



UNIVERSIDAD DEL ISTMO
FACULTAD DE EDUCACION
MAESTRIA EN BIOETICA

COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

ALFREDO BENJAMIN FLORES GIRÓN
GUATEMALA, JUNIO DE 2012



UNIVERSIDAD DEL ISTMO
FACULTAD DE EDUCACIÓN

COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

TRABAJO DE GRADUACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA
FACULTAD DE EDUCACIÓN

POR

ALFREDO BENJAMÍN FLORES GIRÓN

AL CONFERIRSELE EL TÍTULO DE

MÁSTER EN BIOÉTICA

GUATEMALA, JUNIO DE 2012



UNIVERSIDAD
DEL ISTMO
FACULTAD DE
EDUCACIÓN

Guatemala, 18 de mayo de 2012.

**EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DEL ISTMO**

Tomando en cuenta la opinión vertida por los asesores de Trabajo Final, y considerando que el mismo satisface los requisitos establecidos, **AUTORIZA** al Doctor **ALFREDO BENJAMÍN FLORES GIRÓN**, la impresión de su Trabajo Final titulado:

“COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL”

Previo a optar el título de

MÁSTER EN BIOÉTICA

Licda. Mirna Rubí Cardona de González
Decana

CC: Archivo
Bio-24/12
BA/MAG

7a. Avenida 3-67 zona 13
PBX (502) 2429-1400
Directo (502) 2429 - 1431
Fax: (502) 2475 - 2192
E-mail: fedu@unis.edu.gt
www.unis.edu.gt
Guatemala, Centroamérica

Guatemala, 10 de mayo de 2012

Doctor
Roberto David
Director de Bioética
Facultad de Educación

Estimado Dr. David:

Por este medio informo que he concluido la revisión de estilo del Trabajo Final que presenta el Doctor **ALFREDO BENJAMÍN FLORES GIRÓN**, carné **2010-455**, de la carrera de Maestría en Bioética, el cual se titula "**COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL**".

Luego de la revisión, hago constar que el Doctor ALFREDO BENJAMÍN FLORES GIRÓN, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para imprimir.

Atentamente,

A handwritten signature in purple ink that reads "Patricia de Donis". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line that extends across the page.

Licenciada Patricia de Donis
NOMBRE DE ASESOR DE ESTILO
Revisor de Estilo



UNIVERSIDAD
DEL ISTMO

FACULTAD DE
EDUCACIÓN

Guatemala, 11 de mayo de 2012.

Señores
Consejo de Facultad
Facultad de Educación
Presente.

Estimados Señores:

Por este medio informo que he asesorado y revisado a fondo el trabajo de graduación que presenta el **DOCTOR ALFREDO BENJAMÍN FLORES GIRÓN**, carné **2010-455**, de la carrera de Maestría en Bioética, el cual se titula "**COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL**".

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Flores, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de estilo.

Atentamente,

Dr. Roberto David
Revisor de Fondo

CC: Archivo
Bio-17/12
RD/BA

7a. Avenida 3-67 zona 13
PBX (502) 2429-1400
Directo (502) 2429 - 1431
Fax: (502) 2475 - 2192
E-mail: fedu@unis.edu.gt
www.unis.edu.gt
Guatemala, Centroamérica

RESUMEN

Los Comités de Ética Asistencial han sido creados como órganos multidisciplinarios en los Centros Asistenciales, para colaborar y ofrecer orientación respecto de los dilemas Bioéticos que surgen diariamente en las instituciones de atención en salud.

El presente estudio muestra que aunque actualmente es una necesidad la conformación de los mismos, en los principales hospitales de Guatemala se pudo comprobar que, en la mayoría de ellos, no están conformados, y que en donde sí lo están algunos no permanecen activos. Y los que están activos, no poseen reglamento o normas de trabajo.

Durante el desarrollo del trabajo se hace una revisión de su historia y de los motivos que sugieren la necesidad y obligatoriedad que se tiene del funcionamiento de dichos comités.

Como aporte académico a estos centros, se sugiere la manera de conformar los mismos y se presenta una propuesta de reglamento que norme su función de éstos.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	08
MARCO TEORICO	10
RESULTADOS	23
DISCUSION	29
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
ANEXOS	35
BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUCCION

El profesional de la medicina tiene como objeto de trabajo y finalidad del mismo, atender al ser humano. El médico debe mostrar en todo momento un comportamiento moral adecuado a la necesidad de sus pacientes. Sin embargo, la complejidad de la medicina moderna, exige no solamente conocimientos, sino empatía y buena voluntad. Se encuentran problemas y dilemas en el manejo de conciencia y moral. Por eso en los centros asistenciales médicos se reconoce la necesidad de alguien capacitado para conocer y evaluar los problemas de atención éticos en el servicio médico el cual ayude a resolver este tipo de problemas de salud.

La American Society of Bioethics and Humanities (ASBH) define la Consulta Ética como: “Un servicio ofrecido a una persona o grupos de personas para ayudar a pacientes y familias, proveedores en salud u otras partes implicadas, para tratar conflictos éticos que pueden aparecer en la atención sanitaria” ⁽¹⁾. Para facilitar al profesional de la salud, una guía de reflexión ética-legal, aparecen en los años 70 los Comités de Ética Asistencial (CEA). Estos comités con su labor orientadora, prestan un valioso servicio al médico, al paciente y a la sociedad, ayudan en cada caso presentado, a tomar la decisión más adecuada y aportan grandemente a la solución de dudas o conflictos generados durante la asistencia médica, con beneficio para las partes interesadas, especialmente el paciente.

A medida que ha transcurrido el tiempo, los CEA han adquirido un papel relevante dentro de la ética profesional y en la mayoría de los hospitales serios, se cuenta ya con un comité para que cumpla con estas funciones. Se puede decir que el impulso definitivo para la creación de los CEA en los hospitales lo constituyó el Manual de Acreditación de Hospitales de 1992 de la Joint Commission of Accreditation of the Healthcare Organizations, al incluir como criterio de calidad para todo hospital, la disposición de algún mecanismo que ayudase a los profesionales de la salud, pacientes y familias a abordar los conflictos éticos que pudieran aparecer en el proceso asistencial ⁽²⁾.

En Guatemala no se conocen, o no se dimensionan los Comités de Ética Asistencial en los centros hospitalarios. En este informe se presenta una guía práctica de conformación de los grupos multidisciplinarios, con un reglamento propio de trabajo y actuación, para que sea útil y de fácil uso en el medio nacional o latinoamericano. Esto puede servir para

incentivar a las autoridades locales o nacionales, para que se introduzcan las regulaciones necesarias y se implemente el funcionamiento de dichos comités, para que de esa manera se mejore la calidad de la atención y servicio a su objeto de trabajo. Por otro lado, las personas interesadas en este tema, pueden tener un instrumento de acceso rápido para solucionar los dilemas éticos en la práctica de la profesión.

Se presentan además, los resultados de una muestra de 29 hospitales del país, en donde se pregunta si cuentan con un Comité de Ética Asistencial, si está activo, cómo está conformado y por último, si cuentan con un reglamento de funcionamiento.

I. MARCO TEORICO

1. Denominación de los Comités de Ética Asistencial:⁽³⁾

Después de conocer que debe existir una forma ideal para tratar los dilemas éticos surgidos con la atención y cuidados de los pacientes, se ha determinado que es mediante la conformación de grupos multidisciplinarios llamados Comités que ello debe funcionar. Los Comités pueden ser fundamentalmente de dos tipos: Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) y Comités Asistenciales.

En un principio se consideró que se les debía llamar Comités Asistenciales de Ética (CAE), posteriormente fueron llamados Comités de Ética Asistencia (CEA), y más recientemente Comités de Ética de la Asistencia Sanitaria (CEAS). En la primera denominación existía la confusión de que los comités eran asistenciales, y la realidad era que ellos no daban ninguna asistencia. La última se ha considerado no conveniente porque comprende todo el sistema sanitario y lo que se busca es que esté presente en centros asistenciales, aunque no sean sanitarios. Por lo tanto la comunidad internacional que debe tratar este tema, ha convenido en llamarles Comités de Ética Asistencial (CEA), lo cual no excluye que dentro del ambiente asistencial, puedan existir otros comités especializados, Ej. Comité de Ética de Cuidados Críticos, de Neonatología, de Nefrología. Etc.

