

# Experiencia del Comité de Ética Asistencial del Hospital Carlos van Buren entre los años 2007-2020

SEBASTIÁN VEGA<sup>1</sup>, SANTIAGO PARRY<sup>1</sup>, GABRIELA PÉREZ<sup>1,a</sup>,  
 MARIANA CUBILLOS<sup>1,b</sup>, LILIANA ARAYA<sup>1,c</sup>,  
 FERNANDO NOVOA<sup>1</sup>, FELIPE CAMPOS<sup>1,d</sup>, HUMBERTO VALLEJOS<sup>1</sup>,  
 VÍCTOR VILLEGAS<sup>1</sup>, CAMILA BESOAIN<sup>1,e</sup>,  
 BERNARDITA ROJAS<sup>1</sup>, MIGUEL VALERO<sup>1</sup>, VICENTE QUIROZ<sup>1,a</sup>

## Analysis of a clinical ethics committee activities at a general hospital

**Background:** Clinical Ethics Committees are deliberative groups whose main functions are to assess cases with ethical-clinical conflicts, to generate institutional protocols for preventive purposes, and to train health teams. **Aim:** To analyze the activity of a clinical ethics committee of a general hospital in the period 2007-2020. **Material and Methods:** A retrospective analysis of all session records, annual reports, case resolution and documents generated by the Clinical Ethics Committee of Carlos van Buren Hospital in Valparaíso, Chile, between 2007 and 2020, was carried out. **Results:** On average, 12 cases are analyzed per year. Sixty percent correspond to requests from pediatric units and in 78% of these cases there was at least one neurological disease. In 62% of cases, the main ethical dilemma was adequacy of therapeutic effort, followed by dilemmas related to the exercise of autonomy in 18.2%. In education, two courses are identified aimed to doctors, residents, and other members of the health team. Regarding normative functions, several documents were generated at the request of the Hospital management or in different clinical situations. During COVID-19 pandemic, the active role of the committee was linked to the three main functions, namely evaluating cases, participating in morbidity and mortality meetings for preventive purposes, and issuing guidelines and recommendations for action. The active participation of Pediatric Neurology residents in the Committee, for educational and administrative purposes, stands out. **Conclusions:** The three main functions described for the ethics committees were exerted by this Committee during the evaluated period. The impact of our recommendations remain to be objectively evaluated.

(Rev Med Chile 2022; 150: 391-396)

**Key words:** Bioethical Issues; Ethics Committees, Clinical; Education, Medical.

Los comités de Ética Asistencial (CEA) son órganos colegiados de deliberación, consultivos e interdisciplinarios, cuyas principales funciones son, en términos generales, consultiva, educativa y normativa<sup>1,5</sup>. Analizan casos en que existen conflictos éticos a solicitud de profesionales o pacientes; se capacitan y, a

su vez, capacitan a los equipos de salud en la incorporación de aspectos éticos en la atención de pacientes y en el desarrollo de la sensibilidad moral para captar situaciones dilemáticas; desarrollan guías de actuación frente a situaciones con conflictos éticos. La función más conocida es el análisis de casos<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Comité de Ética Asistencial, Hospital Carlos van Buren de Valparaíso. Valparaíso, Chile.  
<sup>a</sup>Residente Programa de especialidad en Neuropediatría, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.  
<sup>b</sup>Odontopediatra.  
<sup>c</sup>Enfermera Universitaria.  
<sup>d</sup>Asistente Social.  
<sup>e</sup>Abogada.

Recibido el 28 de abril de 2021, aceptado el 16 de mayo de 2022.

