

Estat actual dels Comitès d'Ètica Assistencial als EE.UU. (*)

La gènesi dels anomenats, als EE.UU., “*Healthcare Ethics Committees*” o, també “*Hospital Ethics Committees*” (HEC), coneguts a Espanya com a Comitès d'Ètica Assistencial, es remunta a l'etapa entre els anys 60 i 80, davant dels avenços científico-tècnics aplicats a la medicina i l'aparició de nous conflictes ètics que van sorgir en la pràctica clínica quotidiana. Si haguéssim de dir quins esdeveniments han estat els més importants per a impulsar la presència dels HEC als hospitals nord-americans, n'hauríem de destacar, com a mínim, tres: el cas de Karen Ann Quinlan (Supreme Court of New Jersey, 1976), l'Informe de la *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* (President's Commission, 1983) i, el definitiu pas de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) que en el seu Manual d'acreditació de 1992 va incloure com a criteri de qualitat per a qualsevol hospital el disposar d'algun “mecanisme” per a ajudar als professionals de la salut, pacients i famílies, a abordar aquells conflictes ètics que poguessin sorgir durant el procés assistencial. La iniciativa de la *Joint Commission* va tenir una influència especial en la creació dels comitès d'ètica, sobretot si tenim en compte que l'acreditació necessària per a que els hospitals nord-americans puguin rebre els ajuts dels programes nacionals “Medicaid” i “Medicare” depèn de la *Joint Commission*.

Actualment, la presència de Comitès als hospitals nord-americans és ja un fet. Si al 1983, només un 2% dels hospitals tenien comitè d'ètica (Youngner 1983), avui en dia s'estima que aproximadament el 90% ja disposen d'un HEC (McGee, 2002).

■

Es va incloure com a criteri de qualitat per a qualsevol hospital el disposar d'algun “mecanisme” per a ajudar als professionals de la salut, pacients i famílies, a abordar aquells conflictes ètics que poguessin sorgir durant el procés assistencial.

■

Per altra banda, i malgrat que únicament en la legislació de dos Estats es contempla com a requisit a complir per a tot hospital disposar d'un comitè d'ètica (a Nova Jersey, després del cas Quinlan, i a Maryland, on des de 1987 existeix l'obligatorietat que en tot hospital hi hagi un “*Patient Care Advisory Committee*”), l'augment del nombre de comitès no és només degut a la influència que en el seu moment va tenir la *Joint Commission*, sinó també perquè en sí mateix són necessaris i útils. Així ho confirmen les dades reportades per Youngner (1984) i Finkenbine (1991) segons les quals metges, infermeres, pacients i familiars van respondre, en general, que els comitès d'ètica eren necessaris als hospitals i podien ser de gran utilitat per a trobar solucions a les discrepàncies entre els professionals de la salut a l'hora de prendre decisions.

A tot això cal afegir que, actualment, als EE.UU. existeixen 3 models de “mecanismes” per a ajudar als professionals i pacients a tractar els conflictes ètics: el model del consultor d'ètica individual; el model del comitè; i el model mixte. Malgrat les diferències que hi pugui haver entre ells, tant pel que fa a la seva composició com al seu funcionament, sembla haver-hi consens en qualificar els tres models com a *Ethics Consultation Services* (ECS) -Serveis de Consulta Ètica- (veure Brennan, 1992; Fletcher y cols., 1997; ASBH, 1998).

L'*American Society for Bioethics and Humanities* (ASBH) defineix l'ECS com: “*Un servei proporcionat per un individu o per un grup, per a ajudar als pacients, famílies, subrogats, proveïdors de serveis sanitaris, i altres parts implicades a enfrontar-se a la incertesa i als conflictes inherents a les qüestions de valors que sorgeixen respecte als serveis sanitaris*” (ASBH, 1998, p.3).

Després d'aquests 20 anys d'existència dels comitès als hospitals americans, s'ha debatut molt al voltant dels seus inconvenients i avantatges i, també, sobre les seves funcions, la seva eficàcia i la competència de qui en forma part, és a dir, el perfil dels consultors d'ètica, qüestionant d'aquesta forma la qualitat dels HEC i els serveis que ofereixen (Veatch, 1977, Levine, 1984; Siegler, 1986; Skeel i cols., 1989; Singer i cols., 1990; La Puma i cols., 1991; Swenson i cols., 1992; Scofield, 1993; Lo, 1987; Leavitt, 2000; Spike i cols., 2000).

Ara, després de la posada en marxa dels HEC, és hora de demostrar la seva continuïtat. És necessària la seva avaluació per a garantir la qualitat dels seus serveis; aquesta necessitat, en general, ha estat reconeguda en la literatura (Griener i cols., 1992; Hoffmann, 2000; Howe, 1999; La Puma i cols., 1991).