2. La importancia y necesidad de los Comités de Ética Asistencial:

En la época previa al siglo XX, los dilemas éticos eran simples y su resolución no implicaba consecuencias de conciencia que fueran determinantes para el ser humano, los métodos y tratamientos eran rústicos y sencillos, y únicos. Cuando la medicina progresó aceleradamente, empezaron a presentarse también problemas nuevos que se plateaban con dificultades intrínsecas de resolución compleja, por ejemplo: manipulación genética, diagnóstico prenatal, técnicas de reproducción asistida consentimiento informado, muerte cerebral, trasplante de órganos, limitación del esfuerzo terapéutico, y lo último: la biotecnología.

Por otro lado, así como las técnicas habían cambiado, también lo habían hecho los sistemas y procedimientos de atención. Los centros asistenciales habían crecido mucho, y con ello se había diversificado la atención del paciente. Al día de hoy, la atención ya no sólo consiste en una relación simple de médico-paciente, sino que pueden ser varios

médicos y sus asistentes con un mismo paciente, cuando éste debe ser llevado a múltiples pruebas de diagnóstico o tratamiento. Se involucran además a otro tipo de personajes en la relación, tales como la familia, los gerentes, las asociaciones de beneficencia, los encargados de dar justicia y muchos más.

En la actualidad, el juicio de los actos bien ejecutados o no, se dan en cualquier actividad asistencial, y los problemas que se han mencionado, son actos complejos, que presentan muchas facetas. Puede cuestionarse el acto por sí mismo, la voluntad del agente, la voluntad del paciente, los motivos, los intereses propios de cada uno, las creencias, el contexto, las circunstancias, los medios utilizados, las consecuencias, la finalidad, etc. Y, todos estos actos deben ser analizados cuando se requiere un buen juicio moral.

Todo lo anterior se complica mucho más si tomamos en cuenta que vivimos en sociedades multilingües, multiétnicas, y pluriculturales, en donde predominan las tendencias a cuidar de los Derechos Humanos y los Derechos Ciudadanos, mediante la aplicación de la justicia legal y social, y que cada acto moral, tiene diferentes puntos de vista, en donde influye también la formación académica, la tendencia religiosa y los valores morales propios de cada persona. Es allí en donde los Comités Multidisciplinarios tienen un lugar óptimo para la deliberación de los asuntos que se presentan, porque cada integrante de los mismos podrá aportar su particular punto de vista, con perspectivas distintas que en determinado momento aportan y enriquecen el conocimiento y el análisis de los problemas morales, con el debido respeto a las diferentes creencias, perspectivas e intereses.

3. Aspectos históricos:⁽⁴⁾

La conformación de los Comités de Bioética en el mundo, se inició con el *Código de Núremberg*, que abordó la protección de los sujetos humanos en los estudios experimentales. Más tarde la *Declaración de Helsinki* (Asociación Médica Mundial 1968), insistió en que se crearan organismos que tuvieran a su cargo el aseguramiento de la calidad en la investigación clínica. A partir de allí nacieron los Comités de Ensayos Clínicos. Hubo algunos hechos desafortunados en la historia mundial de la medicina que apoyaron la creación de los Comités de Ética en ensayos clínicos: el uso del muy conocido medicamento Talidomida, que era un antidiabético que producía daños teratogénicos, o los casos sucedidos en los años 40, en Alabama, Estados Unidos, cuando se observó a un grupo de pacientes de la raza negra, que habían contraído sífilis,

únicamente para ver cómo se comportaba la enfermedad, sin darles tratamiento, a pesar de que ya se conocía cura para la misma a través de la penicilina. El de 1963 en un hospital judío de Brooklyn, Nueva York, cuando se les inyectó células cancerosas a un grupo de ancianos, o el de Nueva York durante el cual se inyectó virus de Hepatitis a niños que padecían minusvalía. A pesar de que se castigaron por faltas a la ética a los que conducían los estudios experimentales, se hizo patente la necesidad de controlar la investigación en seres humanos con el fin de protegerlos.

Los Comités de Ética Asistencial nacieron básicamente por dos hechos: La constitución del *Comité de Seattle* y el caso legal de *Ann Karen Quinlan*. En un Centro Hospitalario de Seattle, Washington, Estados Unidos, había siete hemodializadores, era justo en los años 60 cuando se iniciaron las hemodiálisis periódicas. Ante las múltiples solicitudes de atención de este nuevo tratamiento de la insuficiencia renal, hubo que recurrir a un sistema de selección de pacientes para diálisis, y se crearon dos comités, uno de ellos era clínico y el otro debía juzgar los aspectos éticos. Estaba compuesto por un abogado, una ama de casa, un funcionario gubernamental, un sindicalista, un religioso y un cirujano. Este comité, podríamos decir, fue el primer Comité Ético Asistencial de la historia y era conocido como “Comité de la Vida y de la Muerte”. El caso de Ann Karen Quinlan fue descrito en la historia como una joven mujer de 21 años que después de tomar sedantes, barbitúricos y alcohol, tuvo apnea por 30 minutos y cayó en un coma vegetativo. Esto desencadenó un dilema ético de desconexión del ventilador que le daba soporte de vida. Los padres adoptivos solicitaron la desconexión, los médicos se negaron, pero el proceso judicial apoyó a los padres, y fue desconectada, pero a pesar de ello, todavía vivió 10 años. A partir de allí y por la solicitud de los Tribunales de Justicia y el Congreso de los Estados Unidos, a principios de los años 80 se crearon los CEA hospitalarios ⁽⁵⁾. En Europa son menos comunes los CEA, pero en España se cuenta con la legislación apropiada para la acreditación de hospitales públicos y privados con respecto a la obligatoriedad de tener estos comités.

El primer Comité en España se implantó en 1974, en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona con ocasión de la inauguración del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Se encargaría éste, de resolver los casos conflictivos desde el punto de vista ético ⁽⁶⁾.

4. Funciones de los Comités de Ética Asistencial:

Las funciones básicas de un Comité de Ética Asistencial son:

1. Revisar, asesorar y facilitar el proceso en la toma de decisiones clínicas sobre situaciones que conduzcan a dilemas en el manejo ético entre los profesionales que intervienen en el proceso de atención en salud: Médicos, enfermeras(os), pacientes, familiares y administradores.
2. Colaborar en la formación bioética del personal de todos los posibles involucrados en dilemas bioéticos, pero, especialmente, en los Miembros del Comité.
3. Hacer propuestas a la institución sobre protocolos o normas de trabajo a seguir, ante situaciones comunes que se presenten.

Su misión debe ser eminentemente consultiva y debe cumplir una función exclusivamente de deliberación sobre casos éticos y asesoramiento. Por lo tanto, su autoridad es únicamente moral o de conciencia. Todos los reportes respecto a las funciones de los CEA, concluyen indicando en sus informes que sus resoluciones no son vinculantes, y por lo tanto no pueden sustituir las decisiones, ni asumir las responsabilidades de los profesionales en salud.

La función que a mi criterio es la más importante y la menos valorada, es la de educación y formación en Bioética, principalmente a los miembros del comité y después a todo el personal de la institución. Esa parte que consiste en cambiar la forma tradicional de practicar la medicina, crear conciencia entre el personal y favorecer un nuevo estilo basado en los principios fundamentales del derecho a la salud y dignidad humana, es muy difícil, lenta y de pronóstico a largo plazo. Es una tarea silenciosa y lenta, pero necesaria de perseverar en ella, como función principal y nunca abandonarla.

Los CEA como entes autónomos, no deben depender de otras instituciones o personas individuales. Únicamente deberán relacionarse administrativamente con la parte Gerencial de la institución para el formalismo de sus actuaciones.

Por todo lo anterior debemos de estar claros que los Comités de Ética Asistencial, en ningún momento deben tomar las siguientes funciones:

1. Amparar o promover actuaciones jurídicas directas para las personas o para las instituciones.

2. Efectuar juicios sobre las responsabilidades o ética de los profesionales y/o de los pacientes o usuarios. No tienen facultad para emitir sanciones.
3. Aceptar responsabilidades o tomar a su cargo las obligaciones de quien ha solicitado su asesoramiento.
4. Reconocer que sus asesoramientos o decisiones, no son de carácter vinculante.
5. Sustituir a los Comités Éticos de Investigación Clínica.

Un tema de frecuente confusión es, que los CEA no deben asumir la función de los Tribunales de Honor o Comités Deontológicos de los Colegios Profesionales, porque son éstos órganos Profesionales los obligados a efectuar las investigaciones y sancionar las conductas incorrectas de sus miembros agremiados.

