

Utilidad del Comité de Ética Asistencial para las unidades de medicina intensiva

ITZIAR DE LECUONA

ALBERT ROYES

SUMARIO: 1. INTRODUCCIÓN. 2. EL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL COMO UNA FORMA DE HACER BIOÉTICA. 3. UTILIDAD DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA. 4. SOBRE LA COMPOSICIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL: ESPECIAL REFERENCIA A LA PARTICIPACIÓN DE MIEMBROS LEGOS. 5. CONCLUSIÓN.

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo analiza la utilidad del Comité de Ética Asistencial (CEA) para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital al que se adscribe. Su objetivo es concretar las funciones del CEA en medicina intensiva, dilucidar su contribución y esclarecer qué no es un CEA, con el fin de despejar dudas sobre su aportación a la institución y, en especial, a la UCI de la misma. En primer lugar, se describen las características generales de un CEA tomando como punto de partida la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO (2005)¹, que sitúa a los comités de ética en una posición estratégica. Asimismo, se expone brevemente el origen de los CEA vinculados al surgimiento de

1. Aprobada el 19 de octubre de 2005 por aclamación por la 33ª sesión de la Conferencia General de la UNESCO. Disponible en varios idiomas en <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>. Véase un comentario en DE LECUONA, I., «Textos y recursos de referencia para abordar los retos del derecho público ante las ciencias de la vida desde una perspectiva bioética», *Revista Catalana de Dret Públic*, Núm. 36, 2008, pp. 221 a 248. Disponible en http://www10.gencat.net/eapc_revistadret/revistes/Els_reptes_del_dret_public_davant_les_ciencias_de_la_vida (última consulta, 20 de enero de 2012).

la bioética en el contexto hospitalario norteamericano de mediados del siglo XX, y se analiza el estado actual de la cuestión. Todo ello con el objetivo de constatar que los CEA son una forma de hacer bioética necesaria en el contexto clínico y, por consiguiente, también en medicina intensiva.

En segundo lugar, se exponen y analizan las funciones de un CEA para la UCI de forma que sea posible concretar su utilidad en cuidados intensivos, especialmente como soporte para la toma de decisiones. Se trata de dar a conocer un recurso infrautilizado y que puede reportar resultados positivos tanto para pacientes y su entorno, como para profesionales sanitarios e instituciones. De este modo, la actividad de los CEA contribuye a incrementar la calidad de la asistencia sanitaria en varias direcciones, tal como se irá poniendo de manifiesto. En esta línea, se hará especial referencia al documento de voluntades anticipadas (DVA) en tanto que instrumento legal a disposición del usuario para dejar constancia de las directrices a seguir en caso de que haya perdido su autonomía para la toma de decisiones. Documento especialmente útil en pacientes críticos. El objetivo es evitar que se lleven a cabo actuaciones asistenciales en contra de su voluntad. Otorgar voluntades anticipadas está reconocido, tanto desde la perspectiva internacional como nacional y autonómica, como parte del derecho a la autonomía en sanidad y al consentimiento informado, derecho que debe poder ejercerse y que por lo tanto debe respetarse. Pero para ello es necesario que el ciudadano esté adecuadamente informado acerca de esta posibilidad. En este sentido, se insiste en que tanto el profesional sanitario –en especial, el médico especialista en intensivos– como la institución, deben conocer y respetar la voluntad manifestada por la persona mediante un DVA.

Finalmente, se estudia la composición y la formación de los miembros CEA y, de manera especial, el aporte de los miembros *legos* o *representantes de la comunidad* como un valor añadido. Más aún cuando en el ordenamiento jurídico español la normativa de carácter autonómico –que desde finales de los años 90 del siglo pasado ha venido regulando la creación, acreditación, funciones y composición de los CEA en instituciones hospitalarias y centros sanitarios– establece la incorporación del *lego* como parte del CEA.

2. EL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL COMO UNA FORMA DE HACER BIOÉTICA

Con carácter previo al análisis de la utilidad del CEA para la UCI

es necesario caracterizar este Comité, concretar su origen y exponer el estado de la cuestión más allá de su regulación legal en la actualidad. Para definir un CEA hemos elegido como punto de partida las disposiciones contenidas en el artículo 19 de la ya citada *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO, instrumento jurídico internacional adoptado por los Estados que forman parte de esta Organización del sistema de Naciones Unidas –para el fomento de la paz a través de la educación, la ciencia, la cultura y la comunicación–, con una posición de liderazgo en la sensibilización y el debate público en bioética a escala universal. La *Declaración* es un punto de partida ineludible por diversas razones: a) sitúa a los comités de ética en una posición estratégica, esto es, en el ámbito de aplicación de los principios que contiene, potenciando así el carácter práctico de estas instancias; b) establece una tipología de comités de ética y les encomienda unas funciones: comités de ética asistenciales (CEA), para prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos [art. 19 b)]²; comités de ética en investigación [art. 19 a)] y comités de ética o bioética nacionales [art. 19 c)]; c) insta a los Estados a apoyar la creación comités de ética en distintos niveles (art. 22.2), reconociendo así el establecimiento de comités de ética como necesario³. Los comités se convierten, de este modo, en actores principales para el tratamiento de «las cuestiones éticas relacionadas con medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales»⁴; d) vincula la bioética al derecho internacional de los derechos humanos, lo cual supone un hito para la bioética con importantes repercusiones desde la perspectiva práctica. Ello significa que principios bioéticos –como los de autonomía o justicia– y derechos humanos –como el derecho a la intimidad y a la confidencialidad– se