■
Després d'aquests 20 anys d'existència dels comitès als hospitals americans, s'ha debatut molt al voltant dels seus inconvenients i avantatges i, també, sobre les seves funcions, la seva eficàcia i la competència de qui en forma part.
 ■

Un dels *handicaps* amb els que s'enfronten els comitès d'ètica és la síndrome diagnosticada com a "*failure to thrive*", que apareix després de l'entusiasme inicial en el moment de crear un comitè i que té com a símptoma més comú l'absentisme en les reunions. L'etiologia de la síndrome pot ser diversa i es pot trobar tant a fora com a dins del comitè. Alguns factors externs poden ser, per exemple, la poca acceptació dels comitès d'ètica per part dels metges, i això comporta que no es faci ús dels serveis que pot oferir un HEC o, també, la manca de sol·licituds de consulta ètica, ja sigui per la desconfiança vers el comitè o, simplement, per no haver-hi casos conflictius. A més, hi ha també factors d'ordre intern com, per exemple un pobre recolzament institucional o, el desencís dels membres del mateix comitè al no complir-se, en un període relativament breu, les expectatives cre-

ades inicialment.

Aquesta síndrome és un indicador evident de que ara, l'important no és tant crear comitès d'ètica sinó procurar per la seva continuïtat i qualitat, doncs, com encertadament va anotar C. Levine, "*la seva presència – la del comitè – no és cap garantia de que s'utilitzarà de forma constructiva (...)*" (Levine, 1984).

En la literatura són diverses les propostes per a revitalitzar els comitès d'ètica (Silverman, 1994; Kuczewski, 1999) i, també, els mètodes per a l'avaluació dels Serveis de Consulta Ètica, en general. Anzia i cols. (1992), per exemple, proposen set ítems de satisfacció com a possibles indicadors de qualitat que contemplen la percepció de pacients i metges sobre els ECS. D'altres, en canvi, aposten per avaluar el nivell educatiu i les habilitats dels qui formen part d'un ECS mitjançant l'observació dels consultors per part d'avaluadors externs amb experiència reconeguda (Leeman i cols., 1997).

■
Un dels «handicaps» amb el que s'enfronten els comitès d'ètica és la síndrome diagnosticada com a “failure to thrive”, que apareix després de l'entusiasme inicial en el moment de crear un comitè i que té com a símptoma més comú l'absentisme en les reunions.
 ■

Sigui un model o bé un altre el que s'utilitzi per saber l'estat actual d'un HEC, els que estan en el punt de mira són, sens dubte, les persones que constitueixen els comitès, també anomenats consultors d'ètica, doncs són ells els que han de garantir la qualitat dels

serveis del Comitè al que pertanyen. En relació al perfil que aquests han de tenir per a realitzar les seves funcions com a consultors d'ètica, la *Task Force on Standards on Bioethics Consultation*, coordinat per la "Society for Health and Human Values" i la "Society for Bioethics Consultation", va publicar al 1998 l'informe *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation* (ASBH, 1998; Aulisio, i cols., 2000), on es proposen els criteris estàndards per a garantir la competència i qualitat per a cadascun dels models de Serveis de Consulta Ètica i assegurar, d'aquesta forma, la seva continuïtat.

Conclusions

L'existència de comitès d'ètica als hospitals nord-americans no respon únicament a la por de perdre l'acreditació de la *Joint Commission*, ni a la voluntat de complir amb les regulacions Federals, o simplement perquè estigui de "moda" crear comitès, sinó perquè són quelcom necessari i d'utilitat per a ajudar als professionals de la salut i als pacients en la resolució de conflictes ètics.

Els criteris d'estandardització de l'ASBH proposats per a definir el perfil dels qui formen part d'un ECS són, sens dubte, un punt de referència clau per a la continuïtat i la millora de la qualitat dels HEC als EE.UU. No obstant, encara resten qüestions pendents entorn de l'avaluació i el funcionament dels HEC i, a més, tampoc sembla haver-hi un consens a l'hora de determinar quins ítems s'haurien de considerar en la seva avaluació. En general se solen reportar dades com, per exemple, la freqüència

de les reunions d'un comitè o el número de casos atesos. Aquestes dades poden donar una idea sobre l'activitat dels comitès, però no són indicadors de qualitat vàlids del seu funcionament.

■
L'augment del nombre de comitès no és degut només a la influència que en el seu moment va tenir la «Joint Commission», sinó també perquè en sí mateixos són necessaris i útils.
 ■

Efectivament, com va anotar Scheirton, “un comitè que produeix una dotzena de guies sobre tots els dilemes ètics possibles al llarg d'una dècada, que organitza 100 programes docents cada any i que realitza una consulta cada dos dies, potser no sigui veritablement efectiu des d'una perspectiva ètica.” (Scheirton, 1993, p.503).

