

OBJETIVO 38

ABORDAR SALUD Y ÉTICA

En el año 2000 todos los Estados Miembros deberían disponer de mecanismos para fortalecer las consideraciones éticas en las decisiones relacionadas con la salud de los individuos, grupos y poblaciones.

Octavi Quintana

Responsable Relaciones Internacionales. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Madrid

1. INTRODUCCIÓN

La bioética ha experimentado un auge enorme en los últimos años en todos los países desarrollados debido a los grandes cambios producidos en la atención a la salud, sin duda los mayores que se han producido en los más de 3.000 años de historia de la medicina. La ética trata de valores y aporta una metodología para abordar los conflictos de valores, muy frecuentes en las decisiones que se toman en sanidad. Estas decisiones se agrupan en 4 categorías:

- Las decisiones de política sanitaria. Se refieren a los límites de los derechos de los pacientes y de asignación de recursos en salud. Los límites a los derechos de los pacientes se plantean cuando suponen una amenaza para los demás, sea por enfermedades infecciosas o psiquiátricas. Por otra parte, hay una gran discusión sobre la legitimidad de obligar a abandonar o penalizar ciertos estilos de vida perniciosos para la salud.
- Las decisiones sobre la asignación y priorización de recursos limitados entre distintos servicios de salud y la competencia por el presupuesto entre distintos sectores del gasto público. Este conflicto no dejará de agudizarse en los próximos años por el gran desarrollo de las tecnologías médicas y el enorme aumento de la demanda de servicios sanitarios por parte de la población.
- Las decisiones en la relación paciente profesional. Estas han cambiado radicalmente porque el paciente debe poder participar en las decisiones que le atañen. Ello obliga a que el profesional informe adecuadamente al paciente y a que sus preferencias sean consideradas como fundamentales en las decisiones clínicas.
- Las decisiones sobre las nuevas tecnologías en biología y medicina. Estas provocan cambios culturales profundos porque tienen que ver con valores muy arraigados en nuestra sociedad. Sirvan los ejemplos de la reproducción artificial que pone en cuestión los conceptos tradicionales de padre, madre e hijo; o el de la genética, que abre un interrogante sobre los de identidad e integridad del individuo.

La bioética ha tenido un desarrollo importante en los últimos 10 años en España. La enseñanza de medicina y enfermería la han incorporado en sus currícula con distintas modalidades pero de forma generalizada.

La bioética se ha traducido también en legislación, ya sea básica —como determinados artículos de la Ley General de Sanidad— o más específica, como la Ley de Reproducción Asistida, la de Uso de Tejidos Embrionarios y Fetales, la de Trasplantes; o bien desarrollada en normas de rango inferior como el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. No se trata de normas de bioética sino que en ellas se normativizan los cambios antes señalados de autonomía, justicia, equidad y atención a las nuevas tecnologías. Hay que señalar que España acaba de ratificar el convenio sobre los derechos humanos en relación con la biomedicina que entrará en vigor el próximo 1 de enero.

Los medios especializados y los de información general han recogido los debates sobre los conflictos originados por los cambios en sanidad y a los conflictos de valores. Buena prueba de ello son los debates sobre la eutanasia, o sobre la oveja Dolly, que más que una entidad biológica es un icono cultural. El debate sobre esta oveja es un reflejo de los temores que la ciencia y su poder provocan en parte del público y su preocupación acerca del futuro del hombre en la era biotecnológica. La discusión que provocó el llamado “medicamentazo” es una muestra de que los conflictos de valores han dejado de ser

cuestiones exóticas, como algunas tecnologías de futuro —o lo relativo al principio y al final de la vida— para convertirse en asuntos cotidianos que afectan a todas las decisiones que se toman en sanidad.

La medicina ha hecho un esfuerzo notable por racionalizar la toma de decisiones y la MBE es, sin duda, la iniciativa más significativa. Sin embargo, la MBE da las bases para la toma de decisiones pero no establece los juicios que normalmente realizan los clínicos en función de su sistema de valores, y por esa razón no son objetivos y deben estar sometidos a un pensamiento crítico. En muchas ocasiones los valores a tener en cuenta son los del paciente y no los del clínico o, por lo menos, lo prudente es establecer una negociación entre ambos antes de tomar una decisión. Estas consideraciones van abriéndose paso en el ejercicio de la medicina y así se reflejan en las distintas prácticas y en los debates en el seno de la profesión.

La bioética, como corresponde a una etapa de relativa madurez, está en período de institucionalización. Las instituciones que tratan las cuestiones éticas son los comités éticos de ensayos clínicos, los comités asistenciales de ética y los comités nacionales.