Los CEA no sólo defienden los derechos de los pacientes, sino los derechos de cualquiera que esté relacionado en la práctica clínica, como los médicos, enfermeros (as), familiares, la institución, la sociedad, etc. A todos por igual, sin preferencia alguna. Esto no quiere decir que sea un grupo que defiende por oficio a los vulnerados. No debe de escudriñar, investigar, denunciar, ni resolver prontamente. No debe accionar, modificar y vigilar conductas, permanentemente. En consecuencia no es beligerante, ni señalador de infractores. Si fuera así, sería el inicio de la destrucción de los CEA, porque se volvería un grupo antipático y odioso para todos.

5. Posibles temas que pueden tratarse en una deliberación ética ⁽⁷⁾

- Consentimiento Informado.
- Evaluación de la capacidad de los pacientes.
- El paciente menor de edad.
- Decisiones de representación o sustitución en pacientes incapaces.
- Testamento Vital.
- Órdenes de no reanimar.
- Creencias Religiosas y Culturales (sus repercusiones clínicas).
- Aborto.
- Esterilización.
- Acceso a técnicas de Reproducción Asistida.
- Ingresos forzosos por enfermedad mental.
- Limitación del Esfuerzo terapéutico.
- Ensañamiento terapéutico.
- Confidencialidad, privacidad y secreto profesional.
- Objeción de Conciencia.
- Consejo Genético.
- Maltrato infantil, femenino o de personas de avanzada edad.
- Uso racional de medicamentos o materiales médicos.
- Donación, ex plantas y trasplantes de órganos.
- Relación biomédica con la industria farmacéutica y otros proveedores.

6. Actividades que puede realizar un CEA ⁽⁸⁾

- Reuniones Periódicas (mínimo una vez al mes).
- Conferencias masivas sobre temas relacionados al Comité.
- Cursos de Formación a miembros de la institución.
- Presencia en Cursos de Formación del Comité.
- Jornadas o talleres prácticos.

7. Documentos que pueden ser elaborados por el CEA ⁽⁸⁾

- Protocolos de Actuación.
- Consentimientos Informados y/o revisión.
- Códigos y/o recomendaciones éticas.
- Procedimientos normalizados de trabajo.
- Documentos con relación a las Voluntades anticipadas.
- Documentos con relación a la donación de órganos.
- Documentos con relación a la hospitalización.
- Documentos con relación a la Confidencialidad.
- Documentos con relación al maltrato femenino e infantil.
- Documentos con relación al no inicio de un tratamiento.
- Encuestas, Trabajo de Investigación y/o artículos.

8. Proceso de toma de decisiones ante un conflicto ético en la práctica asistencial

Cada comité debe decidir un método o procedimiento para la toma de decisiones, para lo cual deberán habituarse y dominar el sistema. Existen diferentes formas de proceder o protocolos para tomar decisiones en bioética ⁽⁹⁾.

Lo que es importante para el buen desarrollo del comité, es que el presidente o quien dirige las discusiones, lleve las mismas con rumbo de consenso, que no se conviertan en monólogos estériles o en expresiones sin fundamento. Pero, sobre todo, se debe de poner de manifiesto la actitud de querer resolver los dilemas, esto es imprescindible. La actitud de las personas a la hora de enfrentarse a los problemas morales, es esencial.

La mejor manera que se sugiere, para afrontar los problemas en un ámbito de discusión, es una actitud de búsqueda, de investigación, sin tomar en cuenta los posibles resultados, para no disponer anticipadamente de una posible solución. Se deben escuchar argumentos y conocer razones; posiblemente hacer conclusiones parciales, pero no definitivas, sino hasta haber concluido un proceso de conocimiento total del tema. Mientras tanto, siempre habrá que estar abiertos al cambio, basados en la adquisición de nuevos datos, sin el temor a cambiar de opinión, cuando las nuevas razones sean valederas. Algunas veces los procedimientos son adecuados y comprobados por su efectividad, pero funcionan en unas personas, y en otras no. Por lo tanto, se puede decir que los resultados del análisis de un problema ético, no dependen tanto de los procedimientos, sino que de la actitud o mentalidad que los elementos del Comité asumen ante el problema ⁽¹⁰⁾.

9. El Razonamiento Deliberativo como método para la resolución de conflictos éticos en la práctica asistencial:⁽¹¹⁾

El método de “deliberar razonablemente”, se caracteriza por ser práctico y tener por objeto la toma de decisiones. Se basa en el diálogo, no da certeza, siempre está afectado por la incertidumbre, y no sugiere conclusiones precipitadas, lo cual no significa que sea o no, un procedimiento racional; por el contrario, la deliberación es la búsqueda de la racionalidad o al menos la búsqueda de la racionalidad en el mundo de la incertidumbre. Para ello, es preciso plantearse un análisis con prudencia, la cual es una virtud relacionada con el conocimiento y la razón. Esto nos permite hacer deliberaciones adecuadas sobre lo bueno y lo malo, no de las personas, sino de cada situación que se presente. Por lo

tanto, ser prudente, favorece tomar decisiones correctas en los momentos de incertidumbre, después de conocer la mayoría de perspectivas posibles a la hora de analizar un problema concreto. La mejor forma para poner en práctica el método es saber escuchar los argumentos de los demás, porque nadie tiene toda la razón, ni la puede tener. Escucha quien cree que puede aprender, quien manifiesta actitud de encontrar respuesta a dudas y quien desea llegar a conclusiones valederas.

Para iniciar la deliberación sobre los problemas éticos que generan un caso clínico, existen diferentes propuestas metodológicas,^{(12) (13)} que se han denominado la Casuística y la Principalista. Ambas propuestas tienen muchos aspectos favorables. Lo ideal sería una forma ecléctica de proceder.

La mayoría de autores coinciden en que un Caso Clínico que conduce a un Problema Ético, debería ser analizado bajo cuatro parámetros: 1. Las indicaciones médicas. 2. Las preferencias del paciente. 3. La calidad de vida. 4. Los aspectos contextuales, definidos éstos como el contexto social, económico, jurídico y administrativo. Todos los aspectos de estos parámetros debería ser analizados previo llegar a conclusiones, de la misma manera que en el caso medico para el cual se realizan la historia clínica, el examen físico, las pruebas especiales, etc.

Es importante hacer notar que el diálogo y la deliberación son dos ejercicios muy distintos que no deben confundirse. El diálogo es una plática con otras personas en donde transmitimos y recibimos información, intercambiamos opiniones, pero no deliberamos. La deliberación debe tener condiciones fundamentales, sin las cuales, difícilmente se puede desarrollar: ausencia de restricciones externas, buena voluntad, capacidad de dar razones y elaborar argumentos, respeto por los demás cuando se está en desacuerdo, deseos por llegar a un entendimiento, cooperación y colaboración. Todo esto, en condiciones ideales, pero también se está sujeto a variables que son impredecibles, como el conocimiento de los participantes y de, las habilidades que cada uno tiene, el carácter, la madurez, y la profundidad que cada uno aporta y desea en el análisis de las cuestiones morales. Posiblemente no se lleguen a acuerdos deseables, pero siempre debe persistir la buena voluntad por alcanzarlos.

10. ¿Cómo Analizar los casos? ⁽³⁾

Antes de iniciar la deliberación un caso, se debe tener claro, cuál es la pregunta o el problema a tratar de manera concreta. Es deber de quien recibe la solicitud, para su evaluación, saber que no deben aceptarse para análisis, casos de forma genérica. Por lo tanto, debería de conocerse siempre lo necesario respecto a las personas, el lugar y la situación en referencia al tema. Esto ahorraría tiempo y discusiones estériles.

También la persona que recibe la solicitud y la somete a análisis, debe preguntarse por qué y para qué se ha llevado el caso al Comité. En ocasiones no se conoce la causa o el motivo por el cual se lleva el problema. Se debe además, tratar de conocer el conflicto de valores subyacente, porque esto regularmente no se escribe en la historia clínica, ni en los informes solicitados, pero existe. También es necesario indagar respecto de la intención de quien solicita se analice el caso, así como visualizar cuáles podrían ser los beneficios de las resoluciones emitidas. .

Los miembros del Comité deben saber de antemano, que puede existir la tendencia a la instrumentalización de Comité. Algunas personas harán lo posible por mover o desviar las resoluciones hacia determinados intereses. En ciertas ocasiones, esa situación es inevitable.