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia a:  
 Dr. Sebastián Rodrigo Vega Toro  
 San Ignacio #725. Valparaíso, Chile.  
 sebastian.vegat@gmail.com

## Historia y funcionamiento

El origen de los CEA se remonta a los años sesenta en Estados Unidos de Norteamérica<sup>1</sup>, en respuesta a problemas derivados del desarrollo científico-técnico en Medicina. Fueron precedidos por los comités institucionales de revisión, que trataban fundamentalmente aspectos éticos y científicos de la investigación clínica, y por los comités de pronóstico o de cuidados críticos. Como consecuencia de los casos Quinlan y Baby Doe, y el impacto de las decisiones sobre hemodiálisis, trasplante de órganos y terapias de soporte vital, deliberadas en el seno de comités constituidos por personas ajenas a la profesión médica, los comités de ética van incorporando progresivamente en sus definiciones el análisis de los valores morales en conflicto y, a su vez, de los conflictos de interés producidos en el seno de una nueva relación clínica institucional. En un contexto de críticas al paternalismo médico, mayor participación de los pacientes en las decisiones, su complejidad creciente y la necesidad de aplicar principios éticos en Medicina, se expanden por Estados Unidos tras la recomendación de la Comisión Presidencial para el estudio de problemas éticos en Medicina e Investigación en 1983 y la incorporación de los comités de ética hospitalarios en los estándares de calidad por la *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations* (JCAHO) en 1992. Si bien en España el primer CEA data de 1976, en Europa, el desarrollo es más tardío y se da eminentemente en los 90<sup>2</sup>.

En Chile, los CEA nacieron en 1994 estableciendo mediante norma técnica las normas generales<sup>1</sup>. Están regulados por el reglamento específico, que se desarrolla posterior a la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes del paciente, de 2012<sup>3</sup>.

Nuestro CEA inició sus actividades en 1997, funcionando continuamente durante 23 años. Actualmente cuenta con 12 miembros permanentes, incluyendo un miembro de la comunidad y una abogada. Desde el primer año incluido en esta revisión participan como secretarios los residentes del programa de especialidad en Neurología Pediátrica de la Universidad de Valparaíso.

Las sesiones de nuestro CEA tienen duración de una hora cronológica mensual y, hasta marzo de 2020, se realizaban presencialmente. En pandemia se realizaron de manera virtual, agregándose las sesiones extraordinarias donde se analizan los casos de urgencia mediante asesoría ética de urgencia, desde marzo de 2017.

Pueden acceder cualquier miembro del equipo de salud y pacientes mediante interconsulta dirigida al CEA, la que se analiza en sesión ordinaria o extraordinaria.

Para ilustrar la actividad real de los CEA en nuestro país, queremos dar a conocer nuestra experiencia en el Hospital Carlos van Buren de Valparaíso en el período 2007-2020 desde las tres principales funciones de los CEA.

## Metodología

Se realizó análisis retrospectivo de actas de sesión, informes anuales de consultas sometidas a evaluación, solicitud de interconsultas, resolución de casos y documentos elaborados por el CEA entre enero de 2007 y septiembre de 2020.

Para el análisis de cada caso se invitó a la sesión respectiva al profesional o paciente que lo solicitaba, aclarándose en un primer momento lo relativo a los hechos y luego la deliberación sobre los valores, problema ético principal, identificación de cursos de acción y posteriormente la recomendación. Los valores identificados, el problema ético principal y las recomendaciones quedaron incorporados en informe en la ficha clínica.

Respecto al análisis de casos, se generó una base de datos anonimizada en plataforma Microsoft Excel 2013<sup>®</sup> de toda evaluación solicitada, en que se incluyeron datos demográficos (edad de la persona y sexo), unidad de origen, valores identificados, dilema ético principal identificado y necesidad de resolución de urgencia, obtenido de las resoluciones generadas tras análisis de casos y corroborado por 3 miembros distintos del CEA para evitar discordancias. Estos datos se caracterizaron mediante estadística descriptiva.

