavía está realizándose una

¹⁰ León FJ (Coord.) *Comités de Bioética. Libro de Actas IX Jornada nacional de Bioética*. Santiago: Sociedad Chilena de Bioética; 2009.

¹¹ Bordini C, Fracapani M, Giannaccari L, Bochatey A. *Bioética. Experiencia transdisciplinar desde un Comité Hospitalario Latinoamericano*. Mendoza, Argentina: Univ Nacional Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas; 1994.

¹² Simon P (Ed.) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005.

10.- García Marzá D (Dir.) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I; 2005.

¹³ Departamento de Calidad y Seguridad del paciente, Subsecretaría de Redes Asistenciales. *Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2007.

¹⁴ Arratia A. CEA en Atención primaria: una contribución desde Enfermería. En: Francisco J. León (Coord.) *Ob.cit.*: 153-155.

¹⁵ León FJ. Investigación sobre dilemas éticos en centros de salud. Bases para los Comités de ética en atención primaria. León FJ (Coord.) *Ob.cit.*: 20-28.

¹⁶ Investigación realizada con el apoyo del SEREMI Metropolitano. Coordinador: Prof. Dr. Francisco Javier León Correa. Investigadores: Dra. Alejandrina Arratia Figueroa, Dr. Raúl Muñoz Lemaitre, Dra. M^a Eugenia Rapimán, E.U. María Silvia Campos, E.U. Elisa Aguayo.

segunda fase de esta investigación, con devolución a los profesionales de los resultados.

El objetivo general era conocer la percepción que tienen los profesionales de los Centros de Salud investigados acerca de los dilemas éticos más frecuentes en su trabajo profesional. Queríamos delimitar los dilemas éticos que se dan con más frecuencia en la relación con los pacientes, en las relaciones entre los colegas y otros profesionales del equipo de salud, y los debidos a los recursos y sistema institucional. También esperábamos comprobar si existe o no algún modo organizado de tratar y resolver estos problemas en el equipo de salud, y comenzar una elaboración de contenidos de un curso taller de bioética para APS. Se realizaron en total 86 entrevistas semiestructuradas, 43 en la comuna de la Pintana, 36 en Peñalolén y 7 en Independencia, a médicos, enfermeras, matronas, odontólogos, kinesiólogos, psicólogos, y asistentes sociales. Criterios de inclusión: Profesionales de los ámbitos descritos que llevaran al menos un año trabajando en el Centro de Salud.

2.1.- Análisis de resultados: datos de los profesionales entrevistados

El número de años que llevan ejerciendo su profesión es un poco mayor en La Pintana (13,7) que en Peñalolén (10,1), pero sin embargo son más similares las medias de **años en que están trabajando en el mismo Centro de Salud**: 5,2 en la Pintana y 4,9 en Peñalolén. En general son profesionales con más experiencia y la permanencia en el Centro de Salud es más larga. Algún dato que se sale de la media corresponde a Centros de Salud de nueva creación. Los datos de Independencia son diferentes por tratarse de un Centro de Salud nuevo: la media de años de ejercicio profesional es de 3,5, y la media de tiempo trabajando en el Centro de Salud es de un año, que es el tiempo de su creación. Destaca sin embargo, que son profesionales bastante jóvenes los encargados de este nuevo Centro.

En general, son **profesionales muy jóvenes en su mayor parte**, que están en su primer o segundo trabajo.

Si hacemos el **análisis por profesiones**, vemos que las que tienen más experiencia profesional son las enfermeras (media de 16,3 años de ejercicio), seguidas por las matronas (12,5) y los nutricionistas (12,2). Sólo después aparecen los médicos con 11 años de ejercicio de media, y con menos de diez años los demás profesionales, cuyo desarrollo y actividad en los Centros de Salud ha sido más reciente: odontólogos, kinesiólogos, asistentes sociales y finalmente, psicólogos.