La pregunta más importante que debe hacerse el Comité, previo análisis de un caso debe ser: ¿es competencia del Comité lo que se solicita? Y la respuesta aclara si lo que se debe resolver es un conflicto moral o no. Algunas veces se puede crear confusión en este sentido y en ciertas ocasiones, aunque el caso implique un conflicto moral, no será obligación del Comité emitir una resolución, porque ello dependerá de la persona que lo presente. Muchas veces se lleva un caso a deliberación, creyendo que se va a obtener un informe resolutivo respecto del conflicto. Otras, el solicitante del informe efectúa preguntas respecto de las acciones de otras personas, sin haber estado implicado en el conflicto. Es sabido que en estas situaciones el Comité no debería intervenir, ni emitir informe, porque interesa atender a quienes participan, en la emisión de un informe, y no a un espectador externo. Si el Comité presta atención a cualquier reclamo de la conducta moral de otras personas, se estará convirtiendo en juez de las conductas de terceros. En conclusión, el Comité debe preguntarse previo resolver, en relación a cierto caso, si tiene el derecho de recibir respuesta.

Cuando se lleva a análisis el caso es también importante conocer por qué los CEA tienen como función principal asesorar en la toma de decisiones cuando se produzcan conflictos éticos. Es probable que alguien solicite asesoramiento de caso cuando ya pasó o bien, de un hecho del pasado. Sobre ello, un comité no puede asesorar, porque no se puede modificar el curso de una acción que ya ocurrió. El “razonamiento deliberativo” método utilizado para la resolución de conflictos éticos en la práctica asistencial, es contrario al método que se emplea para aprender respecto de los temas médicos, en donde estos deben revisarse exhaustivamente para tomar experiencias en base a hechos pasados, casos que no son aceptables para ser analizados por parte un Comité de Ética Asistencial.

Previo a iniciar un proceso de deliberación entre los miembros del Comité, más aún, antes de la aceptación de un caso, todos los factores antes mencionados deben ser extensamente analizados.

11. Problemas frecuentes que afectan al CEA: ⁽³⁾

Transferencia de responsabilidades

Posiblemente sea éste, el problema más frecuente que viva un CEA cuando actúa: un solicitante pretende que el Comité asuma la responsabilidad de lo actuado. Los miembros del Comité deben hacer ver, de una manera abierta y clara, que las decisiones en el lugar de los hechos, son responsabilidad exclusiva de quien está a cargo del caso. El informe del Comité no exonera a nadie, de ningún tipo de responsabilidad y por supuesto ésta, no debe ser transferida a alguien más.

1. El juicio moral a terceras personas

Se debe evitar, hasta donde sea posible, que al emitir informes relacionados con una conducta moral de actuación y aconsejar una decisión, se emita juicio sobre lo actuado por una persona. El Comité no debe convertirse en un tribunal que busque emitir juicios y penalizaciones morales a personas en particular.

2. Informes en casos legales:

Aunque es un problema que afortunadamente no ocurre con frecuencia, puede suceder que en determinado momento un juzgado solicite un informe para un juez, Ministerio Público, pacientes o familiares, y para ello, que se emita un dictamen especializado de un juicio moral, de un caso que ya ocurrió. Como ya se ha comentado anteriormente, una de las funciones del Comité es colaborar en la toma de decisiones de los casos en conflicto moral que puedan suceder, ser un ente de consulta y orientación moral, pero cuando se le solicite opinión a un caso sanitario pasado y no previo a la toma de decisión en cuanto a la prestación de servicio de salud, se estará contraviniendo su finalidad y se verá relegada su función principal.

Durante un juicio legal, se le pide al Comité que juzgue desde el punto de vista moral, si el curso de decisión que eligió una persona, fue correcto o no. Resolver esto, no es caso que convenga al trabajo del Comité. Por un lado se pide que se juzgue la actuación moral de alguien en el pasado, y segundo, se solicita opinar si la actuación fue correcta o no, y nada de lo anterior es función de un CEA. ⁽⁹⁾

3. Validación de los formularios de Consentimiento Informado:

En algunas instituciones, los administrativos llevan los formularios de Consentimiento Informado, para que el CEA los valide. Esta tampoco es función del Comité, porque los CEA no tienen carácter vinculante.

Los servicios clínicos pueden, de una manera voluntaria, solicitar al CEA su asesoría u orientación en la formulación de uno o varios consentimientos informados. Ellos tienen la potestad de aceptar las sugerencias o no, en base a su conocimiento especializado en materia clínica.

12. Obligaciones Morales de los miembros del CEA:

Ya se han mencionado anteriormente los casos en que el CEA tiene responsabilidad y obligación de actuación, en conjunto, como un ente uniforme y unánime. Corresponde ahora hablar de las obligaciones que cada uno de los miembros tienen en lo individual, como persona con obligaciones hacia la institución y la comunidad a quien sirven. Un Comité de Ética Asistencia, no tiene funciones ejecutivas e injerencia para la toma de

acciones ante gruesos errores de procedimiento o de hechos que se cataloguen como incorrectos moralmente, pero eso no exime a sus miembros de la actuación personal, en la medida que la situación y su cargo lo permitan. Las personas que integran un Comité, son sujetos individuales morales, que tienen obligaciones éticas, independientes a las del CEA.

Los Comités tienen sus limitaciones de actuación, y ello es bueno. Dichas limitaciones ayudan a su conservación y evitan su destrucción. Pero las personas que lo integran, en su actuación fuera del Comité, se imponen sus propios límites. En este sentido, los integrantes deben ser respetables y respetados en su actuación y locución, y por lo tanto, ante situaciones que se consideren incorrectas deben mediante el dialogo, el razonamiento y la deliberación, convencer a quienes corresponde de la necesidad de modificar ciertas actitudes, planteamientos o situaciones. La imposición y los exabruptos, no son la mejor vía de la solución de conflictos.

En resumen se puede decir que el Comité de Ética Asistencial debería ser una instancia de deliberación y de debate racional sobre los problemas éticos que se presentan en la atención de las personas que demandan salud. Que debe ser plural y crítico para los problemas morales, asesorar y ayudar a quienes lo solicitan. Que no debe caer en la tentación de emitir juicios que condenen o sancionen a las personas, ni de establecer parámetros que establezcan lo moralmente correcto o incorrecto a la institución, porque pondría en peligro la permanencia del Comité.

II. RESULTADOS

Se elaboró una encuesta (Anexo #1), la cual se llevó personalmente a las instituciones hospitalarias escogidas por su importancia en la atención médica del país, su tamaño (deberían ser mayores de 50 camas) y organización. Que fueran hospitales con la mayoría de especialidades médicas, y representativos de las diferentes áreas de atención, tanto en la capital, como los departamentos, el IGSS, el sector privado y público, de asistencia social (IGSS). Se obtuvo respuesta en 29 de las 40 instituciones escogidas, las encuestas fueron respondidas por el Director Médico de cada centro hospitalario y muestran un nivel de confianza del 100%. El objetivo principal de las mismas se encaminaba a conocer el nivel de interés y los antecedentes que cada hospital, importante por su cobertura, tienen respecto del tema de los Comités de Bioética (así se les conoce en Guatemala), y poder conocer además, la formalidad de la integración de los mismos, y la manera como se conducen o regulan su trabajo.

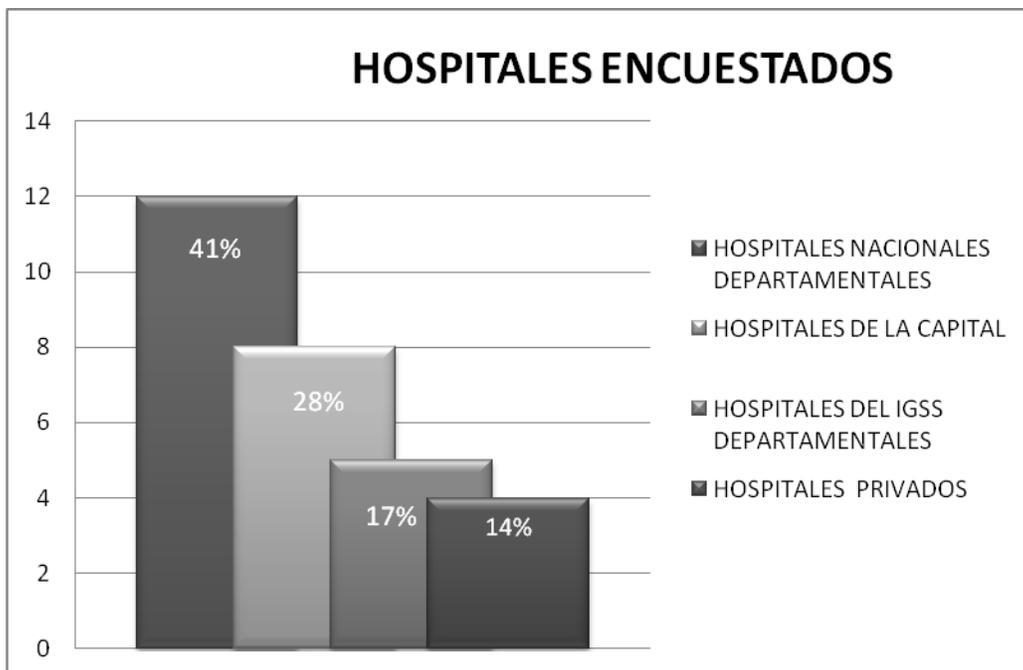
Se presentan a continuación los resultados obtenidos en tablas y gráficas numeradas de acuerdo a las preguntas que se hicieron:

