

Comité de Ética Sociosanitario: Experiencia de la Región Sanitaria Costa de Ponent

Salvador Ribas*, Mercè Tella**, M^a del Carmen García Ameijeiras**

*Departamento de Filosofía Teórica y Práctica Facultad de Filosofía. Universidad de Barcelona.

**Región Sanitaria Costa de Ponent. Servei Català de la Salut

Correspondencia:

C. García Ameijeiras

Región Sanitaria Costa de Ponent

Servei Català de la Salut

Av. Granvia, 8-10, 5^a Pl.

08902 Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Introducción

En los países más avanzados el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores, el desarrollo de nuevas tecnologías y el incremento de la variedad en las líneas de oferta asistencial en la atención de personas ancianas y enfermos crónicos, identificados como pacientes socio-sanitarios, plantea nuevos retos a los profesionales sociales y sanitarios.

En este contexto, es necesario definir bien las características que identifican al cliente sociosanitario en nuestro medio¹. Estos clientes requieren simultáneamente la utilización de recursos sociales y sanitarios con una intensidad y duración significativas. Recientemente, el grupo de expertos identificado como el Tavistock Group ha hecho público un borrador de *principios éticos comunes* para todos los agentes sanitarios (Tabla 1), considerando como idea rectora que sólo la cooperación interdisciplinaria práctica puede lograr un sistema sanitario eficiente y justo². El debate pluridisciplinario es una tarea que debe realizarse en el seno de un comité.

La atención sociosanitaria ha de desarrollarse en un marco de equidad en el acceso, mejora de la eficiencia asistencial y en el control de los costes del proceso. Una de las justificaciones para

el desarrollo de políticas sociosanitarias es precisamente la reducción de las estancias inadecuadas en centros de agudos de los ancianos con patología múltiple, dependencia física, y dificultades de retorno al domicilio³.

Los profesionales del sector deben tomar decisiones que conlleven la utilización de los recursos existentes. Pero al gestionar un servicio con unos recursos dados el problema ético no es tanto saber cuánto vale una vida humana, como tener que determinar la vida de quién es más importante, tomar decisiones responsables sobre reanimación o no, imposición o no de un tratamiento concreto a un paciente⁴.

El mundo sociosanitario es el marco en donde se produce el encuentro de los valores de los profesionales sanitarios y sociales, gestores, familias⁵, y lo que es más importante, los valores y las necesidades del paciente.

La necesidad de crear un comité en donde puedan converger los dilemas éticos surgidos en la atención sociosanitaria⁶ de un territorio es evidente. El Comité de Ética Sociosanitario (CES) establece este nuevo marco moral pluridisciplinario en donde los aspectos sociales, sanitarios, económicos u otros puedan ser abordados con el objetivo de conseguir la optimización del proceso asistencial en su sentido más amplio.

Tabla 1. **Principios Éticos Comunes a todos los agentes sanitarios**

1. La asistencia sanitaria es un derecho humano.
2. La asistencia al individuo es el centro de la prestación sanitaria pero debe considerarse y prestarse en el contexto general de un trabajo continuado para generar el mayor beneficio posible sanitario a grupos y poblaciones.
3. Entre las responsabilidades del sistema de asistencia sanitaria figura la prevención de la enfermedad y el alivio de la incapacidad.
4. La cooperación entre sí y con los pacientes es imperativa para quienes trabajan en el sistema de asistencia sanitaria.
5. Todos los individuos y grupos implicados en la asistencia sanitaria, ya proporcionen acceso o servicios, tienen la responsabilidad permanente de contribuir a la mejora de su calidad.

Material y método

Creación de un Comité de Ética Sociosanitaria, en la Región Sanitaria Costa de Ponent

La estructura interna es parecida a la de otros comités existentes: Comités Éticos de Investigación Clínica⁷ (CEIC) o los Comités de Ética Asistencial⁸ (CEA). Es un órgano consultivo de carácter interdisciplinar. Su nueva aportación reside en los aspectos sobre los que trabaja.

El CES aborda aspectos asistenciales, sanitarios, y sociales respondiendo a la necesidad actual de crear un ámbito de reflexión ética pluridisciplinar donde convergen los distintos campos de cada uno de ellos, con sus respectivos valores, objetivos, e intereses.