2. Véase un análisis de este artículo de la *Declaración* en DE LECUONA, I., «Los comités de ética como mecanismos de aplicación de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO», y CABRÉ, LI. «Los comités de ética asistencial» en CASADO, M. (Coord.), *Sobre la Dignidad y los Principios: análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*, Civitas, Navarra, 2009, pp. 441 a 452 y pp. 453 a 460, respectivamente.
3. Sobre el recurso de los Estados a los comités de ética para el tratamiento de las cuestiones bioéticas, véase BADIA, A. en CASADO, M. (Coord.), *Sobre la Dignidad y los Principios: análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*, Civitas, Navarra, 2009, pp. 495 a 508.
4. Tal como indica el artículo 1 de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO y que permite aportar una definición de la bioética como disciplina o como campo, cuestión que actualmente es objeto de debate. Véase en este sentido, y a modo de ejemplo el editorial de R. ASHCROFT y los artículos de A. DAWSON y R. MACKLIN en *Bioethics*, Vol. 24. Núm. 5, junio de 2010.

unen y son los comités de ética los mecanismos de aplicación de principios bioéticos y derechos humanos. Permiten la puesta en práctica de los principios bioéticos y contribuyen a la protección y promoción de los derechos humanos en su ámbito de actuación⁵. Por esta razón, sus miembros deben recibir formación específica en este sentido. Los comités de ética son una forma de hacer bioética que posibilita el paso de la teoría a la acción en los distintos contextos en los que se crean: asistencial, de investigación, de asesoramiento al poder político. Entender a los CEA como una forma de hacer bioética requiere analizar las funciones que se les encomienda en el contexto asistencial y los perfiles de formación de sus miembros, cuestiones que se tratan en los siguientes apartados.

El origen de los CEA se sitúa en el contexto norteamericano de mediados del siglo XX, en un momento en el que el desarrollo de las primeras UCI, el inicio de la ventilación mecánica, así como los primeros trasplantes de órganos, evidencian el poder de la medicina y sus posibilidades. Un desarrollo, especialización y tecnificación que plantea nuevas situaciones y nuevos dilemas desde la perspectiva profesional, en la que se incluye de manera explícita la dimensión (bio) ética. Pero también para el Derecho, pues la solución jurídica a esos dilemas o situaciones límite, o bien no existe o no es nada clara. Se trata de los llamados casos difíciles en los que las personas afectadas –pacientes– no pueden tomar decisiones por sí mismas, con lo que se plantea la cuestión de quién debe decidir por ellos en el contexto clínico: ¿familiares, médicos...?⁶. Los casos de Karen Ann Quinlan⁷, Nancy Cruzan⁸ y Anthony Bland⁹, han marcado la reflexión bioética a la que ha contribuido, además, la jurisprudencia al respecto¹⁰ –pues todos acabaron en los tribunales–, evidenciando no sólo la estrecha relación entre bioética y derecho sino también la necesidad de establecer comités de ética para

5. DE LECUONA, I., *Los comités de ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: análisis del régimen jurídico español*, Civitas, Navarra, 2011.
6. Véanse SINGER, P., *Repensar la vida y la muerte, el derrumbe de nuestra ética tradicional*, Paidós, Barcelona, 1997 y SIMÓN, P., BARRIO, I. M., *¿Quién decidirá por mí?, Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces*, Triacastela, Madrid, 2004.
7. *Matter of Quinlan* 70 N.J. 10 (1976) *Supreme Court of New Jersey*.
8. *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health* (88-1503), 497 U.S. 261 (1990)
9. *Airdale N.H.I. Trust v. Bland* (C.A.), de 19 febrero de 1993.
10. Sobre casos judiciales norteamericanos que han marcado con mayor o menor intensidad la reflexión bioética y la respuesta jurídica, incluyendo su proyección internacional, véase CARTIER POLAND, S., *Landmark legal cases in Bioethics*, National Reference Center for Bioethics Literature, The Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University.

el tratamiento de estos casos en el ámbito asistencial, como soporte para la toma de decisiones. De hecho, la sentencia final del caso Quinlan insta a las instituciones hospitalarias a crear comités de ética para *resolver*¹¹ estas situaciones. Son los jueces los que señalan que más útil que acudir a un tribunal sea el CEA de la institución correspondiente el que se pronuncie sobre el curso a seguir. Se introduce así una instancia que permita *aval*ar¹² la decisión de retirar o suspender un tratamiento de soporte vital. En la actualidad, como es sabido, los CEA no tienen carácter decisorio¹³, emiten recomendaciones, ya sea tras ser consultados o de oficio, pero no deciden ni pueden imponer una determinada actuación. Las decisiones sobre qué hacer o no hacer las toma el paciente o, en su defecto, sus allegados o su representante, si lo hubiere nombrado, juntamente con el médico responsable.

Puede afirmarse, pues, que el origen de la bioética se halla estrechamente ligado al de los comités de ética, especialmente en el contexto hospitalario, de ahí la visión práctica de estas instancias que se defiende en este capítulo. Los CEA, de la misma forma que el resto de comités de ética, se conciben como lugares en los que la deliberación en común de distintas disciplinas y experiencias ayuda a la toma de decisiones. De hecho la bioética se caracteriza por ser una reflexión interdisciplinar sobre las implicaciones éticas –y jurídicas y sociales¹⁴– de las nuevas tecnologías y de la biomedicina, desde el momento en que pueden provocar una injerencia en el ser humano, pudiendo afectar a sus derechos. La multidisciplinariedad se convierte en un rasgo definitorio de los Comités, junto a la independencia y el pluralismo, lo cual permite integrar distintas sensibilidades.

Sobre el estado de la cuestión en materia de CEA, en el plano inter-

11. La cursiva es de los autores de este trabajo.

12. La cursiva es de los autores de este trabajo.

13. Con la excepción de los CEA de los centros en los que se realizan trasplantes de órganos cuando se trata de donación de donante vivo que debe emitir informe preceptivo, tal como indica la normativa española al respecto: *Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos* (BOE Núm. 314, de 31 de diciembre de 1988) y *Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos* (BOE Núm. 3, de 4 de enero 2000). Véase también BUISÁN, L., GARCÍA MANRIQUE, R., MAUTONE, M., NAVARRO, M., *Documento sobre trasplantes de órganos de donante vivo*, Signo, Barcelona, 2011. Disponible en catalán, castellano e inglés en www.bioeticayderecho.ub.es/documentos (última consulta 20 de enero de 2012).