Formación de postgrado superficial de los profesionales con más años. Han realizado algún tipo de diploma o formación de postgrado solamente el 32,5% de los profesionales en total: 5 de los 15 médicos; 10 de las 16 enfermeras; 5 de las 14 matronas; y 2 psicólogos, odontólogos, asistentes sociales y nutricionistas. Es lógico que no tengan aún formación de postgrado los profesionales más jóvenes, pero es llamativo los pocos diplomas o cursos realizados por profesionales con más experiencia. Las enfermeras son las que han recibido más capacitación, con un 62,5%, las matronas con algún diploma son el 35,7%, y los médicos el 33%.

Formación en Bioética alejada de los problemas de AP. Del análisis de las entrevistas se deduce que sí han tenido algunos estudios de bioética o de ética profesional en el pregrado la mayoría de los profesionales más jóvenes, al contrario que los de más edad. Sin embargo, en casi todos los casos, la formación recibida estaba muy alejada de los problemas reales que después han enfrentado en los Centros de Salud y

así lo manifiestan. En los programas de las diferentes carreras han tenido algún curso de Bioética o Ética clínica, sobre los problemas más generales debatidos a nivel social – aborto, eutanasia, clonación, etc.- y sobre algunos problemas ético-clínicos, muy centrados en la toma de decisiones con pacientes críticos, en el inicio de la vida o en el final de la vida. No han estudiado los temas o casos clínicos más frecuentes en la atención ordinaria de los pacientes en APS.

2.2.- Principales dilemas éticos observados por los profesionales:

Por parte de los usuarios:

- muy demandantes de atención,
- solicitan poca información; más bien pasivos.
- dificultades por el bajo nivel educacional, más que por los recursos económicos.
- falta de red de apoyo familiar, especialmente en los adultos mayores.
- problemas intrafamiliares, sociales, culturales, según sectores, que inciden en salud.

Por parte de los mismos profesionales:

- sentido vocacional en la mayoría, frente a pasividad o actitudes negativas en algunos.
- con actitud abierta hacia los pacientes en la mayoría, frente a posturas a la defensiva en algunos casos
- valoran educación en salud: talleres, iniciativas
- valoración general positiva de los derechos de los pacientes
- valoración general positiva del proceso de información a los usuarios, pero muy poca implementación del consentimiento informado

En la relación entre los profesionales:

- sentido de equipo de salud, pero han recibido una formación en atención individual
- valoración de la atención integral del paciente y familia
- dificultades: falta de tiempo y organización, consultas informales
- dificultades: falta de cohesión y continuidad en los equipos
- dificultades: relaciones médico-resto del equipo de salud.

Cuestiones institucionales:

- faltan recursos humanos, más que económicos o materiales
- se les exige el cumplimiento de los objetivos, pero puede faltar humanización de la atención
- poca valoración de la confidencialidad: fichas clínicas, informatización
- buena relación en general entre dirección y profesionales
- muy poca relación entre la APS y la atención hospitalaria, faltan canales de comunicación
- dificultades añadidas por masificación de la atención especializada
- sí valoran las metas de mejora de la APS definidas en las políticas de salud

Entre las principales propuestas surgidas de los propios profesionales está el deseo de poder tener espacios de diálogo de estos dilemas éticos dentro de la organización de su trabajo, con cierta periodicidad, y la posible constitución de comités

de ética que pudieran cumplir esta función, y también servir de nexo con los comités de ética asistencial de la atención especializada.

3.- Comités de bioética en atención primaria de salud: ¿una verdadera necesidad?

La puerta de entrada a la red de salud en Chile está radicada en el nivel primario de salud y, en algunos casos, en los servicios de urgencia, que funcionan como entrada a la hospitalización en nuestro actual sistema de servicios de salud. Es por esta condición de puerta de entrada a la red que los dilemas o conflictos que se generan a nivel de la APS repercuten directamente en los niveles superiores, pudiendo generar pérdida de confianza en los prestadores y finalmente redundar en una relación prestador-usuario de menos calidad.