Objetivo

Facilitar a los profesionales y usuarios sociosanitarios un foro de reflexión moral sobre los diferentes conflictos éticos que puedan surgir desde el inicio y a lo largo del proceso de atención sociosanitario.

Composición

Profesionales sociosanitarios del territorio, representantes de centros sociosanitarios, filósofos, juristas, expertos en bioética y economía de la salud, más la participación de representantes de colectivos sociales cuando el análisis lo exija.

Recogida de información

- Información proporcionada por el instrumento de valoración de dependencia Costa de Ponent⁹.
- Casos planteados por profesionales de la Región Sanitaria.
- Priorización de problemas identificados mediante “brain storming”.

Metodología de funcionamiento

Actualmente el CES establece una periodicidad de reunión, como mínimo, mensual realizándose acta de cada reunión.

Para el funcionamiento del CES se han seguido las siguientes fases:

- 1^a fase: Formación en bioética para los miembros del CES.
- 2^a fase: Identificación de los principales problemas. Formación.
- 3^a fase: Abordaje de los problemas priorizados. Formación.

Descripción de nuestra experiencia

El Instrumento de valoración de dependencia Costa de Ponent, descrito esquemáticamente en las tablas 2 y 3, es un triple baremo que analiza las características del estado de enfermedad de la persona, necesidades de cuidados y el grado de apoyo e integración social de que dispone.

En el periodo 1995-1998 se han analizado más de 4000 solicitudes para el ingreso en unidades de larga estancia, de psicogeriatría e ingresos temporales en los centros sociosanitarios de nuestra Región Sanitaria.

La utilización sistemática de éste instrumento de valoración de la dependencia como protocolo de información para el ingreso ha permitido detectar no solamente las áreas de necesidades de estas personas, que era el objetivo último del instrumento, si no también como el conocimiento de estas necesidades y su abordaje es percibido por los diferentes profesionales que intervienen en el proceso.

Interrogantes sobre el nivel de intervención terapéutica y el encarnizamiento terapéutico, el papel que desempeñan los familiares, las repercusiones en el núcleo de convivencia de los

trastornos cognitivos en algunos de sus estadios, conflictos entre valores e intereses¹⁰, aplicados en casos concretos, son algunos de los temas identificados como líneas de estudio y trabajo.

La necesidad de establecer ámbitos de reflexión metodológicos y respetuosos de la diversidad ha sido un factor determinante para el nacimiento de la experiencia de éste Comité de Ética Sociosanitaria.

La puesta en marcha de un grupo de trabajo de estas características implica un nuevo aprendizaje. La mayoría de los CEA profundizan en el análisis de procesos asistenciales clínicos. El CES manteniendo una línea metodológica parecida a la del CEA, y desde una concepción integral de la persona que precisa atención sociosanitaria, facilita líneas de comportamiento, líneas que deben interpretarse como sugerencias y nunca con un carácter vinculante. También a solicitud de los propios profesionales o de los centros (sociosanitarios, sanitarios o sociales) pueden someterse a estudio dentro del CES procedimientos clínicos como soporte al proceso de decisiones estrictamente asistenciales.

Disponemos de pocas experiencias similares y las que conocemos proceden de otros entornos culturales; en los Estados Unidos la mayor parte

de las *Nursing Homes* o Residencias Asistidas poseen un comité de ética, incluso para la Joint Commission on Accreditation of Health Organizations la existencia de estos comités se identifica como uno de los parámetros de calidad del centro¹¹.

La utilización del instrumento de valoración de dependencia Costa de Ponent, que define el nivel de ingreso en las líneas de internamiento de larga estancia sociosanitaria en la Región Sanitaria Costa de Ponent permite conocer a fondo las limitaciones en la autonomía física, cognitiva y social de cada uno de los pacientes. Para los profesionales que intervienen en este proceso poder disponer de elementos que mejoren la calidad de las decisiones en aquellas situaciones de incertidumbre es importante; el CES se convierte en un punto de referencia y encuentro.