14. Tal como defiende M. CASADO, añadiendo que la bioética es también, una cuestión política. Véase CASADO, M., «Bioética para un contexto plural», en CASADO, M. (Comp.), *Nuevos materiales de bioética y derecho*, Fontamara, México, 2007, pp. 19 a 28.

nacional se está desarrollando una tendencia a trabajar en red¹⁵ para compartir experiencias, aprender de los errores y desarrollar procedimientos de trabajo que permitan llevar a cabo de forma adecuada y eficaz las funciones que se les encomienda a estas instancias, tanto en instrumentos jurídicos internacionales –sirva el ejemplo de la *Declaración de la UNESCO* ya citada–, como en las disposiciones normativas de los Estados. Si bien en la actualidad ya existen redes de trabajo formadas por comités nacionales de ética y por comités de ética en investigación –e incluso iniciativas mixtas–, todavía no ha sido posible constatar la existencia de redes de trabajo de CEA. Los debates y los resultados generados en las mencionadas redes podrían ser de enorme utilidad para los CEA. De hecho, existe una demanda creciente por parte de los miembros de distintos CEA para articular canales de comunicación y participación en común entre CEA ya constituidos. Así lo constata el informe sobre la actividad de los CEA en Catalunya elaborado por la Unidad de Bioética del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya¹⁶. El intercambio de experiencias es crucial para mejorar la eficacia de un CEA, su utilidad para profesionales y usuarios, proceso del que también se beneficiaría la institución en su conjunto al aumentar la calidad de la asistencia que se proporciona a los usuarios.

En el ámbito español, desde finales de los años 90 del siglo pasado se han promulgado normas jurídicas de carácter autonómico que regulan la creación, acreditación, composición y funciones de los CEA¹⁷. Una normativa prolija que pone de manifiesto la importancia que estos mecanismos multidisciplinarios, independientes y plurales adquieren para el derecho y para la sociedad. Se han convertido en una herramienta clave para el tratamiento de los problemas biomédicos, de los avances científico-tecnológicos, hasta el punto de que su creación es obligatoria en determinadas circunstancias. En este sentido, el *Decreto 94/2007, de 8 de mayo, por el que se crean y regulan la Comisión Asesora de Bioética de Canarias y los Comités de Ética Asistencial de Canarias* indica que si se trata de un centro de más de quinientas camas, se debe crear un CEA en esta institución (art. 6). El *Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica*

15. Para un análisis sobre la redes e iniciativas de comités de ética véase DE LECUONA, I., *Los comités de ética como mecanismos de protección...*, op. cit., pp. 71 a 89.

16. UNITAT DE BIOÈTICA, *Avaluació dels comitès d'ètica a Catalunya 2010*, Departament de Salut Generalitat de Catalunya, setembre de 2010. Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2853/ceas10.pdf> (última consulta 20 de enero de 2012).

17. Véase el ANEXO de este capítulo sobre normativa autonómica en materia de CEA.

en Andalucía también establece como obligatoria la creación *Comités de Ética Asistencial de Centros Sanitarios* (art. 10).

La regulación jurídica de los CEA por parte de las Comunidades Autónomas, a las que compete su tratamiento normativo por la transferencia de competencias en materia de sanidad, también permite constatar el peso específico que estas figuras han adquirido en el contexto clínico y asistencial. Es, por tanto, el momento de analizar su utilidad más allá de su reconocimiento social y jurídico.

3. UTILIDAD DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA

Es función del CEA «prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos», según indica la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO, y también, como ya se ha visto, los CEA deben poner en acción principios bioéticos y derechos humanos desde una concepción de la bioética eminentemente práctica y de base laica, que toma como referencia la protección de los derechos humanos internacionalmente reconocidos, lo cual incluye su protección y promoción en contextos clínicos.

Por su parte, la normativa sobre CEA promulgada por diversas Comunidades Autónomas establece que estas instancias ayudan a la toma de decisiones clínicas y sanitarias, atendiendo consultas y asesorando a profesionales y usuarios; elaboran protocolos de actuación y forman en Bioética a los profesionales sanitarios de la institución a la que se adhieren. Tras esta referencia a las funciones de un CEA con carácter general, exponemos a continuación qué utilidad puede tener, a nuestro juicio, esta instancia colegiada para una UCI.

La participación del CEA en la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica puede ser de utilidad para las UCI, contribuyendo a disminuir la variabilidad de la práctica clínica, que es uno de los problemas en medicina intensiva¹⁸. Desde la UCI es posible remitir al CEA los protocolos clínicos y éticos, para su revisión, debate y aprobación. En la práctica, esta parece ser una de las funciones primordiales del CEA y a

18. Aunque no es la única solución, pues es preciso, y así lo ha indicado la SEMICYUC, investigar la efectividad de los procedimientos y difundir los resultados. CABRÉ, LI., SOLSONA, F., y GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC, «Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Recomendaciones de la SEMICYUC», *Medicina Intensiva*, Vol. 26, Núm. 6, 2002, p. 306.

la que suele dedicarse más tiempo y esfuerzo¹⁹. «Las guías pueden centrarse en el análisis de conflictos bioéticos más comunes y que mayores angustias y dificultades generan en la práctica asistencial»²⁰. Así, es posible anticiparse y dar una respuesta adecuada a situaciones y problemas éticos propios del servicio de medicina intensiva, con lo que, además, es posible aumentar la calidad de la asistencia, por lo que el CEA muestra su utilidad para el servicio pero también para la gestión del hospital o centro sanitario con carácter global²¹.