El comité de bioética está llamado a ser una instancia de reflexión de los miembros del equipo de salud de atención primaria, que ayude en la toma de conciencia de la trascendencia de su labor técnica y profesional para con los usuarios, y a humanizar el acto sanitario en general, dentro del contexto del modelo de atención en salud familiar¹⁷. Su misión debe estar dirigida a la persona como fin último, esto es, usuarios y también prestadores¹⁸. Su objetivo debe centrarse en dar las herramientas necesarias a prestadores y usuarios para tomar sus propias decisiones dentro del marco teórico que regula su accionar, y para entregar orientaciones respecto de las diferencias de criterios que pudieran existir desde la perspectiva bioética. No debe crearse exclusivamente para dar respuestas a las dudas que pudieran tener un trasfondo de dilema ético, pues ello no implicaría un crecimiento de quienes trabajan en atención primaria sino más bien una suerte de comité resolutorio, que podría llegar en el peor de los casos a constituirse en una especie de tribunal encargado de juzgar el accionar de los miembros del equipo de salud. Tampoco debe pensarse como una entidad creada para resolver dudas técnicas o para definir criterios respecto del manejo de las diversas patologías que pudieran llegar a la atención primaria de salud, pues dicha misión recae en los encargados técnicos de cada programa, quienes deben establecer criterios de solución de dichas dudas, además de la oportuna socialización de las guías clínicas de cada patología que estén disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud.

Es indispensable que los miembros del comité se mantengan actualizados en cuanto a conocimientos teóricos se refiere, pues de este modo entregarán más y mejores herramientas para ayudar a los equipos en su misión de humanizar el acto médico. También es imprescindible la observación e intercambio de experiencias con comités de otros centros de salud, para así aprender de quienes lleven más tiempo trabajando en el tema, no para copiar resoluciones de fondo, sino más bien para aprender la forma, para compartir realidades y adaptar metodologías de trabajo al entorno en el cual cada comité se desenvuelve. Además sería recomendable mantener contacto con algunas entidades, de preferencia universitarias, que permitan estar al día en la formación académica.

Es importante por lo demás dejar en claro que el accionar de los comités de ética asistencial en atención primaria es diferente al esperable en centros del nivel secundario (hospitales, consultorios adosados de especialidades y centros de diagnóstico y

¹⁷ *Salud en Chile: una mirada a los desafíos*. X Congreso de Medicina Familiar, 16-17 octubre 2008. Disponible en internet: <http://www.medicinafamiliar.cl/> (Citado 14 marzo 2010)

¹⁸ Ministerio de Salud Chile. Norma general técnica exenta n° 134, del 11 de febrero de 1994, que fija las atribuciones de los Comités de Ética en los Hospitales de tipo 1 y 2.

tratamiento)¹⁹, más allá de las evidentes diferencias técnicas existentes, que hacen que la posibilidad de algún evento de mayor gravedad sea más factible en el nivel secundario, dado que en estos últimos los usuarios están, por decirlo de algún modo, de paso. Las acciones del hospital están circunscritas al período en que el paciente está internado, y las de los CAE y CDT a las consultas necesarias para aclarar el cuadro puntual por el cual el usuario fue derivado desde la atención primaria; pero es ésta quien mantiene el manejo del paciente en el largo plazo, y por tanto, es vital mantener un vínculo de confianza mutua que permita al usuario, pese a los problemas y conflictos que pudiera enfrentar, seguir atendiéndose sin el temor de estar en un entorno hostil a sus requerimientos. Las resoluciones que pudiera tomar un comité de bioética en atención secundaria son limitadas en tiempo y diagnóstico, las que puede tomar un comité de bioética de atención primaria pueden condicionar el vínculo del usuario con el prestador a largo plazo.

3.1.- Conformación de un comité de bioética en atención primaria

Se ha tendido a considerar que las disyuntivas bioéticas están circunscritas sólo al quehacer del médico, dejando un poco de lado al resto de las profesiones por el hecho de no tener la responsabilidad de las decisiones médicas desde el punto de vista legal; pero el solo hecho de interactuar con los pacientes hace que cualquier profesional de la salud esté expuesto a enfrentar algún conflicto de principios bioéticos, y por eso se entiende que la composición de los comités debe ser siempre interdisciplinar²⁰. También tenemos experiencias en un CESFAM de casos presentados para su revisión por el Comité, por parte de trabajadores no profesionales como los técnicos paramédicos y funcionarios, obviamente con ayuda de un profesional.

