

Artículo

SERGIO RAMOS POZÓN - MÀRIUS MORLANS MOLINA

Legos en el comité de ética: una reflexión desde la ética dialógica

► **Sergio Ramos Pozón.** Licenciado en Filosofía. Máster en Ciudadanía i drets humans: Ètica i Política. Universitat de Barcelona.

► **Màrius Morlans Molina.** Médico nefrólogo. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Comité de Bioética de Catalunya, Comisión de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Resumen

Los principios éticos propuestos por Beauchamp y Childress, con los de dignidad e inviolabilidad, y la concepción de la justicia de Habermas constituyen nuestro marco ético. La ética del discurso habermasiano propone unos criterios para orientar la deliberación hacia una decisión justa. A la luz de estos criterios, analizamos la actual composición de los comités de ética, apreciando la participación asimétrica del ciudadano. Por este motivo, creemos que es necesaria una ampliación de la figura de los *miembros legos* para promover una participación más amplia de los ciudadanos. La ampliación se centra en cuatro posibles perfiles: 1) médico de cabecera; 2) representante de los pacientes; 3) antiguo paciente o familiar de éste; y 4) ciudadano conocido y respetado por su honradez.

Palabras clave

Comités de Ética Asistencial; Principialismo; Ética dialógica; y Miembros Legos.

Abstract

The ethical principles proposed by Beauchamp and Childress, with the dignity and inviolability principles, and the Habermas conception of justice are our ethic framework. The Habermasian ethics of discourse proposes the criteria to orient the deliberation to a fair decision. From the scope of these criteria, we analyze the current composition of the ethics committees, acknowledging an asymmetric participation of the citizen. For this reason, we believe it is necessary to extend the figure of the *lay members* in order to promote a more extensive participation of citizens. This expansion focuses on four possible profiles: 1) general practitioner; 2) patient representative; 3) former patient or family member thereof; and 4) a well-known citizen respected for his honesty.

Key words

Health Care Ethics Committee; Principlism; Dialogic Ethics; and Lay Members.

► 1. Introducción

Todo comité de ética asistencial (CEA) ha de partir de unos principios y/o un paradigma ético para poder deliberar sobre los dilemas morales. En este artículo se parte de los principios éticos propuestos por Beauchamp y Childress, junto con los de dignidad e inviolabilidad, y de la concepción de la justicia inherente a la ética dialógica de Habermas. La ética de Habermas nos orienta sobre si una decisión es "justa" en el sentido de que, para que lo sea, debe contar con el consentimiento de todos los afectados por la misma, participando en el diálogo en condición de igualdad y simetría, para alcanzar el consenso. En base a esta forma de entender la deliberación, analizamos la actual composición de los CEA y, en especial, la figura del lego o persona ajena a la institución, para verificar si se cumplen los criterios de la ética dialógica y si es necesario modificar la composición de los CEA.

► 2. Teoría ética y principios éticos

Hay varias teorías y paradigmas en la bioética contemporánea sobre los que sustentar la toma de decisiones: principialismo, casuística, el paradigma de las virtudes, la ética médica comunitarista, etc. (Álvarez, J., y Ferrer, J., 2005; Gracia, D., 2007; y Montero, F., y Morlans, M.,

2009). Ahora bien, la universalización de los principios no se ha correspondido con la consiguiente tarea de fundamentación (Gracia, D., 2007). Pensamos que una opción puede ser fundamentar el principialismo de Beauchamp y Childress (1999) en la ética dialógica habermasiana (1981, 1997 y 2000), y en los conceptos de dignidad e inviolabilidad para proporcionar mayor consistencia al análisis del conflicto moral. Proponemos el concepto de justicia basado en la teoría de Habermas como complemento y ampliación del propuesto por Beauchamp y Childress, constreñido al concepto de la justicia distributiva entendida como la asignación equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades. En este nuevo enfoque, se trataría de verificar que el resultado de la deliberación es justo no sólo por su resultado y por el trato personal a los agentes en conflicto, sino porque el procedimiento también lo ha sido.