Para la UCI, el CEA puede ser especialmente útil en situaciones límite, desempeñando una función consultiva y asesora ante decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV), antes mal llamadas decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) –porque no significa que el *esfuerzo* finalice cuando se toma la decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital²²–. Este tipo de decisiones sobre el enfermo crítico al final de la vida no son fáciles de tomar para el equipo médico, como tampoco para los vinculados al paciente, quien, en la mayoría de los casos, no puede decidir por sí mismo al haber perdido, por lo general de manera irreversible, su autonomía personal.

Limitar incluye suprimir y no instaurar tratamientos. Aunque el resultado sea el mismo, la muerte del paciente, siempre es más costoso en términos emocionales suprimir que no instaurar. Tal como señala la SEMICYUC, si la decisión «se ajusta a los principios éticos y a las normas de buena práctica clínica debe poder defenderse públicamente»²³. Pero muchas veces se generan situaciones que pueden requerir la consulta al CEA. Retirar la nutrición artificial, antibióticos o ventiladores mecánicos, por ejemplo, aunque esté médicamente indicado genera, en muchos casos, dilemas éticos y desacuerdos, sentimientos de fracaso y

19. Al menos así lo indican los informes que la Unidad de Bioética del Departament de Generalitat ha publicado sobre la actividad de los CEA desde 2005 (2005, 2008 y 2010) Informes disponibles en <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2853/ceas10.pdf> (última consulta 20 de enero de 2012).
20. ROYES, A., «Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico», *Revista de Calidad Asistencial*, Vol. 20, Núm. 7, 2005, p. 391.
21. CASADO, M., «La Bioética en la gestión hospitalaria» en ASEÑO, M. A. (Comp.), *Gestión diaria del hospital*, Masson, Barcelona, 2001, pp. 347 a 360.
22. CABRÉ, LL., SOLSONA, F., y GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC, «Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Recomendaciones de la SEMICYUC», *op. cit.*, p. 306.
23. CABRÉ, LL., SOLSONA, F., y GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC, «Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Recomendaciones de la SEMICYUC», *op. cit.*, p. 309.

frustración en el equipo médico y en los allegados. Es aquí donde el CEA se convierte en soporte. Con sus deliberaciones y pronunciamientos puede aportar seguridad al profesional, ayudar a identificar si existe o no un dilema ético o bioético, y a mejorar la información que se transmite a las personas vinculadas con el paciente o a su representante si éste lo hubiera designado. Debe tenerse muy en cuenta que se trata de decisiones por sustitución (en ausencia de DVA), y por ello objeto de posible conflicto. Las decisiones de LTSV son decisiones complejas y se trata de identificar en qué casos revisten legitimidad ética, por lo que el rol del CEA en las decisiones de LTSV puede resultar de enorme importancia. Es decir, que los CEA, mediante los procedimientos de deliberación y usando las distintas metodologías de análisis establecidas se convierten en una herramienta útil también en el contexto al que nos referimos en este capítulo.

Desde el punto de vista procedimental, y tras haberse planteado la consulta al CEA acerca de un determinado caso, el profesional sanitario puede articular una argumentación en la que basar sus decisiones, disminuyendo de este modo la angustia que provoca la situación «difícil» que se presenta en la práctica clínica, especialmente cuando el paciente no puede manifestar su voluntad y la familia o el representante del paciente muestra su disconformidad con la decisión que se les propone. O bien cuando existe desacuerdo en el seno del equipo responsable de un paciente concreto²⁴. Permite, además, identificar los valores éticos potencialmente en conflicto, así como los derechos humanos implicados –y su promoción, protección y respeto–. Son éstas cuestiones de carácter ético o bioético que van más allá de los aspectos técnicos o exclusivamente médicos y que no pueden obviarse, pero que muchas veces no es posible identificarlas o no se tienen suficientemente en cuenta.

En el mismo sentido, el CEA resulta una herramienta útil también para el usuario y las personas que lo acompañan y que, si es necesario, puede mejorar la comprensión sobre la información proporcionada por el equipo médico del servicio de medicina intensiva. En cualquier caso, de lo que se trata es de promover y facilitar el diálogo entre ambas partes. El hecho de que el CEA delibere desde la interdisciplinariedad sobre el caso en el que se encuentran implicados tanto pacientes o vincu-

24. MONZÓN, J.L., SARALEGUI, I., ABIZANDA, R., CABRÈ, Ll., IRIBARREN, S., MARTÍN DELGADO, M.C., MARTÍNEZ, K., y GRUPO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC, «Recomendaciones de Grupos de trabajo de la SEMICYUC, Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico», *Medicina Intensiva*, Vol. 32, Núm. 3, 2008, pp. 121 a 133.

lados como profesionales sanitarios, puede aportar aspectos positivos y facilitar la toma de decisiones, que es de lo que se trata.

El CEA puede, en estas circunstancias, contribuir a la resolución de conflictos. En ausencia de un DVA en vigor y otorgado por el propio paciente pueden darse discrepancias entre el equipo asistencial y las personas vinculadas con este mismo paciente. Aquí cabe señalar que el término *vinculados* incluye la persona responsable, la familia y el representante. El responsable es el que consta como tal en la hoja de ingreso y suele formar parte de la familia del paciente, es decir que puede tener con este último una vinculación familiar de hecho o de derecho. El representante del paciente puede haber sido nombrado por este último en un DVA, ante notario, o por cualquier otra vía legalmente establecida para ello. Es de elección libre por parte del enfermo, debe ser mayor de edad y aceptar su designación. La persona que el paciente nombre como representante tiene prioridad en la toma de decisiones, en tanto que interlocutor válido y necesario ante el equipo asistencial. Al haber sido elegido libremente por el propio paciente, es más probable que represente con mejor criterio el interés y la voz del enfermo, por lo que es crucial que se potencie esta figura.

