

Situación actual de los Comités de Ética Asistencial en España

Autora: Calixta Sánchez Fernández

Tesina de Master de Bioética ICEB

Córdoba (España) 2007-2008

INDICE

Introducción	3
Objetivos	3
Metodología	4
Revisión bibliográfica	5
Encuesta: estudio	17
Discusión	35
Conclusiones	40
Bibliografía	45
Anexo	46

Situación actual de los Comités de Ética Asistencial en España

INTRODUCCION

Las innovaciones producidas en las últimas tres décadas en el campo de la Bioética y la Medicina han ampliado la complejidad de las decisiones médicas frente a diversas investigaciones e intervenciones sanitarias y clínicas, hasta introducirlas abiertamente en el campo de los conflictos éticos y morales. Principalmente por este motivo los Comités de Ética Asistencial se han ido creando dependiendo de las necesidades que presentan grupos profesionales o instituciones para clarificar o resolver problemas específicos.

Se puede decir que los Comités de Ética Asistencial han tenido como precursores a los Comités Éticos de Investigación Clínica, que nacieron, en los años setenta, ante la necesidad de regular la investigación clínica y la experimentación humana, estudiando y protocolizando las medidas mas adecuadas para llevarlas a cabo sin lesionar la dignidad y la libertad del ser humano.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer, en nuestro país, el desarrollo y evolución de los Comités de Ética Asistencial (en adelante CEA) en hospitales públicos y privados desde

enero de 1998, fecha del último estudio sobre los CEA, que fue realizado por M^a Dolores Espejo hasta junio del 2008.

METODOLOGIA

La metodología utilizada incluye:

- 1- Una revisión bibliográfica.
- 2- Una encuesta dirigida a todos los hospitales del territorio español que tengan más de 200 camas ya que, según se verá en estudios anteriores, los de menos camas no suelen tener CEA.

Se ha utilizado para la información sobre las características de los hospitales (número de camas, especialidades médicas, etc.) la guía Puntex del año 2007.

Para que respondan a la encuesta se les ha dado un mes de tiempo desde la fecha de envío del cuestionario hasta su recepción. Y para facilitar la cumplimentación y su posterior envío, se han acompañado con carta de presentación y con un sobre franqueado.

- 3- Discusión de los resultados obtenidos
- 4- Conclusiones

1- REVISION BIBLIOGRAFICA

Se exponen a continuación los datos recogidos en la revisión bibliográfica de los estudios publicados o no, de distintos autores:

1-A.- APARICIÓN DE LOS CEA.

En la literatura de EEUU se recogen los primeros problemas éticos clínicos asociados a los problemas de ensayos clínicos con seres humanos.

1-B.- CRONOGRAMA.

Según se recoge en el estudio realizado por M^a Dolores Espejo en el año 1997, y de modo resumido, la aparición de los CEA en Estados Unidos, es la siguiente:

- En 1960 se establece la primera unidad de diálisis, donde existe el grave problema de tener que seleccionar entre los enfermos de fallo renal puesto que no existían suficientes unidades para atender a todos los enfermos que lo necesitaban. Por lo que se hace necesario formar un comité para la selección de los pacientes.
- En el año 1968 un comité define la muerte cerebral.
- En 1971 se crea un comité para el tratamiento de enfermos terminales.
- En 1973 se crea el comité para la optimización de cuidados.
- En 1976 aparece el caso de una joven que se encuentra en estado vegetativo permanente (EVP) a la que su padre quiere desconectar y tras ganar el caso en el tribunal Supremo los médicos la desconectan y sigue viviendo durante nueve años más. A partir de entonces se aconseja implantar en los hospitales los comités de pronóstico

cuya función debería ser la de decidir cual sería el pronóstico del enfermo en caso de que se plantee discordancia entre el equipo médico y la familia.