Suele ser frecuente apelar al principialismo de Beauchamp y Childress (1999) y su papel pionero en la expansión de la bioética, de modo que el contenido de sus principios es harto conocido. Por ello, haremos *sólo* una mínima referencia a éstos, explicando *principalmente* el por qué nos aferramos a ellos. De todos modos, estos principios lo son *prima facie*, es decir, principios que se presentan, *en la teoría*, como imposición moral sin que pueda establecerse

Artículo

a priori una jerarquía entre ellos, aunque en una situación concreta, en la práctica, pueden y deben establecerse prioridades entre ellos. Así, pues, no pueden ser jerarquizados a priori sino que hay que ponderarlos en relación al caso concreto, según las circunstancias concurrentes y jerarquizarlos a posteriori (Ramos, S., 2008).

El principio de respeto a la autonomía y el procedimiento del consentimiento son claves en la bioética contemporánea y han inspirado y fundamentado la regulación de la relación clínica en la legislación sanitaria ya desde la Ley 14/1986 General de Sanidad, primera en proponer de manera sucinta el concepto del consentimiento y que más recientemente se ha desarrollado en dos nuevas leyes, a saber: la *Llei 21/2000, de 29 de desembre* (a nivel catalán) y la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre* (a nivel español). Ello ha influido en el abandono del modelo paternalista por el de la autonomía de la persona, respaldado y fortalecido por la doctrina del consentimiento informado. En la actualidad se considera al paciente como un ser autónomo dotado de capacidad de decisión para elegir y/o rechazar un tratamiento médico. Por tanto, el respeto por las decisiones autónomas debe ser uno de los pilares de la ética médica, pues el qué se entienda por «bien» y/o «mal» ha de ser evaluado desde el proyecto vital de la persona y no desde el del facultativo.

En las decisiones del paciente intervienen los criterios del médico al aconsejar y orientar sobre las distintas alternativas terapéuticas. Tiene, además, la obligación moral de no dañar a sus pacientes. Ahora bien, este «daño» ha de ser evaluado desde el punto de vista del facultativo, ya que conoce las repercusiones físicas y psicológicas de una patología; sin embargo, también debe de ser analizado desde el proyecto vital de la persona. Esto se debe a que «hacer el bien es un deber sumamente complejo, porque al hacerle a otro *mi bien* podría estar infringiendo, desde su perspectiva, un daño» (Álvarez, J., y Ferrer, J., 2005:478). Por tanto, se requiere un análisis de los principios de no-maleficencia y de beneficencia contemplados desde una doble perspectiva, la postura de los profesionales y la de los pacientes. Sin ambas visiones no se puede asesorar en los posibles conflictos, pues se requiere la opinión de los clínicos sobre el estado y pronóstico del paciente, pero también la de la persona para averiguar cómo van a repercutir las decisiones en su vida, analizando tanto su decisión (si es competente) como su proyecto vital (si no es competente).

El hecho de tener en cuenta, *necesariamente*, la opinión del paciente en la toma de decisiones nos obliga a replantearnos los conceptos de dignidad e inviolabilidad. El de dignidad porque las personas carecen de un precio, de

modo que no se debe instrumentalizarlas para justificar creencias personales o prevenirse de actuaciones legales. El respeto por esa dignidad tiene que ser el reconocimiento de la autonomía, es decir, las personas tienen que ser tratadas según su propia decisión y no en relación a unas creencias u opiniones externas. Es aquí, pues, cuando nos debemos de preguntar sobre el concepto de inviolabilidad. Este viene a decir que no hay que imponer a las personas sacrificios y privaciones en contra de su voluntad. Dichos principios tienen que ser guía tanto del proceso de vivir como del de morir.