2. COMITÉS ÉTICOS DE ENSAYOS CLÍNICOS

Son comités que existen en la mayoría de los grandes hospitales de España (alrededor de 100) y que revisan todos los ensayos clínicos que se realizan en los hospitales. Son los comités con mayor solera, los mejor aceptados y con una metodología establecida. Sus funciones principales son las de garantizar que los sujetos de investigación, ya sean pacientes o individuos sanos, gozan de la debida protección. La Ley del Medicamento exige la aprobación del comité para que se pueda iniciar un ensayo clínico. En realidad estos comités deben examinar cualquier proyecto de investigación con seres humanos aunque no sean formalmente ensayos clínicos. No obstante, así como en éstos los requisitos exigibles están regulados, en otros estudios los requisitos precisan estar mejor explicitados, como sucede en los estudios epidemiológicos. Son comités bien establecidos y con un buen nivel científico.

3. COMITÉS ASISTENCIALES DE ÉTICA

A diferencia de los CEEC que entienden de proyectos de investigación, estos comités abordan problemas asistenciales, ya sean casos concretos, ya sean protocolos de asistencia. Son mucho más recientes y su función es sobre todo educativa y difusora de la metodología apropiada para abordar los conflictos de valores que se presentan en la práctica asistencial. El INSALUD ha establecido una normativa interna que especifica claramente la composición y funcionamiento de estos comités y los demás requisitos para ser acreditados antes de ponerse en marcha. Un rasgo destacable de esta normativa es que se requiere que, por lo menos, uno de los miembros tenga una formación suficiente en bioética con el objetivo de que sirva de formación de los demás miembros del comité. Para ser coherente con este requisito, el INSALUD financia desde hace años la formación reglada de aquellos profesionales de sus hospitales que lo desean. Otras CCAA también han creado sus comités y disponen asimismo de programas de formación.

El problema principal de estos comités es que exigen un esfuerzo considerable a sus miembros, que deben compatibilizar las reuniones del comité con sus actividades asistenciales habituales y que no gozan ni del apoyo suficiente por parte de la dirección de los centros ni de prestigio entre sus colegas. Estos problemas, por otra parte, son comunes a los comités de otros países europeos.

4. COMITÉS DE ÁMBITO NACIONAL

Aunque algunas CCAA se han dotado de comités autonómicos de ética, el único que existe hasta la fecha que interese a toda España es el Comité Nacional de Reproducción Humana Asistida (CNRHA). Este comité debía haberse creado 6 meses después de la aprobación de la Ley de Reproducción Asistida pues así lo establecía la propia Ley. Sin embargo, no se constituyó hasta 1997. Su función es asesorar al Gobierno en aquellos puntos que han quedado obsoletos por el avance científico o porque no habían quedado resueltos por la Ley o cualquier otra cuestión ética en relación con estas técnicas. Es un comité pluridisciplinario, independiente y consultivo, es decir, que sus opiniones no vinculan al Gobierno que, sin embargo, le da el apoyo logístico y administrativo necesario para funcionar.

Hasta la fecha, el CNRHA ha estudiado y emitido opiniones sobre crioconservación de semen, de ovocitos, de embriones, clonación humana y retribución de gametos. El CNRHA está ahora estudiando el destino de los embriones humanos creados con fines reproductivos y su posible utilización para investigación.

La mayoría de países de la UE disponen de un Comité Nacional de Ética así como los EEUU. Aunque las funciones, composición, dependencia y ámbito de actuación difieren entre los distintos países, todos ellos tratan cuestiones sobre la investigación con seres humanos, nuevas tecnologías en biología y medicina y problemas que plantean difíciles conflictos de valores en el campo de las ciencias de la vida. En España no se ha creado todavía aunque ha habido intentos desde la Administración. En este momento hay una proposición no de ley, a iniciativa de las Cortes, para que el Gobierno elabore una normativa que ampare su creación. Las dificultades principales para su creación son:

- La dependencia, es decir, la institución que ampara al comité. En principio debe estar suficientemente lejano de la controversia política para que no pierda su carácter independiente y no debe estar ligado a un departamento para que mantenga su pluridisciplinariedad.
- La representatividad de todos los actores implicados. Como el número potencial es muy grande siempre habrá algunos que se sentirán excluidos.
- Los conflictos de competencias con las CCAA.

Tener en cuenta la ética como manifiestan todos los actores del sistema sanitario, políticos, gestores, clínicos, no sanitarios y pacientes no significa crear una especialidad más. Implica un cambio cultural que se traduce en una deliberación con todos y una argumentación de los distintos puntos de vista. Todos están implicados en este cambio cultural, no sólo los especialistas.