Problemas suscitados en el ámbito sociosanitario a raíz de conceptos de gran debate en el mundo de la Bioética como pueden ser la 'autonomía' y el derecho a la 'autodeterminación' del paciente, su 'capacidad' de decisión, o el respeto a 'planes de vida', así como también el estudio de los factores que intervienen en la relación médico-paciente, o el papel de la familia, son algunos de los temas de los que el CES se hace cargo.

Ofrecer reflexiones que aporten a los profesionales una más amplia información de las respuestas posibles para cada situación o intervención planteada, es la línea de trabajo en la que quiere posicionarse este comité.

Consideramos que debe ser valorada la ayuda que grupos de trabajo de éstas características pueden aportar al entorno tanto de la micro como de la macrogestión en la prestación sociosanitaria.

Tabla 2. Relación de contenidos del Instrumento de valoración de dependencia Costa de Ponent

Protocolo	Objetivo	Nº Indicadores	Respuestas Posibles
Médico	Grado de enfermedad	13	29
Enfermería	Necesidad cuidados	21	72
Social	Apoyo familiar / Apoyo domicilio	8	2

Tabla 3. Relación de indicadores del Instrumento de valoración de dependencia Costa de Ponent

Médico	Enfermería	Social
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad principal • Minimal • Estado funcional • Patología asociada • Tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel • Atención de enfermería • OARS resumido • Funciones superiores 	<ul style="list-style-type: none"> • Situación familiar • Convivencia • Grado de parentesco • Vivienda • Situación económica • Atención sociosanitaria

Conclusiones

1. El envejecimiento de la población en nuestro entorno y el incremento de la supervivencia de aquellas personas afectadas de pluripatología crónica de larga evolución requiere iniciar análisis éticos sobre su abordaje.
2. Disponer de instrumentos que permitan identificar los niveles de necesidad de cada persona es una condición básica del análisis.
3. La accesibilidad al sistema o la determinación de los umbrales óptimos de intervención son algunos de los problemas relevantes no resueltos en la experiencia diaria de los profesionales.
4. La creación de un foro de reflexión moral sobre los diferentes conflictos éticos que puedan surgir desde el inicio del proceso de atención sociosanitario se convierte en el núcleo de trabajo del CES.
5. El CES ha de ser un punto de encuentro entre los valores morales de profesionales, instituciones y pacientes/familias que sugiera propuestas en la toma de decisiones en las situaciones difíciles que requieran un análisis ético específico.

Agradecimientos

A todos los miembros del CES por su valiosa ayuda y colaboración.

Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut, El model d'atenció sociosanitària a Catalunya. *Pla de Salut*. 1994;4.
2. Vid. <http://www.recoletos.es/dm>
3. Portella E, Carrillo E. El finançament de l'atenció sociosanitària: enfocaments innovadors per a un sector emergent. *Bioètica & Deba*. 1998;octubre: 1-11.
4. Pascual y Barlés, G. Demencia, paciente geriátrico y bioética. *Gerontología* 1999;15(6):268-70.
5. Callahan D. Families as Caregivers: The Limits of Morality. *Arch Phys Med Rehabil* 1988;69:323-8.
6. Barrio Cantalejo IM. Afrontamiento interdisciplinar de los conflictos éticos en las instituciones sociosanitarias: los comités asistenciales de ética. *Enf Clin* 1998;8:30-4.
7. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC), Departament de Sanitat i Seguretat Social, Ordre de 26 de octubre de 1992, *d'acreditació dels comitès ètics d'investigació clínica*. (18.11.1992);1671:6679-80.
8. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC), Departament de Sanitat i Seguretat Social, Ordre de 14 de desembre de 1993, *d'acreditació dels comitès d'ètica assistencial*. (24.12.1993);1836:8401.
9. García Ameijeiras C, Roigé Cortadelles T, Elías Aldosa T, Viñas Folch P. Utilidad de un instrumento de valoración gerontológica multidisciplinar en la asignación de recursos sociosanitarios. *Atención Primaria* 1997;20:92-6.
10. Sociedad Italiana de Geriátras Hospitalarios. Documento sobre los derechos del enfermo anciano. *Dolentium Hominum* 1997;36 (3):32-5.
11. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Barcelona: SG Editores SA y Fundació Avedis Donabedian, 1996;39-48.