Todos estos principios tienen que ser aplicados a la luz de una decisión «justa», ya que estamos asesorando y opinando en relación a terceras personas. Para ello, nos aferramos a la ética dialógica. Habermas, al exponer su principio ético universal propone el principio discursivo (D) como fundamento para su ética, el cual concierne de manera explícita a la dimensión de la justicia: «sólo pueden reivindicar lícitamente validez aquellas normas que pudiesen recibir la aquiescencia de todos los afectados en tanto que participantes en un discurso práctico» (Habermas, J., 2000:16). A continuación, y gracias a este principio, expresa el principio de universalización (U) que enuncia la vinculación con la perspectiva general de todos los afectados: «toda norma válida tiene que cumplir la condición de que las consecuencias y los efectos secundarios que resulten previsiblemente de su seguimiento *universal* para la satisfacción de los intereses *de todos y cada uno* puedan ser aceptados sin coacción *por todos los afectados*» (Habermas, J., 2000:142). Por tanto, podemos decir que una decisión es «justa» si, y sólo si, cuenta con el consentimiento de todos los afectados, en condición de igualdad y simetría, alcanzando el consenso mediante el diálogo.

Para Habermas todo uso comunicativo del lenguaje presupone la aceptación de algunas reglas o condiciones mínimas, es decir, una situación ideal de habla que avale ese diálogo. Habermas (1997:153) llama «ideal a una situación de habla en que las comunicaciones no sólo no vienen impedidas por influjos externos contingentes, sino tampoco por las coacciones que se siguen de la propia estructura de la comunicación. La situación ideal de habla excluye las distorsiones sistemáticas de la comunicación. Y la estructura de la comunicación deja de generar coacciones sólo si para todo participante en el discurso está dada una distribución simétrica de las oportunidades de elegir y ejecutar actos de habla». Gracias a esta situación ideal nos coloca en un contexto en el que *todos* pueden participar de forma libre y sin coacción, de modo que si la comunicación está libre de distorsiones, el consenso resultante

no vendrá dado por una acción estratégica, sino comunicativa. Por tanto, lo que estamos reivindicando es: 1) que nadie que pueda hacer una contribución relevante pueda ser excluido de la participación; 2) que todos tengan las mismas oportunidades; 3) que los participantes, es decir, los afectados, puedan decir lo que piensan; y 4) que haya una comunicación exenta de coacciones.

Pues bien, esta situación ideal, guiada por esos principios, es la que vamos a intentar trasladar al seno de los comités, pero antes definiremos qué es un comité de ética y qué funciones ha de tener.

►3. Los Comités de Ética Asistencial (CEA): definición, composición y tareas

Francesc Abel (1999:241) ha definido a los comités de ética como «instancias o estructuras de diálogo y decisión bioética, es decir, que asumen la responsabilidad de intentar clarificar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la investigación o en la práctica clínica». Son, por tanto, órganos consultivos, de modo que sus decisiones no son vinculantes. Para poder aconsejar se tendrá que hacer mediante un proceso deliberativo en el que se hagan patentes las distintas posturas posibles que puedan estar inmiscuidas en el problema, teniéndose en cuenta los derechos e intereses de los posibles afectados.

Por esta razón, es imprescindible el carácter multidisciplinar del comité, pues es necesario analizar el problema desde diversas prácticas. Suele ser frecuente mencionar en su composición a médicos, enfermeros, psicólogos, juristas... así como algún miembro que forme parte del Comité Ético de Investigación Clínica. También se hace alusión a una persona ajena a la institución con conocimientos sobre ética y/o derecho; sin embargo, no se concreta quién ha de ser, ni tampoco hay un consenso cuando se intenta definirlo. En efecto, en la Regulación de los CEA de la comunidad de Castilla la Mancha (Decreto 95/2006, de 17 de julio) se menciona a una persona de reconocido prestigio, ajena al ámbito sanitario, y con formación en bioética; en Extremadura (Decreto 2/2010, de 14 de enero) se hace referencia, por un lado, a una persona ajena a la institución sanitaria con conocimientos sobre bioética, y por otro a un profesional no sanitario perteneciente a la Oficina del Defensor del Usuario; y en el País Vasco (Decreto 143/1995, de 8 de febrero) se recomienda una persona acreditada de formación en bioética y a un representante de la sociedad con experiencia y prestigio en la defensa de los derechos de las personas. En el resto de las Acreditaciones sólo se dice que ha de ser ajena a las instituciones sanitarias con conocimientos sobre ética y/o derecho.