- El informe de la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (President's Commission, 1983) y, el definitivo paso de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) en su Manual de acreditación de 1992, donde se incluyó como criterio de calidad para todo hospital el disponer de algún mecanismo para ayudar a profesionales de la salud, pacientes y familias a abordar aquellos conflictos éticos que puedan surgir durante el proceso asistencial. La iniciativa de la JCAHO tuvo una especial influencia en la creación de comités de ética, sobre todo si tenemos en cuenta que depende de la acreditación de la JCAHO el que los hospitales estadounidenses puedan recibir las ayudas de los programas nacionales Medicaid y Medicare.

- Los datos reportados por Youngner (1984) y Finkenbine (1991) donde médicos, enfermeras, pacientes y familiares respondieron, en general, que los comités de ética eran necesarios en los hospitales y pueden ser de gran utilidad para encontrar resoluciones a las discordancias entre los profesionales de la salud.

- En el año 1987, Maryland fue el primer estado que decreto la obligatoriedad de instaurar en los hospitales los CEA (Patient Care Advisory Committee).

1-C.- GENESIS DE LOS CEA EN ESPAÑA.

En España hasta el año 1990 sólo existían 4 hospitales que de diferente forma se planteaban establecer un medio para estudiar los problemas éticos que pudieran surgir de la práctica clínica. Siendo a partir de 1993 cuando se aprecia un notable auge en la creación de los CEA.

1-D.- EL CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE A LOS CEA EN NUESTRO PAÍS ES EL SIGUIENTE:

En 1974 se crea un Comité de Orientación Familiar y terapéutica en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital S. JUAN de DIOS de Barcelona, que no se constituye como CEA hasta el año 1982. Este fue el primero de nuestro país y para ello fue muy importante la influencia que tuvo el Instituto Borja de Bioética, ya que desde el principio el Dr. Abel, Director de este Instituto, fue el asesor para temas éticos de este Hospital. El Dr. Abel provenía de la universidad Georgetown y conocía el trabajo de los CEA en los hospitales americanos.

Ha sido de vital importancia para el desarrollo de los CEA la 1ª conferencia de Comités Nacionales de Ética organizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y celebrada en 1992 en España.

Años más tarde, el 30 de marzo de 1995, el INSALUD envía una Circular a sus centros hospitalarios donde establece una serie de recomendaciones para la constitución de los comités de ÉTICA ASISTENCIAL. Esto supuso a nivel de hospitales públicos un importante impulso en nuestro país.

Los primeros CEA tomaron como modelo de referencia para su creación a otros CEA españoles ya constituidos ó incluso a comités extranjeros.

1-E.- QUÉ ES UN COMITÉ Y CUALES SON SUS FUNCIONES.

El CEA puede definirse de modo general como un grupo multidisciplinar de personas que, dentro de una institución sanitaria, ha sido específicamente establecido para aconsejar a los profesionales sanitarios en sus decisiones sobre las cuestiones éticas,

planteados en el curso de la práctica clínica. (Cohen ,°1998; Cranford y Col . 1985; US GOVERNMENT OFFICE, 1983).

Los comités se perfilan como un medio para la solución de los problemas éticos de nuevo planteamiento. Hemos visto que nacen como resultado de la concurrencia de múltiples factores.

1-F.- FUNCIONES DE LOS CEA.

Según un estudio realizado en los años 1999-2000 por P. Barroso, las funciones básicas de un Comité de Ética Asistencial pueden resumirse en las siguientes:

- a. Proteger los derechos de todo paciente.
- b. Procurar una formación en bioética al personal del hospital y en particular a los miembros del comité.
- c. Colaborar y facilitar la actitud a tomar ante problemas éticos distintos y de diferentes consecuencias.
- d. Elaboración de protocolos sobre la forma de actuar ante los dilemas éticos más frecuentes y ante los ocasionales.
- e. Mediación entre la familia y el médico ó el equipo asistencial.