Hoy en día, gracias a la puesta en marcha del modelo de salud familiar en la atención primaria, todos los miembros del equipo tienen nuevas y mayores responsabilidades con los usuarios. Es frecuente que la mayoría de las visitas domiciliarias sean efectuadas por enfermeras y asistentes sociales, y es en este medio externo, alejado del centro de salud, en el cual es más fácil encontrar problemas que requieran de la evaluación de un comité de ética asistencial, donde la concurrencia de los profesionales no médicos se hace imprescindible. Por otro lado no debemos olvidar que el médico no conoce a cabalidad el accionar de los otros profesionales, por ende no tiene todas las herramientas necesarias para evaluar y decidir acerca de las disyuntivas que se pueden presentar en la práctica profesional del resto de los miembros del equipo, principalmente desde el punto de vista de los límites de acción de cada profesión respecto de la suya. Finalmente, el hecho de ser comités interdisciplinarios permitirá tener una visión más amplia de los casos, desde una perspectiva diferente a la meramente biomédica, lo que redundará en una respuesta más holística a cada inquietud, y por ende en una mayor calidad del producto final.

La presencia hoy en día de psicólogos y asistentes sociales en el quehacer diario de la atención primaria y su participación en los comités de bioética puede convertirse en un aporte inapreciable desde la perspectiva de las ciencias sociales al desempeño del

¹⁹ Se ha señalado el mismo problema en España: Simón P. Las relaciones de la organización Insalud y sus instituciones con sus Comités Asistenciales de Ética. En: Sarabia J, Reyes M (Eds.) *Ob.cit.*: 70-73.

También, Bellver V. *Ob.cit.*: 120.

²⁰ Ferrer JJ. Historia y fundamentos de los comités de ética. En: Ferrer JJ, Martínez JL (Ed.) *ob.cit.*: 41.

comité, y pueden servir como un nexo más efectivo con la comunidad, dado su mayor conocimiento e interacción con las redes sociales en que se encuentra inmerso el centro de salud. Inclusive algunas publicaciones sugieren la conveniencia de que en los comités de ética asistencial participe a lo menos un profesional del área del derecho²¹ y una o dos personas ajenas a la institución, no ligadas a profesiones del área de la salud y que tengan interés en asuntos bioéticos²². Estos miembros facilitarían la labor del comité de bioética en orden a ayudar a identificar las variables legales de los casos a evaluar, y permitirían fortalecer más aún el nexo con la comunidad, en la medida de permitir la integración de la visión de los usuarios a las actividades del comité. Sin embargo es importante ser cuidadoso con la incorporación de miembros de la comunidad, dado el riesgo de ser utilizado como plataforma para fines políticos o de mera vía paralela para hacer llegar reclamos al centro de salud²³. Para ello es imprescindible que conste en el reglamento el compromiso del comité y de todos los miembros de limitar su actuación al campo de la ética asistencial.

3.2.- Puesta en marcha y propuesta de metodología de trabajo de un comité de bioética en atención primaria

Debemos establecer muy bien los límites de dicho comité, su misión y visión: es sabido que las instituciones de dependencia pública tienden a tener muchos grupos que entelencen el accionar, ya sea por duplicidad de funciones, o por simple burocracia. Sería extremadamente fácil formar un comité de bioética que se dedicara exclusivamente a evaluar casos ex post, lo que terminaría transformándolo en una oficina de auditorías técnicas o clínicas, con lo cual podríamos establecer criterios de enfrentamiento bioético de ciertos casos luego de que ya se hubieran presentado dichos dilemas; el problema radica en que, en la medida que no se presente alguna situación, no se sancionaría el modo adecuado de enfrentarla sino hasta que ocurriera. Por otro lado, si el comité queda supeditado sólo a situaciones que generan conflicto, ya sea al paciente o a los usuarios, corremos el riesgo que dicho comité se transforme en un apéndice de la oficina de reclamos, constituyéndose en una suerte de tribunal de mediación de conflictos entre prestadores y usuarios. Es por ello que es altamente recomendable que, una vez constituido el comité, su primera misión sea dejar establecidos por escrito los alcances de su labor, sus inclusiones y exclusiones, para evitar malos entendidos en su futuro accionar²⁴.