Las principales funciones de los CEA son: a) analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión clínica en las situaciones que plantean conflictos éticos; b) colaborar en la formación en bioética de los profesionales del hospital y del área de salud; y c) proponer protocolos de actuación para las situaciones en que surgen conflictos éticos que se presentan de modo reiterado u ocasional.

3.1. Conflictos éticos: ¿quién y qué se consulta?

En la actualidad, se estima que la media de consultas éticas anuales que se realizan en los hospitales es de 3. Efectivamente, esta es la conclusión a la que llegaron Fox, E., et al. (2007) apreciando, a su vez, que los que más consultaban eran los médicos (34%), las enfermeras (31%), los trabajadores sociales (11%) y los capellanes (10%).

En cuanto a qué tipo de consultas se producen en el ámbito clínico, Ribas, S., et al. (2005) han constatado, en una muestra de 51 encuestas a médicos, enfermeros, psicólogos, etc., 11 temas de riesgo entre los que cabe destacar, entre otros, la relación con la familia y/o el cuidador, las preferencias del paciente, la actividad terapéutica y la información y la confidencialidad relativa al tratamiento y el pronóstico. Posteriormente, el mismo Salvador Ribas (2006) comenta que de un total de 282 casos, 233 (82%) planteaban conflictos éticos clínico-asistenciales, 46 (16,31%) organizativos y/o de gestión, y 3 (1,06%) sobre proyectos de investigación. Similares conclusiones han sido detectadas por Swetz, K., et al. (2007) en un estudio en el que se analizan 255 consultas consideradas de conflicto ético en las que se identificaron diversos aspectos significativos: la competencia del paciente y su capacidad de decisión (82%, n = 208), el desacuerdo de miembros del personal con los planes de atención (76%, n = 195), relacionados con la calidad de vida al final de la misma (60%, n = 154) y la futilidad de los tratamientos (54%, n = 138).

►4. Sobre la composición de los CEA

Resulta curioso apreciar que quien solicita el asesoramiento, en general, viene a ser el equipo médico, pues el conflicto ético no se presenta únicamente de manera unilateral entre los profesionales, sino bilateralmente entre paciente y médico. Pero, ¿por qué no lo pide el ciudadano? Por otra parte, si nuestra pretensión es que haya un proceso deliberativo que cuente con el consentimiento de *todos* los afectados en condición de igualdad y simetría, ¿por qué en la actual composición no se ve reflejado de una manera más amplia la ciudadanía tal y como lo está el médico, el enfermero, etc.? ¿No es tan importante el paciente y/o su familia como el jurista o el enfermero? ¿Apunta esto a que

se ha de reformar o ampliar la actual composición para que haya una mayor simetría en la deliberación? ¿Quiénes, para qué y qué funciones han de tener esos nuevos miembros?

4.1. ¿Interviene el ciudadano en el proceso deliberativo?