Este autor considera además como funciones propias de los CEA las siguientes:

- f. Promover políticas y procedimientos éticos que maximicen el bien de los pacientes.
- g. Velar para que la pluralidad de los miembros que constituyen un comité, tengan una función representativa.
- h. Mantener un intercambio constante de información y de opinión sobre la investigación médica y los tratamientos que pueden tener consecuencias críticas sobre la integridad humana o modificar el respeto debido a la dignidad humana.
- i. Mantener contacto con otros comités, así como información sobre estos.

- j. Mantener un punto de documentación sobre cuestiones bioéticas.
- k. Servir a la dignidad, autoridad e imparcialidad aparente de la acción oficial, para legitimar la acción en si y el régimen que estableció el comité.
- l. Función educativa para el público en general, educar continuamente al público y tomar la iniciativa del debate sobre los problemas éticos que plantea el progreso biomédico.

Para otros autores siguen vigentes la triada fundamental: asesorar, protocolizar, y docencia interna. Y todos coinciden en considerar excluidas de la competencia del CEA las siguientes:

1. Promover o amparar actuaciones jurídicas directas para las personas o la institución.
2. Sancionar o realizar juicios sobre la ética profesional o conductas de los pacientes.
3. Subrogarse o reemplazar la responsabilidad de quien ha pedido su asesoramiento.
4. Tomar decisiones de carácter vinculante, su papel es solo asesor y la toma de decisiones corresponde a quien siempre lo ha hecho: paciente, familia, médico, o la autoridad judicial.
5. Realizar estudios cuyo objetivo fundamental sean el análisis de asuntos sociales y/o económicos.
6. La investigación.
7. Sustituir a los comités Éticos de investigación clínica.

1- G.- DEPENDENCIA DE LOS CEA.

Según los estudios realizados entre los años 1997-2003 por M^a Dolores Espejo y Porfirio Barroso. El CEA tendrá carácter de asesoramiento y consulta, gozará de autonomía absoluta en todas sus actuaciones y no dependerá funcionalmente de ningún órgano o comisión institucional. Dependerá orgánicamente de la Gerencia del Hospital a la cual informará del inicio de su constitución y puesta en funcionamiento, así como de sus actividades siempre que lo estime oportuno, con el fin de recibir de la dirección todo el apoyo administrativo que sea preciso para el mejor cumplimiento de sus funciones específicas. Pero en esos años ya existían las Comunidades Autónomas y algunas ya habían legislado al respecto.

1- H.- COMPOSICIÓN DEL CEA.

Es fundamental que en la composición del CEA, existan variedad de profesionales, ya que es enriquecedor y se ven distintos puntos de vista, estará relacionada con el tipo de especialidades médicas existentes en ese centro y el número de camas hospitalarias.

La mayoría oscila, según lo publicado por Barroso¹ entre 15 y 20 miembros, de los cuales entre 4 y 11 son médicos y de 2 a 10 son enfermeras/os, tienen 1 capellán o un agente de pastoral, 1 abogado y otros profesionales vinculados o no al ámbito asistencial. Además podría estar presente un miembro de la junta directiva, aunque su presencia es discutible según algunos autores como por ejemplo: Arroyo A. y col., porque podría influir de forma negativa. Consideran como una ayuda invitar a especialistas en temas concretos según el caso que se este estudiando.

De cualquier modo es recomendable que el número de componentes no sea elevado, porque pierde eficacia y eficiencia.

¹ Barroso P., *Bioética y Ciencia de la Salud* 2003; 4 (1):35-49.

Estos comités se reúnen mensual ó quincenalmente, a no ser que tengan que reunirse con carácter de urgencia lo que a veces ocurre, aunque con poca frecuencia.

Es importante que el Comité tenga suficiente reconocimiento y el apoyo institucional ya que facilitará su constitución y la continuidad de sus miembros.

1-I.- TEMAS QUE TRATAN LOS CEA.