¿Cómo constituir el comité? Lo primero es capacitar a profesionales, personal técnico y administrativo, en los principios básicos de la bioética por medio de alguna institución universitaria reconocida y con experiencia en el tema para así tener una base teórica sólida instaurada en el centro de salud. Dicha capacitación servirá como puerta de entrada de la bioética como disciplina práctica entre los miembros del equipo, permitirá comprender e internalizar la utilidad de la bioética en el desarrollo de la práctica clínica de atención primaria como una herramienta para ayudar en el proceso de humanización de la medicina, y eventualmente puede servir como ejercicio motivador

²¹ Lamata F et al., *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1998.

²² *Creación de Comités de Bioética*. Guía nº 1. París: UNESCO; 2005: 40-41.

²³ Bellver V. *Ob.cit.*: 143-145.

²⁴ *Creación de Comités de Bioética*. *Ob.cit.*: 37-39.

para descubrir o generar, dentro de los profesionales, eventuales impulsores y líderes del comité a formar.

Si bien es cierto ya vimos la importancia de que el comité no se dedique exclusivamente a evaluar y discutir casos presentados por el equipo de salud por lo eventualmente limitado de dicha casuística, es una buena idea partir con estos para consolidarse dentro del centro y para desarrollar una metodología de trabajo que permita ir avanzando en las etapas necesarias para cumplir a cabalidad su misión²⁵. No es infrecuente dentro del quehacer de los equipos de salud considerar que ciertas intervenciones no tienen otro objetivo que el de cumplir requerimientos generados por el ministerio de salud, y que en el fondo no inciden en la calidad o cantidad de prestaciones que se otorgan a los usuarios. Dado el hecho que la bioética se enmarca más bien dentro del ámbito de las ciencias sociales (por su raigambre en la ética y la filosofía) es que se corre el riesgo que los funcionarios consideren la existencia del comité como otro requerimiento ministerial más. En la medida que el comité logre aportar un producto de calidad al equipo de salud, y que sus conclusiones sean aplicables y efectivamente den mayores luces en la solución de los dilemas bioéticos, logrará la consolidación necesaria y la validación dentro del centro de salud. Una vez haya demostrado esta utilidad en el quehacer diario, podrá abocarse a sus otras funciones.

Para esta parte del trabajo existen varios modelos o pautas que han sistematizado la recolección de información, la identificación del o de los dilemas bioéticos presentes en cada caso, la evaluación de las diversas alternativas de acción y sus resultados, la resolución final del problema y la puesta en práctica de la solución planteada²⁶. El comité deberá decidir si se queda con un modelo de análisis o si se decide a trabajar con más de uno²⁷, para luego empezar a aplicarlo en la práctica diaria a los casos que se planteen para su análisis²⁸.

Lo fundamental, como ha señalado Diego Gracia, es que se realice una buena deliberación moral, que es el centro del trabajo del comité²⁹. Una vez terminado el análisis del caso se intentará llegar a un consenso respecto de las conclusiones pertinentes, se definirán las sugerencias de acciones a seguir o las herramientas que se dará a quien corresponda para resolver acerca de la materia consultada, y dicho producto deberá ser entregado por escrito y presentado a quien haya solicitado el apoyo del comité, tratando de aclarar cualquier duda de forma o de fondo que hubiera quedado. Es recomendable que el comité guarde copia, sea esta física o electrónica, de

²⁵ Anguita V. *La presentación de casos clínicos al Comité de Ética Hospitalaria*. Santiago: Documentos Centro de Ética Univ. Alberto Hurtado. Disponible en:

http://etica.uahurtado.cl/documentos/comite_hospitalario.pdf (Citado 28 de abril 2010)

²⁶ Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema, Madrid, 1991/2008.