En caso de conflicto, el CEA puede entrevistarse con el equipo médico y con las personas vinculadas con el paciente a fin de emitir, tras las oportunas deliberaciones, una recomendación. El CEA, como ya se ha avanzado, es únicamente un órgano consultivo y asesor. La decisión final sigue siendo fruto del consenso entre el equipo médico y los vinculados. Se trata de llegar a acuerdos voluntariamente sin imposiciones ni suplantando las funciones y obligaciones de los principales actores de la relación asistencial. Pero antes de que el CEA se pronuncie, consideramos necesario que dicha instancia pregunte, tanto al equipo médico como a los vinculados, si aceptarán la recomendación emitida, con el objetivo de fortalecer la eficacia del CEA en la institución, si bien debe tenerse en cuenta que el CEA siempre debe atender las consultas que reciba. De este modo se consigue que la decisión tomada tras la recomendación del CEA satisfaga a las partes implicadas, con lo que pueden evitarse, o al menos minimizarse, sentimientos de frustración y emociones negativas tanto por parte de los profesionales sanitarios como de las personas vinculadas con el paciente²⁵.

25. ROYES, A., «Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico», *Revista de Calidad Asistencial*, op. cit., pp. 391 a 395.

También puede ocurrir la situación contraria, que el paciente, consciente y en el ejercicio de su autonomía, solicite actuaciones o tratamientos que el equipo médico considera fútiles. En este caso, no resultaría necesario recurrir al CEA, porque el equipo médico no está obligado a llevar a cabo tratamientos de carácter fútil o que merezcan la consideración de sobretratamientos, entendiendo por tales todas aquellas actuaciones que van más allá de lo indicado o de lo que las guías clínicas recomiendan²⁶.

Con todo, es absolutamente necesario hacer referencia en este punto a los DVA, en especial cuando hoy se reivindica, como extensión del consentimiento informado, su diseminación entre profesionales y usuarios y existe una sólida base jurídica de carácter internacional, nacional y, en el caso del Estado español, también autonómica. El *Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina* para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano ante las aplicaciones de la biología y la medicina, del Consejo de Europa (hecho en Oviedo en 1997, en vigor en España desde el año 2000)²⁷, establece la posibilidad de otorgar *Voluntades Anticipadas* (art. 9)²⁸ por primera vez en un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para los Estados, y lo hace en el capítulo dedicado al consentimiento en el ámbito sanitario (capítulo II).

En el Estado español, otorgar *Voluntades Anticipadas* se halla regulado en la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*²⁹ (LAP) y por normas jurídicas de carácter autonómico. De hecho, la ratificación por parte del Estado español del *Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina* supuso la promulgación de la LAP para

26. Un tratamiento es fútil cuando no se consigue el objetivo fisiológico deseado y, por tanto, no existe obligación de aplicarlo. CABRÉ, LL., SOLSONA, F., y GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC, «Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Recomendaciones de la SEMICYUC», *op. cit.*, p. 308.

27. *Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina)*, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (BOE Núm. 251, de 20 de octubre de 1999). Se recomienda consultar la página web del Consejo de Europa sobre Bioética que permite el acceso al *Convenio* y a los *Protocolos Adicionales* al Convenio y a sus correspondientes informes explicativos. http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/default_en.asp (última consulta 20 de enero de 2012).

28. Artículo 9. *Deseos expresados anteriormente*. Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

29. BOE Núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

adaptarse a sus disposiciones –como por ejemplo, el derecho a ser informado sobre datos de salud y a la confidencialidad de los mismos así como la prohibición de discriminación por causas genéticas–. El reconocimiento legal a otorgar voluntades anticipadas implica que el profesional sanitario y también los vinculados tienen el deber, ya no sólo ético sino además legal, de respetar su contenido, por lo que si se actúa de otra forma se estaría incumpliendo la ley. Evidentemente, el contenido de las *instrucciones previas* –en terminología de la LAP–, debe ajustarse a derecho, es decir, no puede contener disposiciones contrarias al ordenamiento jurídico y debe ser acorde, o por lo menos no contrario, con la buena práctica clínica³⁰.

Que el hecho de otorgar un documento de Voluntades Anticipadas no se convierta en un trámite legal o burocrático sino en una oportunidad para el diálogo entre profesional y paciente y/o vinculados, y que no sea meramente formal, depende de la implicación que muestren las instituciones sanitarias, los propios profesionales y la información que transmitan al respecto. Se trata de potenciar una herramienta que supone la extensión del consentimiento informado y permite respetar la autonomía de la persona cuando no pueda decidir por sí misma. Es un paso más en el reconocimiento de los derechos de los usuarios del sistema sanitario. Informar sobre la posibilidad de otorgar un DVA y sobre cómo formalizarlo se convierte en una manera de reivindicar y poner

30. Artículo 11. *Instrucciones previas*. 1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas; 2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito; 3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones; 4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito; 5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

en práctica el respeto por la voluntad, la autonomía y los derechos de las personas en sanidad.

El *Observatori de Bioètica i Dret* (OBD), centro de investigación de la Universitat de Barcelona, publicó en el año 2001³¹ el *Documento sobre Voluntades Anticipadas*, en el que, además de analizar el significado de los DVA y su base legal, incluía un modelo DVA como pauta para el ciudadano. En aquel momento, en el que todavía no existía normativa estatal (LAP) y únicamente el *Parlament de Catalunya* había legislado al respecto³², la intención fue promover el debate sobre la posibilidad de otorgar *Voluntades Anticipadas* y potenciar así la autonomía del ciudadano para la toma de decisiones y su respeto como derecho reconocido en sanidad. La propuesta fue acogida con éxito y el *Documento* además de suscitar un debate sobre una de las cuestiones más propias de la bioética –el ejercicio de la autonomía personal–, sirvió de base para posteriores propuestas de DVA como la efectuada por el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*³³.