Según el estudio de P. Barroso, al año 2000, en hospitales públicos y privados, los temas tratados mayoritariamente por estos comités son:

- a. El acceso a la confidencialidad de las historias clínicas.
- b. La negativa a ser trasfundidos por parte de los testigos de Jehová.
- c. El tratamiento de soporte vital.
- d. Los problemas en neonatología y/ o reproducción asistida.
- e. El rechazo a las pruebas genéticas en familiares (descendientes) a la solicitud del paciente.
- f. El rechazo al tratamiento por parte de la familia (en menores dependientes).
- g. Los malos tratos infantiles, a los disminuidos psíquicos.
- h. El aborto.
- i. El encarnizamiento terapéutico.

Otros temas tratados en la comunidad autonómica de Andalucía, donde realizó su estudio Arroyo, A y col., son:

- Comienzo y final de la vida.
- Trasplantes.
- Corrección trato del enfermo.
- Oferta servicios médicos dignos.

- Secreto médico.
- Deshumanización de la medicina.
- Conflictos derivados de la técnica.
- Medicina como bien de consumo no como servicio.
- Distribución de los recursos sanitarios y racionamiento y control del gasto médico.
- Denuncia judicial sistemática.

Los servicios que más solicitan asesoramiento suelen ser los siguientes: atención al paciente, gerencia, pediatría, psiquiatría, equipo de transplantes, servicios quirúrgicos, nefrología, urología, y medicina interna.

1-J.-FORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL CEA.

Según el estudio realizado por Espejo, M^a D., “Comités Asistenciales Éticos en España”, en su Tesina de 1997.

Es fundamental que los miembros del CEA estén formados en Bioética y temas relacionados con la bioética, sería además de gran ayuda que entre los miembros haya un experto en Bioética aunque la existencia de éste no justifica que los demás miembros no se preocupen por obtener nuevos conocimientos.

España es el único país de la Unión Europea que ha financiado la formación en Bioética de un pequeño porcentaje de sus profesionales, cuyo objetivo es la puesta en marcha de los comités de ÉTICA ASISTENCIAL

Es de gran ayuda también contar con apoyo bibliográfico actualizado debido al avance de las nuevas tecnologías y a los nuevos problemas éticos que aparecen en el quehacer clínico.

Facilita el trabajo del CEA contar con un centro de Bioética de referencia, para actualizar conocimientos y para el asesoramiento y la formación de sus miembros.

1-K.- ALTERNATIVAS AL CEA.

Por distintos motivos, existen alternativas al CEA, como las que recoge en su estudio Espejo, M^a D., y serían las siguientes:

1. Un equipo Asistencial constituido como CEA. Suele darse en unidades de cuidados paliativos dónde se trabaja en equipo de forma multidisciplinar.
2. Protocolos de actuación que diseña la misma institución.
3. Existencia de un experto en Bioética.
4. Asesoramiento de un centro de Bioética de referencia para temas éticos.

1-L.- PROBLEMAS O DIFICULTADES DEL CEA.

Según Arroyo A. y col en el año 2003, las dificultades con las que se encuentran los comités son diversas y recoge las siguientes:

- Las relacionadas con la formación en Bioética de sus miembros.
- La poca colaboración de la dirección hospitalaria y a veces, su falta de Sensibilidad con el comité.
- La falta de dotación de espacio, medios, para que el CEA pueda desarrollar su tarea.
- El paternalismo médico.
- Y el desconocimiento por parte del centro de la labor del CEA.

- Que el CEA no es necesario en dicha institución. Por ello se debe hacer un estudio que evidencie la necesidad o no de la creación del mismo.
- Desmotivación de sus componentes. Ocurre con mayor frecuencia, cuando no han sido elegidos por su interés en temas éticos y también cuando no se considera al CEA de forma positiva o no se conocen bien sus funciones por parte del resto de los profesionales.
- Recelos u objeciones por parte de otros profesionales sanitarios.
- Considerarlo como un elemento burocrático.
- Autosuficiencia del equipo sanitario.
- Considerarlo como un de control de la gerencia.
- Desconfianza ante la posible falta de confidencialidad, en la resolución del problema.
- Ver el CEA como un instrumento más de poder.