Sobre funciones educativa y normativa se enlistaron los protocolos institucionales revisados y las actividades de capacitación generadas por el CEA. La metodología fue aprobada por Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

## Resultados

### *Función consultiva*

#### *Casos evaluados*

En el período estudiado, se analizaron 159 casos, con un promedio de 12 casos por año, alcanzando máximo 17 y mínimo 8 casos en un

año. Del total, 8 fueron resueltos mediante asesoría ética de urgencia y 151 en sesión ordinaria.

El promedio de edad de los pacientes que motivaron la consulta fue 26,03 años (6 días-93 años). El 60,37% de los casos fueron menores de 18 años (96 casos), con promedio de edad 5,5 años. En los adultos, el promedio fue 57,19 años.

Según unidades de origen, en los casos pediátricos estos se presentaron desde Pediatría (51 casos), Neonatología (11 casos), UCI pediátrica (11 casos), Ginecología infantil (9 casos), Traumatología infantil (4 casos), Cirugía infantil (3 casos), entre otros. En los pacientes adultos, estos se presentaron desde Neurología (23 casos), Medicina Interna (14 casos), Gineco-Obstetricia (6 casos), UCI (6 casos), Traumatología (5 casos) y Neurocirugía (3 casos), entre otros. En 157 casos la solicitud fue hecha por médico, 1 por profesional de enfermería y 1 por familia de paciente.

En 4 pacientes pediátricos, la solicitud se realizó en 2 ocasiones durante el mismo año y en 1 paciente se realizó en 3 ocasiones en momentos distintos. En todos, el dilema ético se mantuvo.

A su vez, como se observa en Tabla 1, destaca que 124 (77,98%) del total de pacientes presentaban al menos 1 patología neurológica, sin que hayan sido solicitadas por especialistas afines. De ellos, 83 casos (66,9%) provenían de unidades pediátricas y 41 casos (33,1%) provenían de unidades de pacientes adultos.

### Problemas ético-clínicos identificados

En todos los casos se identificó al menos un problema ético-clínico tras la evaluación, a pesar de haber existido 10 casos en los cuales el motivo de evaluación no especifica pregunta ética, sino solo descripción de la situación clínica a evaluar. En 15 se identificaron al menos 2 problemas. La distribución de casos adultos y pediátricos se detalla en Tabla 2.

El problema ético-clínico único o predominante más frecuentemente evaluado fue la adecuación de esfuerzo terapéutico en 99 casos (62,2%), de los cuales, 69 (69,7%) provinieron desde servicios pediátricos y 30 (30,3%) desde unidades de adultos. De ellos, en su mayoría se plantean en contexto de mala calidad de vida (dato no cuantificado, observación de los autores).

Los otros problemas más frecuentes fueron relacionados a autonomía en 30 casos (18,8%), en tanto dudas sobre la competencia o ausencia de representante en paciente no competente o menor de edad.

Con menor frecuencia se presentaron casos por rechazo a tratamiento, justicia en distribución de recursos, solicitud de esterilización quirúrgica en menores de edad con discapacidad intelectual, e interrupción del embarazo previo a la promulgación de la ley 21.030\*.

\*Ley 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, vigente desde el 23 de septiembre de 2017.

**Tabla 1. Características de los casos sometidos a evaluación**

Unidad o servicio de origen	n de casos (2007-2020)	Edad promedio (mínimo-máximo)	Presencia de patología neurológica	Asesoría ética de urgencia
Pediátrico	96 (60,3%)	5,5 años (6 días-17 años)	83 (86,4%)	1
Adulto	63 (39,6%)	57,19 años (16-93 años)	41 (65%)	6
Total	159	26,03 años (6 días-93 años)	124 (78%)	7

**Tabla 2. Dilema ético principal identificado en las solicitudes evaluadas, según unidades de origen**

Dilema ético principal	Pediátrico(a) (n = 96)	Adulto(a) (n = 63)	Total (n = 159)
Adecuación esfuerzo terapéutico	69 (71,8%)	30 (47,6%)	99 (62,2%)
Competencia – ausencia representante	4 (4,1%)	17 (27%)	21 (13,2%)
Interrupción del embarazo	0	4 (6,3%)	4 (2,5%)
Ética distribución de recursos	2 (2,1%)	5 (7,9%)	7 (4,4%)
Rechazo de tratamiento	2 (2,1%)	6 (9,5%)	8 (5%)

### *Función educativa*

En cuanto a capacitación interna, en la mayoría de las sesiones se analizó un artículo científico sobre aspectos éticos relacionados a los casos presentados o sobre temas de ética médica.