Si hemos solicitado al procedimiento que se cuente con el consentimiento de todos los afectados, en condición de igualdad y simetría, lo ideal ha de ser que en la composición del CEA formen parte más ciudadanos, puesto que los conflictos éticos también suelen afectar al paciente. Con ello, se debería contar con la opinión del paciente de un modo directo y veraz, evitando cualquier sesgo informativo en relación a su situación. Pero, ¿es esto lo que ocurre? A nuestro juicio no porque el ciudadano no está, prácticamente, presente en ese diálogo. Esto no significa que durante el proceso no se le valore o que no se cuente con su decisión, sino que no está presente en la deliberación y no puede opinar y discutir en las mismas condiciones que los demás componentes. Pese a que en la actual composición hay médicos, enfermeras, juristas... e incluso se recomienda que haya personas ajenas a la institución no vinculadas a las profesiones sanitarias y con interés por la bioética, sin embargo, no se dice prácticamente nada sobre la necesidad de la presencia del ciudadano, el afectado, en particular, y de representantes de la ciudadanía en general.

4.2. ¿Cuál es el motivo por el que el ciudadano no está presente en ese diálogo?

En el apartado 3.1 hemos apuntado que se realizan un promedio de tres consultas anuales. Este baja cifra está motivada por varios factores: a) demora entre la solicitud de los clínicos y la posibilidad de reunión del comité; b) tiempo excesivo que supone la preparación del caso y presentación al comité; c) temor por parte de los médicos a que se sientan enjuiciados; d) desconocimiento de las ventajas de recibir recomendaciones que surgen del análisis ético; y e) diversas visiones o experiencias previas de médicos con algún comité (Beca, J., 2008:3). A nuestro juicio, hay factores adicionales: a) una baja publicidad del comité a la hora de darse a conocer; y b) la carencia de un componente, sea persona u organismo, que haga de puente entre el ciudadano y el CEA.

En efecto, uno de los motivos es la baja publicidad. Juan Carlos Álvarez (2003:77) opina que «gran parte de la culpa de la baja utilización de los Comité asistenciales la tiene el gran desconocimiento que sobre ellos existe. Un elevado porcentaje del personal sanitario no conoce la existencia del Comité, no hablemos de los pacientes y familiares, y, si se conoce, no se saben cuáles son realmente

sus funciones, teniendo una idea generalmente inadecuada de sus cometidos». Dicho conocimiento puede darse en algún lugar visible de la página web del Hospital o en panfletos colgados en éste, comentando quiénes son sus miembros, la metodología de trabajo y las razones de su existencia, además de un teléfono de contacto y/o un correo electrónico. Esta publicidad puede ser recíproca entre hospitales asociados, publicitando la existencia de otros comités en su misma página web. La carencia de publicidad tiene consecuencias negativas tanto externas como internas. Las externas son el desconocimiento del CEA fuera del hospital, entre los ciudadanos. Las internas son el desconocimiento del CEA por parte del mismo colectivo sanitario, médico y enfermeros. Esto último fue constatado por Uribe, L., et al. (2003) en un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal en una muestra de 103 médicos del centro. Los resultados fueron que el 30,1% sí que lo conocían mientras que el 69,9% no.

Otro factor para ayudar a difundir el conocimiento de los comités es la introducción de uno o varios miembros en la actual composición que hiciesen de “puente” entre el ciudadano y el CEA. Dichos componentes deberían ser un referente en la comunidad, informando sobre la existencia de los comités, sus funciones y su manera de proceder. Han de ser personas conocidas y cercanas a la ciudadanía, que inspiren confianza y respeto y que tenga una cierta familiaridad con los posibles conflictos éticos. En definitiva, lo que se les solicita es que faciliten el acercamiento del CEA al ciudadano para que pueda participar y solicitar su asesoramiento.

4.3. ¿Se requiere una ampliación de los componentes del CEA?