La mayoría de los autores consultados comparten las mismas opiniones que Arroyo.

1-M.- PAUTAS QUE AYUDAN A RESOLVER PROBLEMAS QUE SE CONSULTAN AL CEA.

Según el estudio de Arroyo A. y col en el 2003, para resolver la problemática de la diversidad de conflictos éticos que pueden plantearse al CEA para su estudio y asesoramiento deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- La utilización de los documentos elaborados por la Asociación Médica Mundial, que representa a los colegios y Asociaciones de médicos del Mundo y que fue creada para asegurar la independencia de los médicos

para servir a los niveles más altos posibles en conducta ética y atención médica.

- Los códigos de Ética y Deontología médica y de enfermería.
- EL conocimiento de las disposiciones legales vigentes en el país.
- El respeto a la dignidad de la persona, que es el núcleo fundamental para la resolución de problemas.
- Sería además deseable la resolución por unanimidad y no por mayoría o por consenso, ya que se puede caer en un reduccionismo que sería mayor según exista más diversidad de modelos éticos entre las personas que formen parte de un mismo CEA.

Según el autor, los principios de bioética: no maleficencia, justicia, beneficencia, y autonomía se han mostrado tanto anteriormente como ahora, como instrumentos eficaces para la identificación de los conflictos éticos en la toma de decisiones clínicas.

La bioética principalista no es la única que existe y con frecuencia los cuatro principios se revelan insuficientes para solucionar los dilemas, p. Ej. Como cuando se contraponen entre sí. Existen otros modelos bioéticos (de la virtud, personalista, utilitarista,...). Los CEA, por lo tanto deberán cumplir las condiciones de una fundamentación racional de sus decisiones, la aceptación del pluralismo, la capacidad crítica y operativa, evitando los absolutismos, el escepticismo y el excesivo relativismo.

1-N.- RELACIONES DE LOS CEA CON LA BIOJURIDICA.

Aunque el CEA es un ámbito de estudio y discusión ética, su trabajo guarda una relación estrecha con la Biojurídica y por ello deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- Sus resoluciones no pueden ser vinculantes.

- Se deben valorar las consecuencias jurídicas de sus decisiones.
- Poseen gran peso ante los tribunales, que cada vez recurren con más frecuencia a su asesoramiento.
- Sus resoluciones van afianzando actitudes que pueden llegar a ser referencia para una futura jurisprudencia.

1- Ñ.- EFECTIVIDAD DE LOS CEA

Según el estudio realizado por P. Barroso en los años 1999-2000. El logro mayor de estos comités en España ha sido facilitar de manera importante el proceso de decisión de los médicos, así como alas/ os enfermeras/ os, sin embargo los pacientes aún los consideran menos relevantes y de hecho los CEA suelen ser infrutilizados salvo cuando ciertas cuestiones alcanzan una amplia resonancia social en los medios de comunicación.

Otro dato a tener en cuenta es que la presencia de los CEA en los hospitales no ha variado el número de demandas legales, ni la frecuencia con que los Médicos deciden retirar tratamientos de soporte vital. Se podría decir entonces, que los CEA no son factores influyentes en estos dos últimos aspectos mencionados.

En la actualidad la ley es insuficiente para el médico a la hora de tomar algunas de las muchas decisiones que a lo largo de su ejercicio profesional deben tomar. También la enfermera tiene que tomar decisiones sobre la salud, y la dirección, y la auxiliar. Los CEA constituyen una vía alternativa y complementaria a una situación como la presente, en la que los profesionales de la sanidad se encuentran aislados para tomar decisiones difíciles, en muchas de las cuales hay incluso un vacío legal al respecto. Sobre todo, y por poner un ejemplo, los avances tecnológicos, los cuales nos sitúan ante vacíos legales que hay que llenar.