En el período analizado, nuestro CEA organizó 2 cursos. Uno de ellos de 15 horas cronológicas en 2015, destinado a 30 miembros del personal médico del hospital y residentes en formación de especialidad, con temas en bioética (relación clínica, consentimiento informado, metodología para el análisis de casos, adecuación de esfuerzo terapéutico, distribución de recursos en salud, investigación, entre otros) abordados en forma teórica a partir de casos clínicos, con discusión colectiva conducida por moderador. A su vez, otro curso de 20 horas pedagógicas, en 2017, para 25 personas de estamentos no médicos y servicios, donde se abordaron temas con énfasis en ética del cuidado, comunicación, problemas éticos al final de la vida y ética de las instituciones de salud, cuya actividad final fue elaborar colectivamente el perfil profesional del trabajador sanitario del hospital.

El año 2016 fuimos contactados por profesionales de otro servicio de salud del país para asesorar en la creación de un CEA, apoyando a la Oficina de Bioética del Ministerio de Salud.

### *Función normativa*

En el período estudiado se generaron 52 documentos desde el propio comité o a solicitud de la Dirección del establecimiento. En promedio, se emitieron 4 documentos por año. Los documentos abordaron diversos aspectos, tales como: Aspectos éticos de la paralización de actividades, definición de funciones del médico tratante y del CEA en el análisis de casos, consideraciones éticas sobre tratamientos de normalización en pacientes con trastornos del desarrollo sexual, resguardo de la intimidad de los pacientes, propuesta para abordaje institucional de errores médicos y eventos adversos, consideraciones éticas y legales sobre consentimiento informado en ausencia de representante, capacitación de los pacientes en toma de decisiones compartidas, aspectos ético-jurídicos en intervenciones irreversibles en menores con discapacidad intelectual, entre otros.

Mediante análisis de casos se identificaron 4 situaciones con dilemas generados por brechas de acceso a recursos sanitarios, notificándose a los

equipos de salud y a las autoridades institucionales, visibilizando el conflicto identificado.

### *CEA en pandemia COVID-19*

La alta frecuencia de consultas relacionadas a la adecuación del esfuerzo terapéutico en nuestra casuística plantea la importancia que el CEA tiene en el enfrentamiento institucional ante la pandemia por COVID-19, ejerciendo allí su labor íntegramente.

Participamos mediante generación de políticas institucionales a través de recomendaciones a la Dirección y, a solicitud de ella, pronunciamiento frente a situaciones con problemas ético-clínicos derivados del manejo de la pandemia. A su vez, desde el período abril a septiembre 2020, se duplicó el número de sesiones en modo virtual y se generaron comités multidisciplinarios de análisis de casos de pacientes fallecidos con enfoque preventivo. Por otra parte, se promovieron instancias de capacitación en reuniones con servicios y unidades clínicas, donde se deliberó a partir de situaciones problemáticas para los equipos.

## **Discusión y Conclusiones**

---

Los CEA constituyen instancias fundamentales en el quehacer clínico, apoyando a profesionales y pacientes en el proceso de toma de decisiones.

Este trabajo permite identificar desafíos ante el ejercicio de la labor consultiva y la necesidad de enfocar aspectos relacionados con capacitación en bioética. Son conocidos los desafíos en la función consultiva, donde el número de casos es escaso y aquellos sometidos a evaluación tienden a ser los más extremos<sup>4</sup>.