TABLA I

HOSPITALES ENCUESTADOS

TOTAL	29	100%
HOSPITALES NACIONALES DEPARTAMENTALES	12	41%
HOSPITALES DE LA CAPITAL	8	28%
HOSPITALES DEL IGSS DEPARTAMENTALES	5	17%
HOSPITALES PRIVADOS	4	14%

GRAFICA I



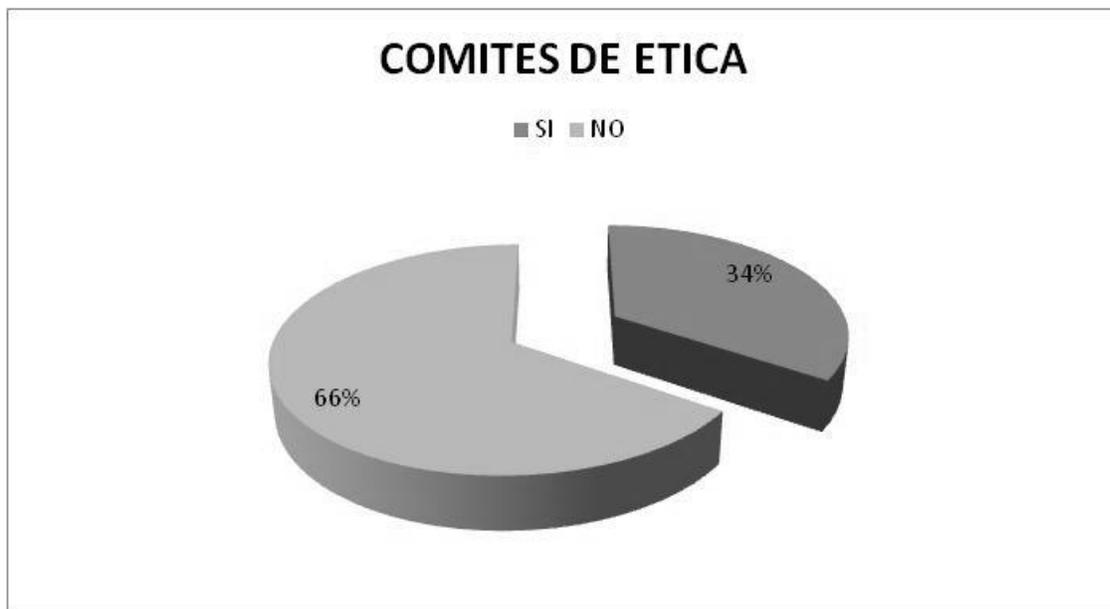
La mayoría de los hospitales encuestados, fueron Hospitales del Sistema de Salud Nacional (41%), en segundo orden de número fueron los hospitales de la Capital, tanto del sistema Nacional como del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (28%), luego los Hospitales del IGSS departamentales (17%), y por último, Hospitales Privados (14%).

TABLA II

¿TIENE COMITE DE ETICA ASISTENCIAL?

PREGUNTA	HOPITALES	PORCENTAJE
SI	10	34%
NO	19	66%
TOTAL	29	100%

GRAFICA II



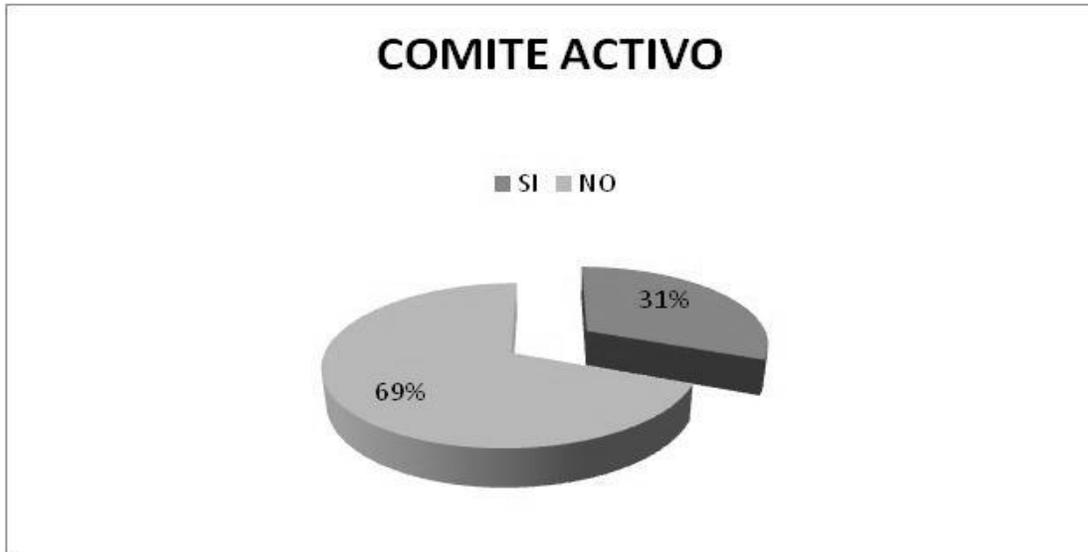
La mayoría de hospitales (66%) no tienen contemplado, dentro de su plan de trabajo y de atención, un Comité de Ética Asistencial. El 34% de los hospitales encuestados sí lo tienen.

TABLA III

¿EL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL ESTA ACTIVO?

PREGUNTA	HOSPITALES	PORCENTAJE
SI	9	31%
NO	20	69%
TOTAL	29	100%

GRAFICA III



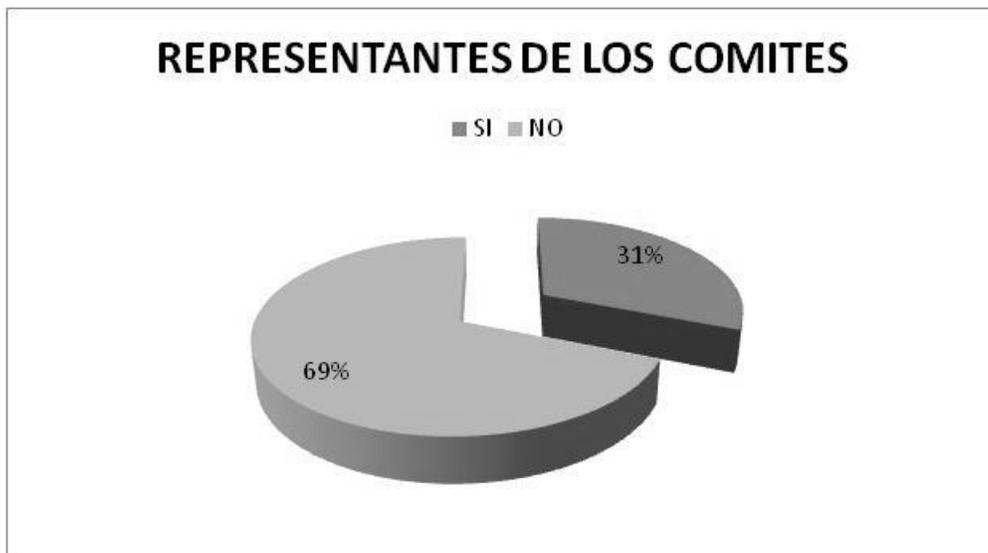
El 69% por ciento de los hospitales encuestados no mantienen activo el Comité de Ética Asistencial, y únicamente el 31% sí realiza el trabajo encomendado.

TABLA IV

¿TIENE REPRESENTANTES DENTRO DE SU COMITÉ?