Gracia D. *Bioética Clínica*. Ed. El Búho. Bogotá. 1998. Ferrer JJ. *Deber y deliberación, una invitación a la bioética*. Mayaguez, Puerto Rico: CePA, UPR-RUM.; 2007.

Montero F; Morlans M, Abel F. *Para deliberar en los comités de ética*. Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2009.

²⁷ Tarasco M. *Comités Hospitalarios de Bioética*. México DF: Manual Moderno; 2007. Desarrolla los modelos deliberativos más utilizados, con las visiones desde el principialismo y desde el personalismo.

²⁸ Aguirrezabal F, Mundt E, Silva L. *Método para la valoración moral del acto médico*. Valparaiso: Comité de Ética de la Escuela de Medicina, Universidad de Valparaiso; 1999.

²⁹ Gracia D. Teoría y práctica de los comités de ética. En: Ferrer JJ, Martínez JL (Ed.) *Ob.cit.*: 59-70.

todos los documentos que contengan el análisis y las resoluciones que tome para tener un respaldo formal, y el soporte bibliográfico que haga posible la generación de una casuística que ayude en el proceso de creación de protocolos de acción, toda vez que sea igualmente necesario el material de consulta que sienta las bases para apoyar dichos análisis, resoluciones y protocolos.

Es importante que el comité sea capaz de diferenciar aquellos casos que son de competencia netamente bioética de aquellos que revistan alguna connotación legal; de ser así, y de no contar el comité con algún miembro con estudios formales en el área del derecho, deben generarse mecanismos internos de derivación del caso a la dirección del centro de salud para determinar la necesidad de hacer alguna auditoría técnica, investigación sumaria, sumario administrativo o inicio de causa legal, sin perjuicio que el comité pueda seguir evaluando la dimensión bioética del caso para aportar desde su perspectiva a la solución más integral posible del evento planteado. Del mismo modo ha de ser capaz de detectar problemas de carácter técnico, para coordinar con el encargado del programa pertinente la solución de dichos problemas y la implementación de medidas tendientes a evitar su perpetuación en el tiempo. El comité de bioética ha de centrarse solamente en su ámbito de acción exclusivo, de modo tal de no sobrepasar los límites existentes con los aspectos técnicos y legales, y así poder ejercer su acción sin interferir ni comprometer la de los otros actores del centro de salud, y ser un verdadero aporte al trabajo de atención primaria.

El paso siguiente es generar protocolos de enfrentamiento de dilemas bioéticos. Es importante ser bastante estricto respecto de la necesidad de que la decisión de los temas a protocolizar esté definido por medio de algún instrumento de evaluación dentro del centro, para que los miembros del comité no tengan el riesgo de caer en la tentación de dedicarse a discutir temas que, pudiendo ser más trascendentales, no sean de utilidad en la práctica cotidiana. Dicho instrumento debería ser aplicado a todo el personal de salud, y sus resultados servir de base para decidir qué temas analizar para poder así evacuar protocolos útiles en el quehacer diario. Probablemente lo más recomendable para empezar sea hacer una encuesta cerrada, de modo tal que el comité sea el encargado de plantear las alternativas de temas a desarrollar, usando como base la tendencia mostrada por la casuística obtenida en la primera etapa. Si bien es cierto una encuesta abierta da mucho mayor libertad para que los miembros del equipo de salud planteen sus reales inquietudes respecto de los temas a desarrollar, también no es menos cierto que se corre el riesgo de generar una dispersión tal de temas que impida decidir por cuál empezar. Una vez elegido el o los temas, y basados en la información que aporta la casuística del centro de salud y la bibliografía actualizada disponible respecto del tema elegido, se procederá a estudiar la información y evacuar un protocolo que sirva de guía a la temática planteada. El objetivo de esta guía es que los miembros del equipo de salud cuenten con un instrumento de consulta que les permita fundamentar su decisión respecto del caso que les corresponda, servir de documento de consulta para el mismo comité, y convertirse en sí misma en bibliografía local que puede ser utilizada como medio de difusión o docencia de los temas tratados. Cabe recordar que estamos hablando de una guía para quien lo necesite en su práctica clínica diaria, y no de un texto que obligue a seguir una sola conducta; mal que mal quien conoce el caso que suscitó esa duda debería ser capaz de utilizar esta u otras herramientas vigentes para así obtener el resultado deseado, que no es otro que el mejoramiento de la calidad de la atención primaria de salud.