Se observa un promedio de 12 casos por año en el período estudiado. Esto dista de la observación clínica en la que frecuentemente existen problemas éticos en la atención de los pacientes, situación transversal y de mayor magnitud a nivel nacional<sup>4</sup>. Una encuesta desde la Oficina de Bioética del Ministerio de Salud, y respondida por 56% de los CEA a nivel nacional en 2019, mostró que el promedio de casos evaluados en el último año era 6-7, con un máximo de 13 y un mínimo de 0. Esto se explicaría por demora entre solicitud y reunión, tiempo para preparar el caso, temor de los profesionales a ser evaluados en su desempeño clínico, desconocimiento de sus ventajas, y las

experiencias de consultas previas, además de la no obligatoriedad de consultar al CEA todos los problemas éticos<sup>4,6,8</sup>.

En cuanto a los casos analizados, destaca la mayor frecuencia pediátrica y con comorbilidad neurológica, lo que puede estar relacionado con la conformación del comité con predominio de pediatras y neuropediatras, quienes podrían haber favorecido la identificación de problemas ético-clínicos en sus equipos. A su vez, la proporción de pacientes en que se solicita evaluar adecuación de esfuerzo terapéutico es mayor en población pediátrica respecto de adultos, en quienes destacan los problemas sobre autonomía, particularmente ausencia de representante, dudas sobre competencia y rechazo a tratamiento.

De lo anterior se desprenden algunas reflexiones. En la mayoría de los casos sometidos a evaluación para adecuar esfuerzo terapéutico, el motivo fue mala calidad de vida. Ello propone interrogantes sobre la valoración de la calidad de vida en los equipos de salud, y la necesidad de incorporar al representante en esta valoración subjetiva, que precisa de herramientas comunicativas y deliberativas.

Destaca la menor frecuencia de casos sometidos a evaluación desde Unidades de Paciente Crítico, sin cambios en los últimos años, considerando la implementación de asesoría ética de urgencia. Ello sugeriría que los equipos mantienen una experiencia continua en enfrentarse a estos dilemas o que, en muchos casos, los cursos de acción acordados ante el final de la vida se determinan con antelación al período agudo. Presenta especial relevancia la resolución por asesoría ética de urgencia. La actual disponibilidad de métodos tecnológicos para conectividad surge como una oportunidad ante situaciones de urgencia.

Considerando las directrices internacionales y la normativa local sobre intervenciones irreversibles en menores de edad con discapacidad intelectual, es probable que el número de casos que en la práctica develan este dilema, en contraposición a las solicitudes enviadas, sea significativamente mayor, debido a que los CEA deben revisar todos estos casos. Esto, dada la colisión entre el derecho a la maternidad, la indemnidad corporal y el goce pleno de las libertades personales, independiente del nivel cognitivo<sup>7</sup>.

Destacan los casos relacionados a autonomía y ausencia de representante en paciente no compe-

tente, reflejando la fragilidad del soporte social de personas vulnerables y el riesgo que esto tiene de lesionar el principio de no discriminación arbitraria. En justicia, la situación social debe superarse y no utilizarse como criterio para limitar intervenciones. La no incorporación de las personas o sus representantes en las decisiones vulnera su dignidad y promueve cursos de acción extremos.

En relación a actividades de capacitación, estas se desarrollaron en forma interna en cada sesión, en forma externa mediante cursos y en reuniones de los diferentes servicios y unidades del hospital.

Destaca la continua participación de residentes de Neuropediatría en el funcionamiento del CEA en su proceso formativo, especialmente relevante ante la alta frecuencia de problemas éticos en pacientes pediátricos con patología neurológica.

Hasta la fecha no se ha evaluado en forma objetiva el impacto de las recomendaciones o el nivel de satisfacción de los consultantes. Experiencias nacionales señalan otros fines de la participación de los CEA que deben ser evaluados sistemáticamente<sup>8</sup>.