PREGUNTA	HOSPITALES	PORCENTAJE
SI	9	31%
NO	20	69%
TOTAL	29	100%

GRAFICA IV



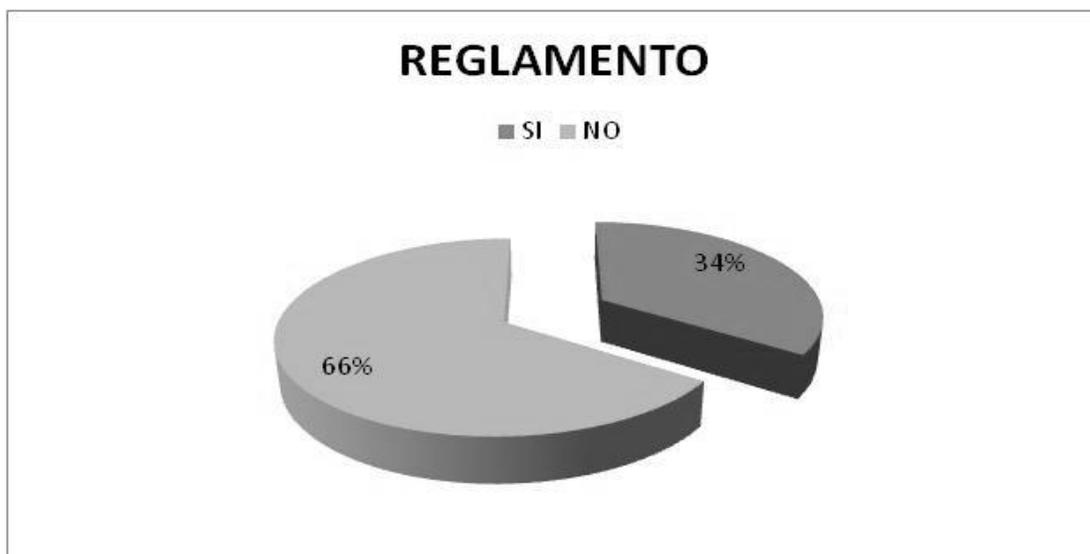
Les solicitamos a los Directores Médicos, que tenían Comité de Ética Asistencial, y éste se mantenía activo, que escribieran el nombre y el puesto que desempeñaban sus miembros dentro de la institución. Los resultados fueron que 69% no pusieron a sus integrantes y 31% sí lo hicieron. Se pudo notar que, todos los encuestados mantenían integrado su Comité, eran grupos multidisciplinarios, principalmente conformado por médicos.

TABLA V

¿TIENE REGLAMENTO QUE REGULE AL COMITÉ?

PREGUNTA	HOSPITALES	PORCENTAJE
SI	10	34%
NO	19	66%
TOTAL	29	100%

GRAFICA V



El 66% de los hospitales encuestados no tienen reglamento de funcionamiento para el Comité de Ética Asistencial, pero, el 34% por ciento sí lo tienen y algunos lo activan cuando conforman sus Comités.

III. DISCUSION

Originalmente, lo dijo Ezekiel Emanuel ⁽¹⁴⁾, “La ética médica debe dejar de estar orientada a los casos clínicos, para orientarse institucionalmente. Nosotros los bioeticistas, debemos dejar de aproximarnos a los problemas desde una perspectiva filosófica y adoptar la perspectiva de la ciencia política”. Este aspecto ha sido reforzado ampliamente por Pablo Simón ⁽¹⁵⁾ el cual expresa: “La ética de las organizaciones es considerada el segundo estadio de desarrollo de la bioética, porque busca superar el marco casuístico de la bioética clínica, que se centra en el paciente considerado de manera individual, y avanzar hacia una reflexión más centrada en la manera en que la estructura y el funcionamiento de las organizaciones sanitarias condicionan los conflictos éticos o hacen surgir otros diversos”. Este es un hecho frecuente en la evolución de la Bioética, en donde se muestra como una necesidad que se percibe frecuentemente, y que motiva que su actuación no debe quedarse limitada a la atención de casos puramente individuales, sino que tomar el sentido general de la Bioética más ampliamente proyectada a las instituciones que tienen como objeto preservar o tratar la salud.

Hacer práctica institucional y ser un ente asesor y regulador de los posibles problemas éticos es parte de su misión. Trascender al hecho de emitir una asesoría o un consejo a quienes lo necesitan y solicitan, es parte básica en la atención para mejorar la calidad del servicio.

Estados Unidos ha sido pionero en este tema. Desde 1995 introdujo a través de la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations, como parte de sus criterios de acreditación, el requisito de que los centros hospitalarios tuvieran y mantuvieran los Comités de Ética Asistencial.

España, se considera aún emergente en cuanto al tema, aunque tiene mucho tiempo de haberse iniciado con el tema. Se tiene conocimiento que el primer comité se implementó en 1974 en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, con ocasión de la inauguración del Departamento de Ginecología y Obstetricia, para resolver los casos que presentaban conflicto desde una perspectiva ética ⁽⁶⁾ pero la mayor expansión de ellos se dio en la década de los noventa, cuando casi todos los centros hospitalarios instituyeron su propio

CEA. El principal factor que lo ha motivado, ha sido el que muchas universidades favorecen la formación de profesionales en Bioética a nivel de postgrado.

Sudamérica, en casi todos los países, ha hecho avances muy significativos hacia la conformación de los Comités de Ética Asistencial. En Colombia ⁽¹⁶⁾ se ha legislado, con un marco legal muy aceptado la composición y reglamentación de los CEA. Ello nos ha servido de base para el desarrollo de este trabajo, especialmente en lo relativo a dar las recomendaciones necesarias en los anexos correspondientes, y sugerir y orientar a los cuerpos administrativos hospitalarios de nuestro país, mediante un aporte sencillo y práctico respecto de cómo iniciar el proceso de conformación y mantenimiento de dichos comités.

En Chile también se ha manifestado la preocupación en lo relativo a la necesidad de formar estos cuerpos de asesoría y orientación en los hospitales, la cual debe ir íntimamente ligada al conocimiento judicial de los conceptos éticos por parte de los juristas que tratan los temas.

Incluso la Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura (UNESCO) en su división de Ética de la Ciencia y Tecnología ⁽¹⁸⁾ expone los lineamientos generales que deberían de prevalecer en cualquier parte del mundo para conformar un Comité de Ética Hospitalario, como una necesidad primordial en la atención de los pacientes y de los grupos vulnerables. Hace énfasis en que debe dirigir el Comité una persona especializada en Bioética, pero que debe de predominar un carácter conciliador, que sea abierto al debate y a la deliberación, asistido por un grupo multidisciplinario que incluya un abogado experto en temas de ética, para asistir legalmente en los problemas que se presenten.

La necesidad de la conformación de los Comités de Ética Asistencial es inminente, y eso nos ha entusiasmado para investigar el estado actual del interés y conocimiento que se tiene sobre este tipo de comités. Para ello, e realizó una encuesta sencilla de respuesta rápida, con cuatro preguntas, la cual se podía responder en menos de dos minutos, a una muestra tomada en base a la facilidad de acceso, importancia y posibilidad de atención en hospitales a nivel nacional. Se tomó en cuenta para ello a los tres diferentes sistemas de salud y se trató que fueran representativos. Hospitales nacionales departamentales (41%), de la capital (28%), Hospitales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de

los departamentos (17%) y de la capital y hospitales privados de los departamentos y de la capital (14%).

Durante la actividad, como es natural, se encontró aceptación y rechazo. Afortunadamente para nuestro estudio, la aceptación fue más frecuente y el espíritu de colaboración se evidenció en la mayoría de los centros escogidos. Originalmente se había planificado recibir respuesta de cuarenta hospitales representativos por su importancia geográfica y por su incidencia en la atención en salud del país. Únicamente se obtuvo respuesta de veintinueve de ellos. Respondieron personalmente a las encuestas, en base a un requerimiento personal los Directores Médicos de cada hospital, identificándose con su firma, nombre y sello de la institución.

Como primera inquietud se preguntó si el centro asistencial contemplaba dentro de su gestión, un Comité de Ética Asistencial. Se pudo comprobar que de los 29 centros que respondieron solamente 10 tenían Comité (34%), y la mayoría (66%) no contaban con el mismo. Ello evidencia la falta de cultura y responsabilidad en este sentido. Otro estudio similar a éste se efectuó en México (2008) ⁽¹⁹⁾ y fue publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública. En él la Doctora Edith Valdez-Martínez, Coordinadora de Investigación en Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en México, D.F., desarrolló un trabajo en base a una encuesta entregada por correo electrónico entre Enero y Diciembre del 2005. Las encuestas fueron recibidas por 619 instituciones, que ellos catalogaban como las más importantes del país y que representaban a todos los sectores. La respuesta fue que 116 de ellos, contaban con Comités de Ética Asistencial (18.74% del total). La mayoría de sus integrantes eran médicos (71%) y la mayoría también, no poseían conocimientos especializados en Bioética (77%). Concluía el estudio citado, en base a los resultados, que era necesario elaborar un plan integral para estandarizar la composición y los procedimientos de los Comités de Ética de los centros hospitalarios y mejorar la preparación de sus miembros en lo relativo a materia de ética médica. Estos resultados no difieren mucho de lo obtenido por nuestro estudio (Guatemala), en el cual pudimos comprobar que sólo el 31% de los hospitales cuentan con un Comité Activo y como ese mismo porcentaje integra sus comités principalmente con médicos que trabajan en la misma institución.