En el año 2010, este *Documento* del OBD se reeditó para incluir el análisis retrospectivo de la situación en esos diez años, que integra un estudio de la normativa autonómica sobre *Voluntades Anticipadas*³⁴ y que permite constatar el impacto del citado *Documento*, tanto en el ámbito legal como en el debate social. Aunque no es éste el lugar para exponer cómo se formaliza un DVA, las distintas vías y su registro, así como el acceso a su contenido por parte del profesional sanitario, sí queremos poner de manifiesto aquí la importancia de nombrar un representante de la persona en el propio DVA pues ayudará a esclarecer, en caso de duda, la voluntad del otorgante, y también cuando la situación no se ajusta con precisión milimétrica a aquello que consta por escrito en el DVA, el cual sirve, en todo caso, como orientación acerca de la voluntad y las prioridades del paciente³⁵.

31. ROYES, A. (Coord.), *Documento sobre las Voluntades Anticipadas*, Signo, Barcelona, 2001. Disponible en catalán, castellano e inglés en www.bioeticayderecho.ub.es/documentos (última consulta 20 de enero de 2012).
32. *Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica* (DOGC Núm. 3303, de 11 de enero de 2001).
33. Información de interés sobre los documentos de *Voluntades Anticipadas* facilitada por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya: Consideraciones, cómo formalizar un DVA, preguntas más frecuentes y registro disponible en www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3353/index.html (última consulta 20 de enero de 2012).
34. CASADO, M., ROYES, A. (Coords.), *Reedición y análisis del impacto normativo de los Documentos publicados por el Observatori de Bioètica i Dret de la UB sobre Voluntades Anticipadas y sobre la eutanasia*, Signo, Barcelona, 2010. Disponible en catalán, castellano e inglés en www.bioeticayderecho.ub.es/documentos (última consulta 20 de enero de 2012).
35. MONZÓN, J. L., SARALEGUI, I., ABIZANDA, R., CABRÉ, Ll., IRIBARREN, S., MARTÍN DELGADO,

Tal como señala el informe del *Comitè de Bioètica de Catalunya: Consideraciones sobre las voluntades anticipadas*, en aquellos casos en los que resulta difícil interpretar la voluntad expresada por el paciente, o bien que los familiares, los vinculados, el representante y los profesionales muestran disparidad de criterios, el CEA puede ofrecer una ayuda eficaz, multidisciplinar y racional, con una metodología reconocida, que puede ser enriquecedora³⁶.

Aunque se trata de situaciones no habituales en una UCI, cabe añadir que en caso de que el enfermo esté consciente y pueda manifestar por sí mismo su voluntad y su decisión de LTSV, si no se respeta su decisión se estaría incumpliendo la ley, cuestión que ya se ha puesto de manifiesto a propósito del contenido del DVA. En el Estado español, la LAP establece el derecho a la información, al consentimiento informado libre y voluntario y a rechazar tratamientos en el ámbito sanitario (art. 2. Principios básicos). Son, pues, casos que no deberían plantearse a un CEA, porque, insistimos, el rechazo al tratamiento es un derecho reconocido legalmente a los ciudadanos.

El CEA no es una instancia para explicar ni interpretar la legislación, tampoco para prestar asesoramiento jurídico. No se debe confundir el CEA con una unidad de atención al usuario, ni con una ventanilla de reclamaciones. Tampoco debe identificarse con la dirección del centro, pues uno de sus rasgos definitorios es la independencia, que debe mantener, aunque sí debe contar con su apoyo, que incluye recursos humanos y materiales. Con frecuencia ocurre que, aunque en ocasiones los profesionales se planteen formular consultas al CEA para recibir asesoramiento o incluso en caso de conflicto, no lo hacen porque identifican al comité con gerencia y porque lo conciben como un órgano fiscalizador de su actividad³⁷. Pero el CEA ni es parte de la dirección del centro, ni puede ni debe juzgar conductas; para eso están las comisiones deontológicas de los colegios profesionales y, en su caso, los tribunales, pero no

M. C., MARTÍNEZ, K., y GRUPO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC, «Recomendaciones de Grupos de trabajo de la SEMICYUC, Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico», *Medicina Intensiva*, op. cit., pp. 121 a 133 y véase también de nuevo artículo 11.1 LAP específicamente sobre el nombramiento de representante.

36. COMITÈ DE BIOÈTICA DE CATALUNYA, *Consideracions sobre el Document de Voluntats Anticipades*, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, marzo de 2010, p. 14. Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3353/cdva2010.pdf> (última consulta 20 de enero de 2012).

37. ÁLVAREZ, J. C., «Comités de ética asistencial: problemas prácticos», en MARTÍNEZ, J. L., *Comitès de bioètica*, Universidad Pontificia de Comillas-Desclée de Brower, Bilbao, 2003, pp. 71 a 89.

un CEA³⁸. La poca visibilidad del CEA en las instituciones contribuye a que no se perciba como un recurso útil al que acudir, y la falta de información acerca de sus funciones –las que incluye y las que debe excluir– a que sea infrautilizado, convirtiéndose demasiadas veces en una mera construcción formal.

La *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO introduce una función sensibilizadora y formativa en bioética que es necesario destacar, pues la educación y formación en bioética es uno de los retos pendientes desde una concepción práctica de la bioética como la que aquí se propugna. Los comités de ética, independientemente del ámbito en el que se creen, deben contribuir a la formación en bioética y a la sensibilización sobre cuestiones bioéticas que preocupan al ciudadano, especialmente en el ámbito sanitario y a la promoción del debate social acerca de las mismas. Los comités de ética en general, y los CEA en particular, pueden ayudar a generar confianza entre el ciudadano y los profesionales, favoreciendo, así además la calidad de la asistencia sanitaria. Esta función docente –y sensibilizadora– en bioética es parte de la utilidad que pueda reportar un CEA para una UCI y para la institución en general. Pero se trata de una función formativa que no sólo tiene lugar cuando se imparte y recibe formación, sino también en las situaciones antes descritas en las que se requiere la participación del CEA bien sea a demanda, por parte de profesionales y usuarios, o de oficio, en el momento de elaborar guías y protocolos. También en la redacción del código ético de la institución, que es otra de las tareas que los CEA llevan a cabo³⁹. El ambiente de reflexión y debate interdisciplinar que suele predominar en un CEA fomenta el trabajo en equipo y aporta una formación en términos de sensibilización hacia determinadas cuestiones que de forma aislada seguramente no se habrían detectado ni integrado en la toma de decisiones.