Actualment, i tal com sostingué John Fletcher, l'etapa del “*laissez faire*” pels comitès d'ètica és quelcom passat (Fletcher i cols., 1994) i, avui en dia, és necessari disposar de criteris estàndard per a garantir la qualitat dels HEC.

SALVADOR RIBAS

LICENCIAT EN FILOSOFIA

(*) El present article és un breu resum d'un treball més extens del mateix autor, elaborat amb una beca atorgada per l'Institut Borja de Bioètica. En breu, sortirà la seva publicació íntegra en versió bilingüe castellà-anglès.

Cites i referències bibliogràfiques:

☞ American Society for Bioethics and Humanities. *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*. Glenview, IL: American Society for Bioethics and Humanities; 1998.

☞ Anzia DJ, La Puma J. *Quality Care and Clinical Ethics*. QRB 1992;18(1):21-3.

☞ Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ, *Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation*. Ann Intern Med; 2000; 133(1):59-69.

☞ Brennan TA. *Quality of Clinical Ethics Consultation*. QRB 1992;18(1):4-5.

☞ Fletcher JC and Spencer EM, *Ethics in Healthcare Organizations*. In: Lombardo PA, Marshall MF, Miller FG. (Editors). *Introduction to Clinical Ethics 2 edition*. Hagerstown -Maryland-: University Publishing Group; 1997. p.267-8.

☞ Fletcher JC, Hoffmann DE, *Hospital Ethics Committees: Time to Experiment with Standards*; Ann Intern Med 1994;120:335-8.

☞ Griener GG, Storch JL. *Hospital Ethics Committees: Problems in Evaluation*. HEC Forum 1992;4:5-18.

☞ Hoffmann D, Tarzian A, O'Neil JA, *Are Ethics Committee Members Competent to Consult?* J Law Med Ethics 2000;28(1):30-40.

☞ Howe EG, *Ethics consultants: could they do better?* J Clin Ethics. 1999; 10(1):13-25.

☞ Joint Commission on Accreditation Healthcare Organization, *Accreditation Manual for Hospitals*; Oabrook Terrace, IL: JCAHO; 1992.

☞ Supreme Court of New Jersey. *In re Quinlan*. In the matter of Karen Quinlan. 1976.355 A.2d.647 (N.J.)

☞ Kuczewski MG. *When your healthcare ethics committee “fails to thrive”*; HEC Forum. 1999;11(3):197-207.

☞ La Puma J, Schiedermayer DL, *Ethics Consultations: Skills, Roles and Training*. Ann Intern Med 1991;114(2):155-60.

☞ Leavitt F. *Hospital ethics committees may discourage staff from making own decision*. BMJ 2000;321:1414.

☞ Leeman CP, Fletcher JC, Spencer

EM, Fry-Revere S, *Quality control for hospitals' clinical ethics services: Proposed standards*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1997;6:257-68.

☞ Levine C, *Questions and (some very tentative) answers about hospital ethics committees*. Hastings C Report 1984; 14(3):9-12.

☞ Lo B, *Behind closed doors: promises and pitfalls of ethics committees*. N Engl J Med 1987;317(1):46-50.

☞ McGee G, Spanogle JP, Caplan AL, Penny D, Asch DA, *Successes and failures of hospital ethics committees: a national survey of ethics committee chairs*. Camb Q Healthc Ethics. 2002 Winter;11(1):87-93.

☞ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forego Life Sustaining Treatment*; Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1983.p.160.

☞ Scofield GR, *Ethics consultation: The least dangerous profession?* Camb Q Healthc Ethics 1993;2(4):417-21.

☞ Siegler M, *Ethics committees: decisions by bureaucracy*. Hastings Center Report 1986;16(3):22-3.

☞ Silverman HJ, *Revitalizing a hospital ethics committee*. HEC Forum 1994; 6(4):189-222.

☞ Singer PA, Pellegrino ED, Siegler M, *Ethics Committees and Consultants*. J Clin Ethics 1990;1(4):263-7.

☞ Skeel JD, Self DJ. *An analysis of ethics consultation in the clinical setting*. Theoretical Medicine 1989;10:289-99.

☞ Spike J, Greenlaw J, *Ethics Consultation: High Ideals or Unrealistic Expectations?*. Ann Intern Med 2000; 133(1):55-7.

☞ Swenson MD, Miller RB. *Ethics case review in health care institutions. Committees, consultants, or teams?* Arch Int Med 1992; 152(4):694-7.

☞ Veatch R, *Hospital Ethics Committees: Is There a Role?*. Hastings C Report 1977;7(3):22-5.