Se evidenció así mismo, la necesidad de la regulación de los Comités y sobre todo, la necesidad de orientar y educar con normas claras a sus integrantes. Los hospitales encuestados mostraron que sólo un 34% cuenta con un tienen reglamento de

funcionamiento. Contar con un reglamento ayuda para que cuando un CEA se forme, automáticamente tenga un documento que le sirva de guía para su trabajo, un factor fundamental para el éxito y cumplimiento los objetivos propuestos. Los reglamentos que hoy están en funcionamiento son muy variados, dependen de su integración los miembros que lo conforman y las necesidades propias de cada centro de atención.

En América Latina, sin embargo, existen muchos factores que nos son comunes tales como la pluriculturalidad y las multiétnias. Vivimos situaciones similares que nos permiten entender los problemas de una manera parecida y ello hay que aprovecharlo.

Hay que aclarar también que los Comités de Ética Asistencial, tienen funciones muy definidas, tal como se describió anteriormente. Muchas veces puede existir confusión en la actuación del mismo. Uno de los principales motivos de confusión, es lo referente a la Investigación Clínica. En este sentido Estévez⁽²⁰⁾ de Bahía Blanca, Argentina, se encarga de hacer una diferenciación muy clara y explícita del tema, en el documento Comités de Ética, Comités de Bioética y Comités de Ética de Investigación: una cierta confusión, el cual se adjunta en Anexos, del que se sugiere su lectura.

IV. CONCLUSIONES

1. La conformación y mantenimiento de un Comité de Ética Asistencial en cada centro hospitalario, es necesaria, para mejorar la atención y los servicios en salud.
2. La mayoría de los Centros de Atención Médica del país no cuentan y no tienen activo un Comité de Ética Asistencial (66%). Su implementación tampoco forma parte de su proyecto administrativo o de gestión hospitalaria.
3. Los hospitales que sí tienen un Comité de Ética Asistencial (34%), los mantienen activos, con integrantes y reglamentos de funcionamiento.
4. Las funciones básicas de los CEA son: revisar, asesorar y facilitar el proceso en la toma de decisiones clínicas que sean producto de un dilema ético entre sus actores. Promover la educación en materia ética dentro de la institución, y como elaborar documentos que orienten el trabajo ante situaciones comunes de tipo ético que se presenten.
5. Los CEA deben resolver problemas o casos de conflicto ético en base a la deliberación razonada y emitir juicios consensuados, tomando en cuenta a todas las partes que integran el grupo.
6. Todo dictamen o informe emitido por el CEA no es de carácter vinculante o ejecutivo, sino que únicamente constituye una propuesta de asesoría ética previo asumir una de decisión clínica.

V. RECOMENDACIONES

1. Motivar e incentivar a los administrativos de salud nacional, regional y local para favorecer la creación, conformación, reglamentación y mantenimiento de los Comités de Ética Asistencial.
2. Estandarizar la composición y los procedimientos de los Comités de Ética Asistenciales en Guatemala (Ver Anexo 2 y 3), mediante una propuesta práctica y sencilla de la conformación y reglamentación de dichos comités.
3. Integrar los Comités de Ética Asistencial multidisciplinariamente con un promedio de 15 miembros (rango de 9 a 25), para propiciar una mejor deliberación de los problemas y consensos participativos de todos los sectores.
4. Sugerir que es indispensable que el Presidente y/o Vice-Presidente del Comité posean conocimientos Académicos formales en el tema de Ética Médica, para dirigir o conducir en mejor forma, el trabajo del mismo.
5. Favorecer por todos los medios la educación en Bioética desde el punto de vista general y respecto de los Comités de Ética Asistencial en el medio de atención en salud.

VI. ANEXOS

ANEXO # 1

COMITES DE ETICA ASISTENCIAL

(Encuesta)

Hospital: _____

Comité de Ética Asistencial: **Si** _____ **No** _____

Activo? **Si** _____ **No** _____

Quienes Integran el Comité: (Nombre y cargo en Centro Asistencial)

Tiene Reglamento? **Si** _____ **No** _____

Firma y Nombre del encuestado

Sello

ANEXO # 2

CONFORMACION DEL COMITÉ DE ETICA ASISTENCIAL

El Comité de Ética Asistencial debe estar conformado por un grupo multidisciplinario de personas. No es necesario que todos sean profesionales universitarios. Es deseable que estén representados todos los sectores de la institución, independiente de su grado de educación o puesto.

Debe contar con un número impar de integrantes. El número mínimo será de 9 y el máximo de 25 personas. El Comité puede estar integrado de la siguiente forma:

1. **Presidente:** Debería ser designado por la Dirección Médica de una terna propuesta por el grupo del Comité. Es deseable que tenga conocimientos en Bioética, preferentemente a nivel de Maestría, porque es una parte clave en dirigir las deliberaciones. Puede ser Médico, Jurista, Químico Farmacéutico o Biólogo, Trabajador Social o con una profesión relacionada al sistema de atención en Salud.
2. **Vicepresidente:** También debería ser designado por la Dirección Médica de una terna propuesta por el Comité. Debería tener las mismas cualidades del Presidente, porque este los sustituirá transitoriamente durante la ausencia del Presidente.
3. **Representantes de Trabajo Social**
4. **Representantes del Cuerpo Médico**
5. **Subdirección Asistencial o Médica**
6. **Coordinación de Registros Médicos**
7. **Representante del grupo de Enfermería**
8. **Representantes del grupo de usuarios o de la sociedad pública** a donde pertenezca la institución. Pueden ser elementos externos a la institución.

ANEXO # 3

REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

Propósito

- 1) Proporcionar un medio de reflexión a los problemas éticos en la atención de los pacientes que consultan a los sistemas de salud de Guatemala.
- 2) Priorizar adecuadamente los problemas éticos en las decisiones asistenciales, así como promover la inclusión de los planteamientos éticos en todos los pacientes de la institución por parte del equipo de atención en salud.

Conformación

- 3) El Comité de Ética Asistencial estará integrado en forma multidisciplinaria así:
 - Presidente del Comité
 - Vicepresidente del Comité
 - Representante de Trabajo Social
 - Representantes del Cuerpo Médico
 - Subdirección Asistencial o Médica
 - Coordinación de Registros Médicos
 - Representante del grupo de Enfermería
 - Representantes del Grupo de Usuarios
- 4) Deberá contar con un número impar de integrantes. El número mínimo de integrantes será de 9 y el máximo de 25 personas.

Coordinación del Comité

- 5) El Comité contará con un Presidente, y un Vicepresidente, designados por la Dirección Médica, de una terna propuesta por los integrantes del Comité.
- 6) En ausencia del Presidente, será el Vicepresidente quien lo reemplazará transitoriamente.
- 7) El Comité contará con un Secretario(a), designado por el Presidente.
- 8) Funciones del Presidente:
 - Definir el orden del día en las reuniones
 - Decidir las prioridades con respecto a pacientes y temas

- Invitar por decisión propia o a propuesta del Comité a otras personas con quienes se pueda realizar una colaboración estrecha en el funcionamiento del Comité
- Hacer recomendaciones al personal de salud en lo que respecta a la recolección de casos de deliberación.
- Contribuir al mantenimiento de los vínculos con otros Comités de Ética
- Presentar a la dirección Ejecutiva y Médica de la institución, un reporte semestral de lo realizado por el Comité

9) Son Funciones del Secretario:

- Citar a las reuniones ordinarias y extraordinarias
- Coordinar la logística de las reuniones (salones, horarios, medios audiovisuales, etc.)
- Llevar las actas de las reuniones
- Recibir las solicitudes del personal de salud o de los pacientes, para el análisis de los problemas éticos en el Comité
- Certificar la asistencia de los miembros en las actas respectivas

10) De la renovación de los miembros del Comité:

- Los miembros del Comité ejercerán sus funciones por 4 años, y podrán ser reelegidos por 1 (un) período más.
- Al finalizar los cuatro años de gestión, el Comité propondrá la nueva composición del Comité a la Dirección Médica
- Se incorporarán personas que hayan demostrado sólidos principios morales y éticos, además del interés en estos temas
- El Comité podrá prescindir de uno de sus miembros transitoria o definitivamente cuando a) Por actuación en contra de la moral y la ética, esa persona se vea comprometida en investigación y/o fallo condenatorio de organismo competente, y b) Cuando demuestre desinterés en las reuniones y labores del Comité.