La capacitación y formación que proporcionan los CEA en el ejercicio de cada una de sus funciones, no sólo la docente, contribuye a crear una cultura de respeto por las decisiones de los usuarios, que trata de concretar qué principios bioéticos y qué derechos humanos se hallan

38. En este sentido, sirva de ejemplo el artículo 4.2 de la *Orden de 14 de diciembre de 1993, de acreditación de los comités de ética asistencial* (DOGC 1836/1993, de 24 de diciembre de 1993): «No son funciones de los comités peritar o manifestarse sobre las denuncias y reclamaciones presentadas contra la actividad asistencial».

39. CASADO, M., «La Bioética en la gestión hospitalaria» en ASENJO, M. A. (Comp.), *Gestión diaria del hospital*, op. cit. Sirva también de ejemplo el Código ético de la SEMICYUC. Disponible en <http://www.semicyuc.org/sites/default/files/codigo-etico-semicyuc.pdf> (última consulta 20 de enero de 2012).

implicados en cada caso concreto. Un enfoque bioético que se construye desde el trabajo en equipo y que, además de formar, contribuye, como ya se ha apuntado, a la mejora de la calidad de la asistencia en el centro sanitario. La formación que se imparte está estrechamente relacionada con la formación de los miembros del CEA, que incluye no sólo su capacidad técnica y competencia profesional sino también otras capacidades, como se menciona en el siguiente apartado.

4. SOBRE LA COMPOSICIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL: ESPECIAL REFERENCIA A LA PARTICIPACIÓN DE MIEMBROS LEGOS

La composición multidisciplinar y pluralista así como la independencia que establece la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO, puede concretarse tomando como ejemplo una de las normas pioneras sobre CEA, la *Orden de 14 de diciembre de 1993, de acreditación de los comités de ética asistencial* catalana según la cual los CEA deben estar formados, como mínimo, por siete miembros: médicos, ATS/diplomados en enfermería, un profesional de la unidad asistencial de la Dirección del Centro y una persona ajena a la institución con interés acreditado en el campo de la ética. Asimismo, si el centro cuenta con una unidad de atención al usuario, un comité de ética de investigación clínica y una comisión de calidad asistencial, debe formar parte del CEA un miembro de cada una de ellas, al igual que un profesional de la Asesoría Jurídica o del Servicio de Medicina Legal de la institución (art. 4)⁴⁰.

Esta normativa, una de las más antiguas de carácter autonómico, no se refiere específicamente a la bioética sino a la ética –cuyo interés acreditado debe mostrar el miembro que no forma parte de la institución–. Es cierto que la citada *Orden* establece que el centro en el que se cree el CEA debe garantizar que alguno de sus miembros tenga formación específica en bioética (art. 6). La situación ha cambiado en los últimos años, observándose una consolidación de la bioética como disciplina o campo específico, pues donde antes se demandaba formación ética ahora se lee bioética. Así, por ejemplo, el *Decreto 94/2007, de 8 de mayo, por el que se crean y regulan la Comisión Asesora de Bioética de Canarias y los Comités de Ética Asistencial* establece «la formación acreditada en bioética» tanto del personal vinculado al centro como del ajeno (art. 9). En la misma línea, el *Decreto 109/2005, de 27 de octubre, por el que se*

40. Que añade la posibilidad de crear comisiones específicas y designar asesores.

establece el régimen jurídico para la creación y acreditación de los comités de ética para la atención sanitaria de Asturias, señala que los miembros de un CEA deben demostrar un interés por la ética o acreditar formación en bioética y, que tiene que formar parte, entre otros, «una persona ajena a las profesiones sanitarias con interés acreditado en la bioética» (art. 6).

Este «interés acreditado» o la formación en bioética se puede conseguir y demostrar por distintas vías: la formación universitaria de posgrado y la capacitación específica a través de cursos de formación impartidos por instituciones de reconocido prestigio⁴¹. Hoy en día existen múltiples alternativas para formarse en bioética mediante distintos formatos gracias a las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías informáticas. Pero más allá de acreditar una formación determinada, el perfil ideal para ser parte un CEA es el resultado de una combinación que incluye junto al saber técnico o la experiencia, cierta actitud abierta y tolerante y aptitud para la deliberación y el debate y, especialmente, la voluntad de llegar a consensos. Es cierto que éstas pueden ser cualidades innatas, pero también se adquieren a través de la capacitación y el entrenamiento.

Junto a la formación clásica vía cursos de especialización o másters, las redes de CEA que se generen para compartir experiencias y desarrollar procedimientos de trabajo también contribuyen a la formación y a la mejora de las capacidades de sus miembros que luego se convertirán en formadores, también. Aquellos Comités que se encuentran en fase de creación tienen la posibilidad de aprender de los que ya tienen una larga trayectoria, con lo que se pueden identificar problemas y errores comunes. Asimismo existen diversos recursos *on line* en abierto. El *Programa de Bioética* de la UNESCO destaca por la iniciativa *Asistencia a Comités de Bioética* (ABC)⁴² que ha publicado diversas guías destinadas

41. Como por ejemplo la oferta formativa de la Universitat de Barcelona, que a través del *Observatori de Bioètica i Dret UB* ofrece, desde 1995 y sin interrupciones, el título de Máster en Bioética y Derecho (adaptado a 90 ECTS) y cursos de capacitación y formación específica a demanda de las instituciones que lo precisen para miembros de CEA y comités de ética en investigación (CEIC/CEI). El *Observatori* también ha impulsado la *Red de Comités de Ética de la Universidades Españolas y Organismos Públicos de Investigación*. Más información en www.bioeticayderecho.ub.es (última consulta 20 de enero de 2012).