Tal y como hemos comentado, creemos que es necesario una ampliación de la actual composición del CEA para que haya una mayor participación del ciudadano. Este aumento ha de darse en la categoría de los “miembros leigos”. La figura del *lay member* no tiene que apreciarse como novedosa, pues ya estaba en el comité de selección de pacientes en el *Seattle Artificial Kidney Center* en los años sesenta. Fue creado a instancias del Dr. Murray, responsable del centro, para seleccionar a los pacientes que se beneficiarían del tratamiento, dado la escasez de plazas de diálisis (Montero, F., y Morlans, M., 2009:36-37). Este comité, a diferencia de los actuales, estaba integrado por siete personas, de las cuales tan solo uno era médico. De todas formas, la figura del *lay member* se define como la persona ajena a la institución, sin ningún objetivo de lucro y que muestra, asimismo, interés por la ética. Manuel Atienza (1996:3) opina que contribuyen a contrarrestar la

tendencia al corporativismo que se puede dar en toda profesión, y que también ayudan a que se llegue a un consenso que todos puedan aceptar de forma universal, pues, al fin y al cabo, los “miembros legos” no son menos ciudadanos que los demás, ni menos capaces de pensar en términos generales. Asimismo, cree que sería positivo que hubiera más de uno en cada comité. En cualquier caso, proponemos varias figuras o perfiles con sus ventajas y sus inconvenientes: a) el médico de familia; b) el representante de los pacientes; c) ex-pacientes o familiares de pacientes; y d) personas conocidas y respetadas por su trayectoria cívica.

El médico de familia conoce los aspectos personales de sus pacientes como es su cultura, sus convicciones, creencias y valores así como, las relaciones familiares. También sabe cuáles son sus enfermedades, su curso y su pronóstico. Gracias a esa proximidad, los pacientes suelen depositar su confianza en él ya que es “su médico” y ello se acentúa en las personas de edad avanzada, con un bajo nivel cultural y/o con un deterioro cognitivo. Por tanto, gracias a la proximidad y confianza que une el médico con su paciente, y al conocimiento que tiene el facultativo de éstos, puede ayudar a asesorar en los posibles conflictos éticos en la relación asistencial. Además, cabe la posibilidad de anticiparse a los conflictos y comunicar al paciente de la existencia de los CEA por si quiere consultar previniendo así el conflicto.

El representante de los pacientes conoce cuáles son las características bio-psico-sociales del colectivo al que representa. Eso significa que sabe cuáles pueden ser los posibles conflictos éticos que se pueden derivar de dicha patología, pudiéndose anticipar a éstos. Al ser representante de un colectivo en concreto, las personas que padezcan esta enfermedad probablemente sepan de la existencia de dicha figura, de modo que también está el factor de la proximidad y confianza. Por ello, puede informar a los miembros de la asociación de la utilidad de los comités de ética. Ahora bien, el inconveniente de este modelo es que actúe como representante de los intereses del colectivo de pacientes más que a título personal, como un ciudadano más, es decir, que se deje guiar más por su papel representativo que por sus opiniones personales. En tal caso, podría constituir un factor negativo para alcanzar el consenso, pues estaría enfocando su atención e intereses hacia un colectivo concreto e instrumentalizando el proceso deliberativo. Además, esta condición le diferenciaría de los otros miembros del CEA, y cuestionaría el criterio de que los miembros lo son a título personal, puesto que el CEA no es un órgano de representación sino de deliberación.

En tercer lugar, hemos pensado en un antiguo paciente o familiar de éste, cuya función ya no ha de ser tanto la de acercar al ciudadano hacia el comité, sino la de dar el punto de vista de un ciudadano peculiar, fruto de su anterior experiencia con la enfermedad y ello con independencia de su formación académica y de sus creencias. Pueden aportar el punto de vista de la “calidad de vida”, transmitiendo, con más claridad aunque menor rigor científico, cuál es la situación social-familiar que padecen las personas en situaciones difíciles: pacientes que rechazan tratamientos o que solicitan ayuda al final de la vida, familias que sufren al ver cómo un familiar está en estado vegetativo crónico...

Por último, la figura de un ciudadano conocido y respetado por su honradez, tendría la ventaja de proyectar el papel del CEA fuera del ámbito sanitario, así como facilitar la consulta de los pacientes y familiares por su proximidad y confiabilidad, debida a su popularidad y méritos cívicos.