Una vez adquirida la experiencia necesaria, gracias al estudio de la casuística interna y al trabajo de desarrollo y socialización de protocolos de acción frente a dilemas bioéticos, el comité estará en condiciones de incursionar en la docencia. La labor docente del comité estará abocada entonces a procurar que sus miembros se mantengan actualizados en las materias atinentes a las funciones del comité, y a difundir el conocimiento de la bioética como disciplina práctica entre los miembros del equipo de salud, que son quienes viven día tras día estos dilemas. Tal como es importante el uso de algún instrumento para definir las áreas en que es necesaria la existencia de protocolos, del mismo modo el uso de alguna encuesta permitiría explorar aquellas áreas que generan interés o inquietud dentro del centro de salud para ser usadas como temas de docencia³⁰, toda vez que ya estén sentadas las bases bioéticas por medio de la capacitación inicial. Del mismo modo el comité puede utilizar algunos casos clínicos en reuniones generales para dar pie al debate de ciertos temas de aparición frecuente en la práctica clínica diaria. También es recomendable la socialización de los protocolos en reuniones generales para dar a conocer la labor del comité, y que inclusive podría permitir enriquecer estos textos, pensando en que el aporte de la discusión de dichos protocolos por la audiencia pueda ser integrado al texto final.

Conclusiones

El modelo de atención primaria de salud se encuentra en una etapa de cambio que busca, manteniendo el nivel técnico de sus profesionales, ampliar el horizonte del enfrentamiento de los usuarios, desde el clásico modelo biomédico centrado en la enfermedad, a uno más integrativo de todas las cualidades de los individuos y sus familias, conocido como modelo biopsicosocial. En este modelo, la bioética está llamada a hacer un aporte imprescindible para mejorar la calidad de la atención de salud y humanizar el acto médico, desde el análisis de las disyuntivas bioéticas que se manifiestan en la práctica diaria de cualquiera de los profesionales y técnicos que trabajan en los centros de salud familiar.

La bioética puede validarse e institucionalizarse en la atención primaria de salud por medio del comité de ética, una entidad encargada de estudiar y ayudar a resolver aquellos casos clínicos que en su evolución puedan contener dilemas éticos, desarrollar protocolos de acción tendientes a estandarizar el enfrentamiento de dilemas éticos frecuentes en la atención primaria, e iniciar un proceso de docencia centrada en la actualización continua de los miembros del comité y en la difusión de los conceptos generales de la bioética en la práctica profesional diaria de todos los miembros del equipo de salud.

La existencia de comités de ética asistencial en los centros de salud familiar de atención primaria facilita y sistematiza el proceso de análisis de calidad de la atención al público desde la perspectiva de una disciplina que, desde las ciencias sociales, nos muestra que ante todo estamos trabajando para y por personas, y no solamente para cumplir indicadores emanados del ministerio o para mejorar tal o cual enfermedad. Nos permite recordar que nuestro fin último es el bienestar de las personas, su calidad de

³⁰ Abizanda, R. , García-Marzá, D. La experiencia docente de un Comité de Bioética Asistencial. *Revista de Bioética y Derecho*, Barcelona, 2007, 11: 11.

vida; y dicha calidad de vida no pasa sólo por reparar procesos fisiológicos alterados sino también por respetar aquellos principios que nos diferencian del resto de los animales. En la medida que somos capaces de incorporar esta idea en nuestro quehacer profesional estamos entregando una mejor atención a las personas que depositan su confianza en nosotros, y ello también nos hace mejores personas.