42. El *Programa de Asistencia a Comités de Bioética* y las Guías para comités de bioética: Guía Núm. 1: Creación de comités de ética, UNESCO, París, 2005; Guía Núm. 2: Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas, París, 2006 y Guía Núm. 3: Capacitación de los comités de bioética, París, 2007 pueden consultarse en <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/bioethics/assisting-bioethics-committees/> (última consulta 20 de enero de 2012).

a comités de ética en general que contiene disposiciones específicas para CEA incluyendo una casuística. En el mismo sentido, merece atención el *Programa de Base de Estudios sobre Bioética*, también a iniciativa de la UNESCO, que analiza artículo por artículo la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos*, incluyendo una parte práctica y una guía para el docente⁴³.

En el Decreto asturiano ya mencionado que regula los CEA se prevé la participación ciudadana en el seno del comité (art. 6). Precepto que nos permite apostar por la integración como miembro del CEA del *lego* o *representante de la comunidad*, por diversas razones: el *lego* no tiene condicionantes profesionales, representa la voz de los usuarios y puede formular preguntas que, siendo aparentemente inocentes, contribuyen a que el debate no sea hipertécnico ni abstracto, disperso o profesionalizado en exceso. Es preciso aclarar aquí que no se trata de que el *lego* sea el representante de asociaciones de enfermos, que en su mayor parte están patrocinadas por la industria farmacéutica, hecho que puede comprobarse fácilmente visitando sus respectivas páginas web. El *Decreto* andaluz también citado es claro en este sentido, pues establece que debe formar parte del Comité una persona que no sea profesional sanitario ni esté vinculado laboralmente con los centros sanitarios adscritos al CEA, siendo elegida entre las personas usuarias de éstos. Además los miembros del CEA no pueden representar o actuar como portavoces de asociaciones de tipo social y va más allá, pues tampoco pueden ser miembros personas que representen una determinada ideología o confesión (art. 12). El trabajo en equipo que preconiza la interdisciplinariedad de un CEA se enriquece con la visión –y la experiencia– aportada por el miembro *lego*. La forma de hacer bioética abierta y plural que aquí se preconiza, se opone al debate y deliberación exclusivamente por parte de expertos, alejando así a la ciudadanía del tratamiento de las cuestiones bioéticas. Se trata de fomentar el trabajo en *co-laboratorio*⁴⁴.

Por todo ello, los CEA aportan un valor añadido que debe reivindicarse, en especial cuando recientemente la figura estadounidense del consultor bioético ha cobrado protagonismo. Es cierto que la urgencia

43. UNESCO, *Programa de Base de Estudios sobre Bioética*, París, 2008. Disponible en español en <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001636/163613s.pdf> (última consulta 20 de enero de 2012).

44. Tal como ha puesto de manifiesto M.J. Buxó desde una visión antropológica combinando saber técnico y experiencia. Buxó, M. J., «La conjunció aplicada dels "Co": comités, col.laboracions, col·legues, co-peracions, co-generació, co-gestió de dades i problemes», *Revista d'Etnologia de Catalunya*, Núm. 20, 2002, pp. 130 a 140.

también caracteriza a las UCI, para estas situaciones en las que es preciso actuar sin dilación, puede ser útil el recurso al consultor que aporta un análisis de la situación integrando las implicaciones bioéticas que puedan darse. Pero la utilidad del consultor bioético no es equiparable al aporte del CEA, precisamente por la interdisciplinariedad característica de éste, y a la que contribuye notablemente la figura del miembro lego y sobre todo si la bioética se entiende como una disciplina y como un lugar para reflexión en común que ayuda a la toma de decisiones y a la calidad de la asistencia sanitaria. Si bien, como ya se ha dicho, la toma de decisiones no puede trasladarse al CEA, tampoco puede recaer todo el peso en el consultor ante una situación difícil y de urgencia. En cualquier caso, son figuras compatibles dentro de una misma institución⁴⁵.

5. CONCLUSIÓN

La intención de este capítulo es revalorizar el CEA ante la institución de la que forme parte, poniendo de relieve su utilidad para las UCI. Es necesario dar a conocer entre profesionales y usuarios el papel que desempeña el CEA para asesorar en la toma de decisiones, especialmente en caso de conflicto, y para la confección o revisión de protocolos y guías en el ámbito clínico. Asimismo, se hace especial hincapié en la formación de los miembros del CEA en bioética y derechos humanos además de su labor formativa y contribución a la sensibilización y al debate sobre cuestiones bioéticas. También se analiza la composición del CEA y el perfil de sus miembros, apostando por integrar la figura del miembro lego o representante de la comunidad por el valor añadido que aporta. Todo ello para constatar que los CEA son una forma de hacer bioética necesaria en contextos clínicos y asistenciales, y de forma especial en medicina intensiva, que permiten la puesta en práctica de principios bioéticos y derechos humanos, su respeto y promoción, con lo que contribuyen también a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

45. En este sentido véanse los artículos de BECA, J. P., «Consultories d'ètica clínica: raons, avantatges i limitacions», *Bioètica i Debat*, Vol. 14, Núm. 54, 2008, pp. 1 a 5; HERNANDO, P., «la situació actual del comitès d'ètica assistencial», *Bioètica i Debat*, Vol. 14, Núm. 54, 2008, pp. 10 a 15 y COUCEIRO, A., «Comitès d'ètica o consultors d'ètica: què es millor per a les institucions», *Bioètica i Debat*, Vol. 14, Núm. 54, 2008, pp. 22 a 25.