11) Asistencia de los miembros del Comité a las reuniones ordinarias:

- Siempre se consignará asistencia de los miembros en acta respectiva
- La falta de asistencia sin justificación, de miembros del Comité a 4 reuniones ordinarias continuas o 6 discontinuas será condición suficiente para provocar su retiro.

- Sólo en el caso en que haya decisión unánime del Comité, el miembro podrá solicitar su reincorporación a la Dirección Médica.

Funciones del Comité

12) Son funciones del Comité de Ética Asistencial, las siguientes:

- Llevar a cabo reuniones de análisis de casos de pacientes
- Dar educación al personal de salud de la institución para enfrentar el tipo de problemas con implicaciones éticas.
- Analizar las inquietudes sobre las demandas de prestación de servicios en la institución, de las personas relacionadas a la atención en salud.
- Hacer campañas y programas dirigidos a la población que recibe los servicios, sobre lo que representa el respeto a la dignidad humana.
- Invitar a personas que puedan contribuir a mejorar las actividades de análisis de casos.
- Dictar normas sobre formas de análisis de los problemas éticos y guías operativas sobre casos comunes.
- Enriquecer el archivo bibliográfico sobre el tema.
- En resumen: El CEA debe servir como un ambiente de reflexión en el que cualquier integrante del equipo de salud pueda expresar sus dificultades y conflictos que se plantean en el quehacer diario de la atención de los pacientes, y poner un alerta ante posibles dificultades futuras.

Delimitación de Funciones

13) El Comité de Ética no se centra en determinar posibles errores de atención médica, sino en la actitud moral de quienes intervienen. No debe ni puede asumir las funciones de un tribunal de honor o ético profesional, que se basa en sancionar un Código Deontológico.

14) El Comité no se encargará de la revisión de conductas profesionales, no será el sustituto de revisión legal o judicial, tampoco reemplazara a los Tribunales de Justicia, en este tema.

15) El análisis y juicio del Acto Médico es competencia de otras instancias y comités.

16) Como regla general, nadie que esté personalmente comprometido en un caso cuestionable o producto de dilema ético, podrá participar en las deliberaciones dentro del Comité, mientras el caso es estudiado y considerado.

Periodicidad de Reuniones

- 17) El Comité se reunirá en forma continua e ininterrumpida una vez al mes de forma ordinaria.
- 18) El Comité podrá celebrar reuniones extraordinarias cuando así se requiera. Las decisiones, para ser validadas deberán estar por lo menos cinco de los miembros presentes.

Metodología de Trabajo

En el Comité se reconocen dos grandes tipos de problemas:

19) Los referentes a la Ética Clínica:

- Son problemas con pacientes definidos y personalizados. Y la consulta procede para conocer un mejor método de actuar.
- Cualquier agente del Centro Asistencial puede solicitar opinión al Comité. Y para ello debe aportar la mayor información disponible sobre el paciente y la situación.

20) Los referentes a la Ética Institucional:

- Son dificultades con pacientes o personas involucradas en el medio asistencial, en donde las implicaciones trascienden al ambiente institucional.

21) En cada reunión se levantará un acta, en la cual deberá constar la aprobación y la firma de los miembros presentes, a más tardar en la reunión ordinaria, siguiente. Este registro, sólo podrá ser entregado por orden judicial competente o a requerimiento especial de una organización legalmente acreditada.

22) En las reuniones ordinarias, para que la toma de decisiones sea válida, deberán estar presentes, por lo menos la mitad más uno de sus integrantes. Caso contrario, únicamente se procederá a escuchar la consulta, y a esperar una próxima reunión y reunir al mínimo de los miembros.

23) El comité pondrá todo su empeño para que las decisiones que resulten como producto de sus deliberaciones, y que sean propuestas como recomendaciones, sean respaldadas por unanimidad.

24) Las opiniones o recomendaciones del Comité no son de cumplimiento obligatorio, ni de carácter vinculante. Pero siempre quedará anotadas en el libro de actas y deben estar firmadas por los miembros presentes.

VII. BIBLIOGRAFIA

- 1) American Society for Bioethics and Humanities. Core competencies for Health care ethics consultation. Glenview: American Society for Bioethics and Humanities; 1998
- 2) Joint Commission on Accreditation Healthcare Organization. Accreditation Manual for hospitals. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation Healthcare Organization; 1992
- 3) Alvarez, Juan Carlos "Comités de Ética Asistencial". Madrid, Portal Mayores, Informe Portal Mayores, No. 18. 2004. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/alvarezcomites.01.pdf>>
- 4) Morales Arriero, José Joaquín. "El Capellán en los hospitales y los Comités de Ética Asistencial, Tesina de Máster en Bioética ICEB 3ª. ed. 2007/2008 http://www.bioeticacs.org/Investigacion/el_capellan_en_los_comites_de_bioetica.pdf.
- 5) Teel K. The Physician Dilemma, A Doctor's View: What the Law Should be? Baylor Law Review 27 (1975) 6-7 citado por Tealdi J. y Mainetti J.A. Los Comités Hospitalarios de ética, en WAA Bioética, Teoría y Perspectivas, Washington DC. Organización Panamericana de la Salud 1990, 54, nota 2, 59.
- 6) Abel, F. Comités de Bioética: Necesidad, estructura y funcionamiento. Labor hospitalaria, 1993; 229: 136-146.
- 7) Couceiro A. editora. Bioética para clínicos. Los Comités de ética asistencial: Origen, composición y método de Trabajo. Madrid. Triacastela, 1999. P. 269-281.
- 8) Ribas-Ribas, Ramón. Estudio observacional sobre los comités de Ética en Cataluña. El estudio CEA-CAT (1) Estructura y Funcionamiento. Med. Clin. (Barc.) 2006, 126(2):60-6.
- 9) Gracia D., Procedimientos de Decisión en Ética Clínica, Madrid, Eudema, 1991; Drane J.F., Métodos de Ética Clínica, en Couceiro A. Bioética para Clínicos, Madrid, Triacastela, 1999, 187-199; Jonsen AR., Siegler M. y Winslade WJ., Clínica IEthics, 3ª. Ed. New York, McGraw.Hill, 1992; Ferrer JJ. Y Alvarez JC., Para Fundamental la Bioética, Bilbao/Madrid, Descrée de Brouwer/Universidad Pontificia Comillas, 2003, 486-506.

- 10) Gracia D. La Deliberación Moral. El papel de las Metodologías en la ética Clínica, en Sarabia J. y De los Reyes M. (edit.), Comités de Ética Asistencial, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000, 21-41.
- 11) Hernando P., Marijuán M. Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3) 91-99.
- 12) Jonsen AR, Siegler M. Winslade WJ.ÉticaClínica. Barcelona : Ariel, 2005.
- 13) Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Médica.Barcelona :Masson, 1999.
- 14) Emanuel E., Medical Ethics in the era of managed care: the need for institutional structures instead of principles for individual cases. J. clin Ethics 1995;6:335-8 (PubMed)
- 15) Simón, Pablo. La Ética de las organizaciones sanitarias: El Segundo estadio de desarrollo de la Bioética. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17:247-59. Vol. 17 Núm. 04.
- 16) Comité de Ética hospitalaria: Marco legal, reglamento, Colombia. . http://eticahospitalaria.clinicalili.org/pdf/reglamento_comite.pdf .
- 17) Beca, JP. Los Comités de Ética Asistencial y las repercusiones Jurídicas. Rev. Med. Chile v. 134 n. 4. Santiago Abr. 2006.
- 18) UNESCO, Guía No. 1. Creación de Comités de Bioética. UNESCO, Paris 2005. <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/guia1.pdf> Pag. 36-42.
- 19) Valdez-Martínez, Edith., Lifshitz-Guizberg, Alberto., Medesigo-Micete, José y Bedolla, Miguel. Los Comités de ética clínica en México: La ambigua frontera entre la ética asistencial y la ética de investigación clínica. Rev. Panam Salud Pública. 2008;24(2):85-90.
- 20) Estévez, Agustín. Comités de Ética, Comités de Bioética y Comités de ética de Investigación: Una cierta confusión. Rev. De la Asociación Médica de Bahía Blanca, Argentina. Vol. 17, Número 1, Enero-Marzo 2007. Pag. 18-23.