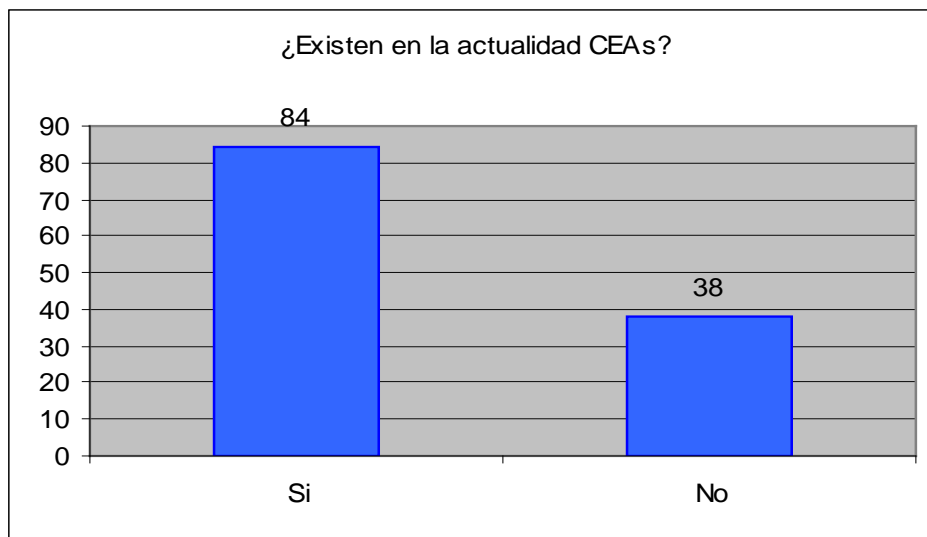
2- ENCUESTAS: ESTUDIO

En este estudio la tasa de respuestas ha sido del 30.5%, según los datos recogidos en las 122 encuestas recibidas de las 400 enviadas.

Según esos datos se puede decir que en la actualidad la situación de los CEA, es la que se describe a continuación y que desarrollaré siguiendo el orden de las preguntas de la encuesta enviada a los distintos Hospitales de nuestro país.

1ª Pregunta: ¿Existe en la actualidad un CEA?

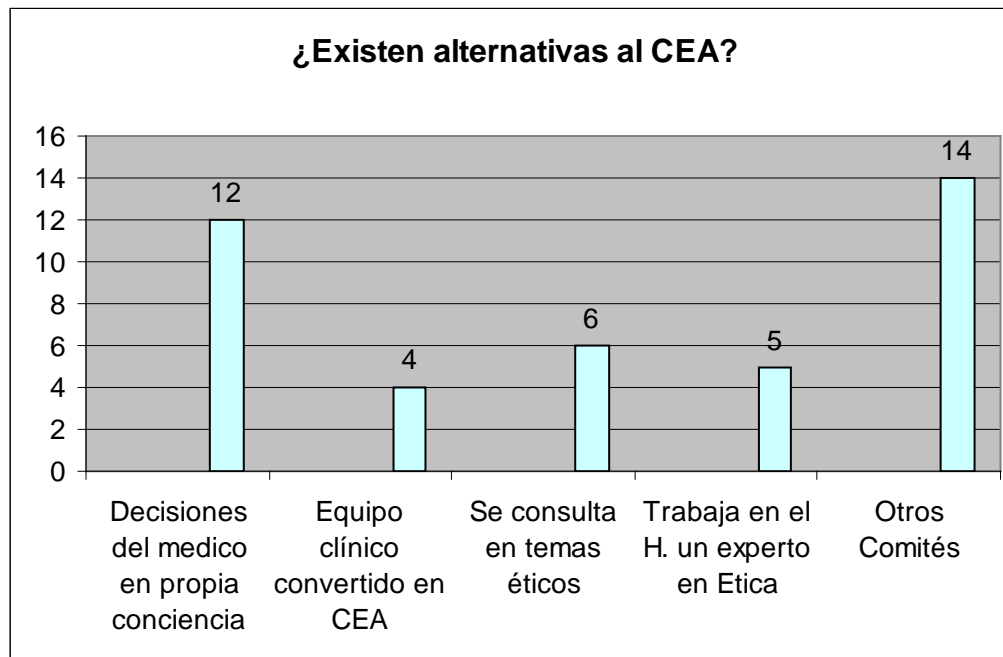
Esta pregunta va dirigida a conocer la existencia o no de un CEA en cada Hospital de más de 200 camas al que se remitía la encuesta.