En dicho perfil no hemos contemplado la figura del responsable de la asistencia religiosa, aunque es posible apreciarla en alguna de las acreditaciones de los CEA como es el caso de la comunidad valenciana (Decreto 99/2004, de 11 de junio). Armando Azulay (2008:759) opina que el procedimiento de toma de decisiones en el comité ha de basarse en la razón y sus argumentos, y no en dogmas de fe o creencias subjetivas imposibles de razonar. Por este motivo, no es recomendable la presencia sistemática de la persona encargada de la asistencia religiosa ya que su condición profesional le puede llevar a la defensa firme e inamovible de sus creencias y, con ello, entorpecer el proceso deliberativo. Si su misión consiste en representar la postura rígida e inquebrantable que propugna su religión, poco podrá añadir al debate ético, pues no cederá para llegar a un consenso. Ahora bien, su opinión debe de tenerse en cuenta si el paciente que comparte y asume sus creencias, lo solicita, garantizando su participación de manera puntual y excepcional. Otra cosa es tenerle en cuenta por su valía personal y preparación si está familiarizado con la atención y consuelo de los enfermos o pueda aportar al proceso deliberativo sus conocimientos sobre filosofía moral. En estas circunstancias, se integrará ya no tanto en calidad de “líder espiritual” sino de persona familiarizada con el ámbito asistencial y el análisis de los dilemas morales.

4.4. ¿Qué características han de cumplir los “miembros legos”?

Una vez propuesto el perfil de las figuras con que ampliar el CEA, ahora hay que definir qué características específicas han de tener. La *American Society for Bioethics and Humanities*, en las *Core competencies for Health care ethics consultation* (1998), propone un total de 26 compe-

Artículo

tencias que han de reunir los miembros de los CEA o los consultores de bioética, clasificándolas en 3 áreas: a) habilidades de contenido o juicios éticos, procedimentales y personales; b) conocimientos relevantes para abordar el caso conflictivo; y c) actitudes o virtudes (Ribas, S., 2005:129-131). Estas son las características que se han de reflejar en conjunto, pero ¿cuáles han de ser las específicas en los “miembros legos”? Obviamente, no les pediremos conocimientos sobre medicina, leyes bioética... puesto que aquello que les solicitamos es que aporten el punto de vista, la mirada y la reflexión del ciudadano y que los acerque al CEA. Ahora bien, sí que les pediremos que sepan identificar un conflicto ético, ya que de lo contrario no podrán dar su punto de vista. También que tengan la capacidad para anticiparse al conflicto pidiendo así consejo al CEA y que se comprometan a informar al ciudadano de la existencia del comité, así como a hacer de mediador y facilitar el acceso a la consulta del mismo. Asimismo, serán necesarias unas habilidades interpersonales para poder interpretar los diferentes puntos de vista de los implicados en el conflicto y apreciar cuál es la postura éticamente correcta, con independencia de sus creencias, ideas..., es decir, han de tener comprensión y tolerancia, pues han de respetar otras posturas. Es necesario, ade-

más, la empatía y la compasión para colocarse en el lugar de la otra persona. Y todo ello ha de ser llevado de un modo paciente, ya que el proceso ha de ser razonado, razonable y calmado.

► 5. Conclusiones

Los CEA son poco conocidos de quienes probablemente más se pueden beneficiar de sus consejos, los ciudadanos. Puede influir en el desconocimiento su escasa presencia en la actual composición de los comités. Así, pues, dada la asimetría entre profesionales sanitarios y ciudadanos, replanteamos su actual composición con el fin de incrementar la presencia de los “*lay members*” o legos. Revisamos los aspectos positivos y los negativos de cuatro perfiles posibles que no se excluyen entre sí, a saber: 1) el médico de cabecera; 2) el representante de las asociaciones de pacientes; 3) el antiguo paciente o familiar de éste; y 4) el ciudadano conocido y respetado por su compromiso cívico. Nuestro objetivo es favorecer las condiciones para que se dé una decisión justa en el sentido habermasiano y que, además, se establezca un vínculo entre la comunidad y el CEA, promoviendo, así, una mayor participación de los principales interesados en beneficiarse del consejo de los CEA, o sea, los ciudadanos.