En lo normativo, se observa una actividad constante mediante recomendaciones a la autoridad institucional derivadas del análisis de casos, promoviendo el desarrollo de protocolos o guías.

Surgen desafíos futuros. Particularmente, evaluar en forma prospectiva el seguimiento de casos, a fin de identificar sus efectos sobre el equipo de salud y el impacto de las recomendaciones.

En conclusión, la actividad de nuestro CEA ha permitido visualizar el mayor número de casos pediátricos sometidos a evaluación y con alta frecuencia de comorbilidad neurológica. A su vez, destacan los problemas relacionados a proporcionalidad y autonomía. La actividad de nuestro CEA se desarrolló en las tres funciones principales descritas para los comités durante el período evaluado. Surgen desafíos relacionados con la evaluación del análisis de casos.

**Agradecimientos:** Especialmente a nuestro primer presidente, fundador, actual presidente honorario, docente y maestro, quien ha trabajado incansablemente a nivel nacional y regional por la incorporación de los aspectos éticos en el ejercicio médico actual y ha inspirado el desarrollo de este trabajo: Dr. Fernando Novoa Sotta. A los residentes del Programa de Especialidad en Neuropediatría, quienes son el motor de nuestro Comité.

Especialmente a Vicente Quiroz y Gabriela Pérez, quienes han contribuido al desarrollo de este manuscrito. A todos los miembros de nuestro CEA que han formado parte a lo largo de su historia: Pablo Cox, Raúl Villarroel, María Paz Bacigalupo, Carolin Gálvez, Cecilia Campusano, Claudia Huerta, Macarena Dávila.

## Referencias

1. Gómez M. Los Comités de Ética Asistencial. En Reflexiones sobre Bioética: Seminarios de la Academia Chilena de Medicina (2011-2013), pp 170-9. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2015/09/Los-Comites-de-Etica-Asistencial-Dra.-Maria-Ines-Gomez.pdf> (Consultado el 24 de diciembre de 2020).
2. Beca J. La toma de decisiones en ética clínica. Infante. Seminario de Ética Clínica de la Academia Chilena de Medicina (28.09.2011), pp 193-203. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2014/05/La-Toma-de-decisiones-en-ética-cl%C3%ADnica.pdf> (Consultado el 24 de diciembre de 2020).
3. Ministerio de Salud de Chile, Decreto 62. Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial. 25.10.2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/cff302521ff8ef-c5e040010164012b09.pdf> (Consultado el 24 de diciembre de 2020).
4. Beca J, Koppmann A, Chávez P, Delgado I, Solar S. Análisis de una experiencia de consultoría ético clínica en cuidado intensivo. Rev Med Chile 2010; 138: 815-820.
5. Beca J. Los consultores ético Clínicos. En Bioética para la toma de decisiones. Ed. FELAIIBE 2014; parte 1 pp 222-34. Disponible en: [https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2016/12/Beca-JP-Consultores-etico-clinicos-En-TOMA\\_DE\\_DECISIONES\\_parte\\_1.pdf](https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2016/12/Beca-JP-Consultores-etico-clinicos-En-TOMA_DE_DECISIONES_parte_1.pdf) (Consultado el 24 de diciembre de 2020).
6. Aulisio MP, Moore J, Blanchard M, Bailey M, Smith D. Clinical ethics consultation and ethics integration in an urban public hospital. Camb Q Healthc Ethics 2009; 18: 371-83.
7. Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile. Decreto 201. Promulga la convención de las naciones unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. 25.08.2008. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=278018> (Consultado el 24 de diciembre de 2020).
8. Beca J. Experiencia en Consultoría ético-clínica en Chile. En: Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial? Cuaderno Fundación Victor Grifols i Luca 2018; 46: 38-52. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2019/04/JP-BECA-Consultoria-Etico-clinica-F-Grifols-2017.pdf> (Consultado el 24 de diciembre de 2020).