Como se puede comprobar no existe un alto porcentaje de Hospitales que tengan un CEA.

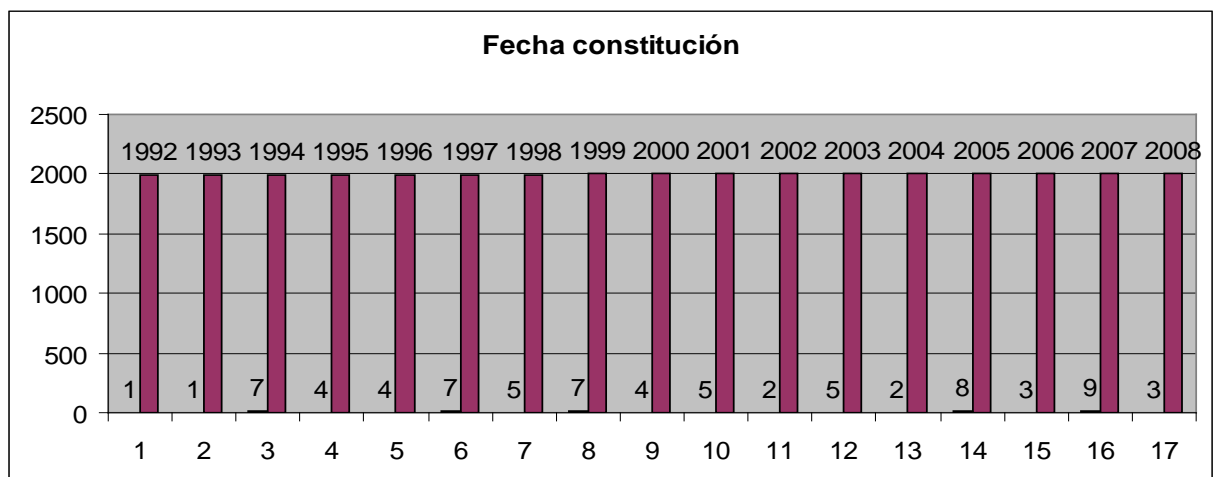
2ª pregunta: **En caso de que la respuesta sea negativa ¿Existen alternativas a los CEA?**

Se le daban cinco posibilidades de respuesta.



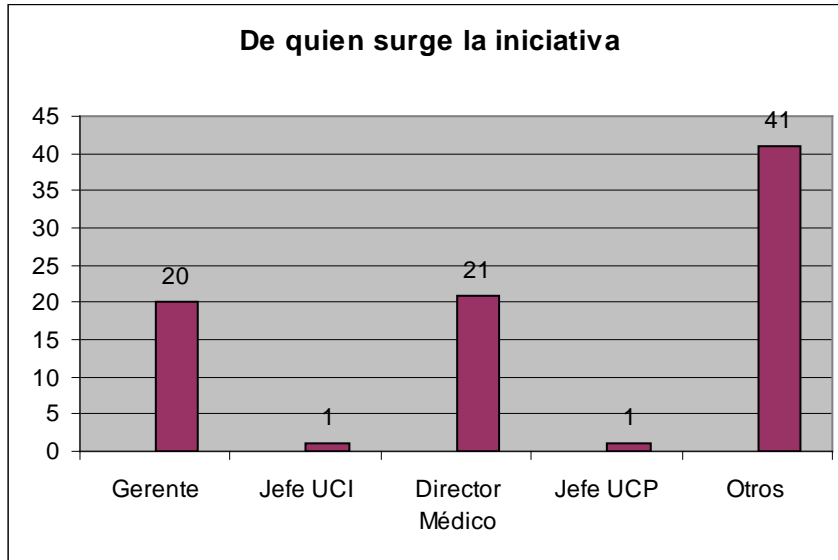
El 9,8% de los hospitales que no tienen CEA, se plantean como alternativa la decisión del medico en propia conciencia. Y en el 11,4% de “otros comités” se recogen por ejemplo: Comité de ensayos clínicos, Comité de investigación, etc.