Bibliografía

- Abel, F. “Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento”. En: Couceiro, A., (ed.) *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999.
- Álvarez, J. “Comités de Ética Asistencial: problemas prácticos”. En: Martínez, J., (ed.) *Comités de bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer; 2003.
- Álvarez, J., y Ferrer, J. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Madrid: Desclée De Brouwer; 2005.
- American Society for Bioethics and Humanities. *Core competencies for health care ethics consultation*. Glenview: American Society for Bioethics and Humanities; 1998.
- Atienza, M. *Juridificar la bioética. Bioética, derecho y razón práctica*. Claves de Razón Práctica. 1996;(61):2-15.
- Azulay, A. *La persona encargada de la asistencia religiosa en los Comités de Ética Asistencial*. Med Clin (Barc). 2007;129 (19):758-9.
- Beauchamp, T., y Childress, J. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
- Beca, J. *Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones*. Bioética & debat. 2008;14(54):1-5.
- Decreto 143/1995, de 7 de febrero, sobre creación y acreditación de Comités de Ética Asistencial. BOPV núm. 43, 2/3/1995, p. 2260.
- Decreto 99/2004, de 11 de junio, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la creación y acreditación de los comités de Bioética Asistencial. DOGV núm. 4792, 24/06/2002, p. 17067.
- Decreto 95/2006, de 17 de julio, de los Comités de Ética Asistencial en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. DOCM núm. 149, 17/7/2006, p. 15981.
- Decreto 2/2010, de 14 de enero, por el que se regula la composición y funcionamiento de los Comités de Bioética Asistencial. DOE núm. 12, 14/01/2010, p. 1462.

Artículo

- Ferrer, J. "Historia y fundamentos de los comités de ética". En: Martínez, J., (ed.) *Comités de bioética*. Madrid: Desclee De Brouwer; 2003.
- Fox, E., Myers, S., y Pearlman, R. *Ethics consultation in United States Hospitals: A national Survey*. The American Journal of Bioethics. 2007;7(2):13-25.
- Gracia, D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Triacastela; 2007.
- Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Tomo I. Madrid: Taurus; 1981.
- Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Madrid: Cátedra; 1997.
- Habermas, J. *Aclaraciones a la ética del discurso*. Madrid: Trotta; 2000.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, 29/4/1986, p. 15207.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, 15/11/2002, p. 40126.
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. DOG núm. 3303, 11/1/2001, p. 464.
- Montero, F., y Morlans, M. *Para deliberar en los comités de ética*. Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2009.
- Ramos, S. *El principialismo de Diego Gracia: críticas y alternativas*. 2008. Disponible en: <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=232>. Visitada el 9 de mayo de 2010.
- Ribas, S. *Los discursos procedimental y aretaico de la bioética y su perspectiva desde los comités de ética asistencial*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona; 2005.
- Ribas, S. *Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Catalunya: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento*. Med Clin (Barc) 2006;126(2):60-66.
- Ribas, S., Aguado, H., Tella, M., Márquez, I., Viñas, P., Jiménez, J., Asens, G. *Identificación de los conflictos éticos en la atención sociosanitaria. Un estudio exploratorio*. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(1):30-4.
- Swetz, K., Crowley, M., Hook, MA., y Mueller, MD. *Report of 255 Clinical Ethics Consultations and Review of the Literature*. Mayo Clin Proc. 2007;82(6):686-91.
- Uribe, L., Silva, E., Uribe, L J. *Conocimiento y actitud de los médicos frente a los comités hospitalarios de ética*. Rev. Soc. Peru Med. Interna. 2003;16(1):26-32.