3ª pregunta: **Si existen: Fecha de constitución del CEA.**



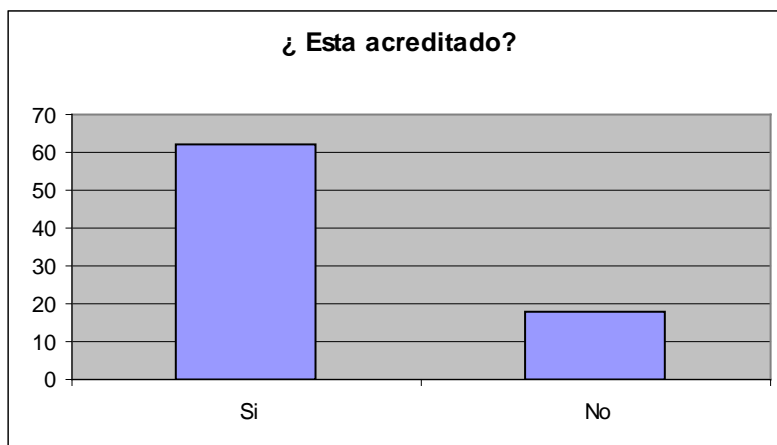
En el año 1992 se constituye el primer CEA y hasta el año 2008 se ha podido constatar que ha habido años en los que han surgido un mayor número de CEA, como por ejemplo 1994, 1997, 1999, 2005, y 2007.

3.1 De quien surge la iniciativa.



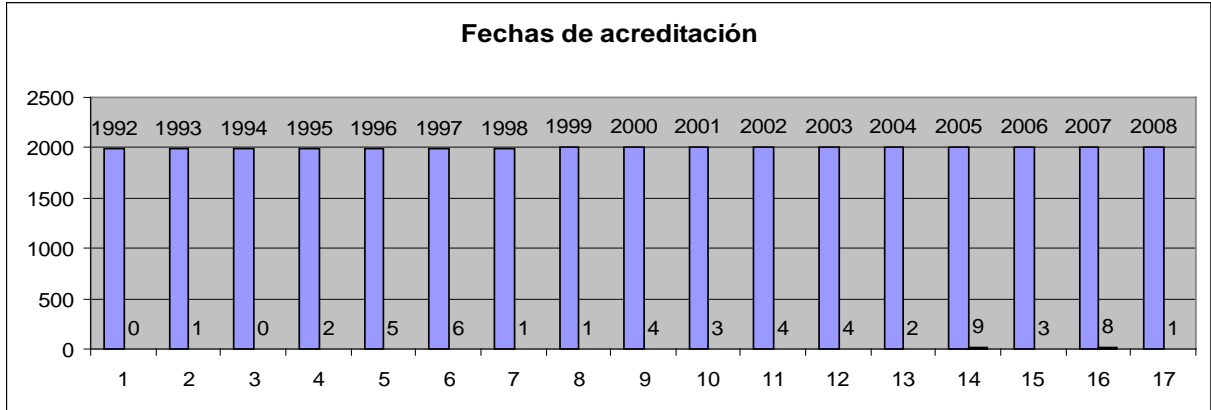
El mayor número ha surgido por iniciativa del Director Médico (17%) aunque hay otro elevado porcentaje distribuido en diferentes profesionales, como por ejemplo miembros del hospital motivados por el tema, jefe de Medicina Interna, etc.

3.2 ¿Esta acreditado?



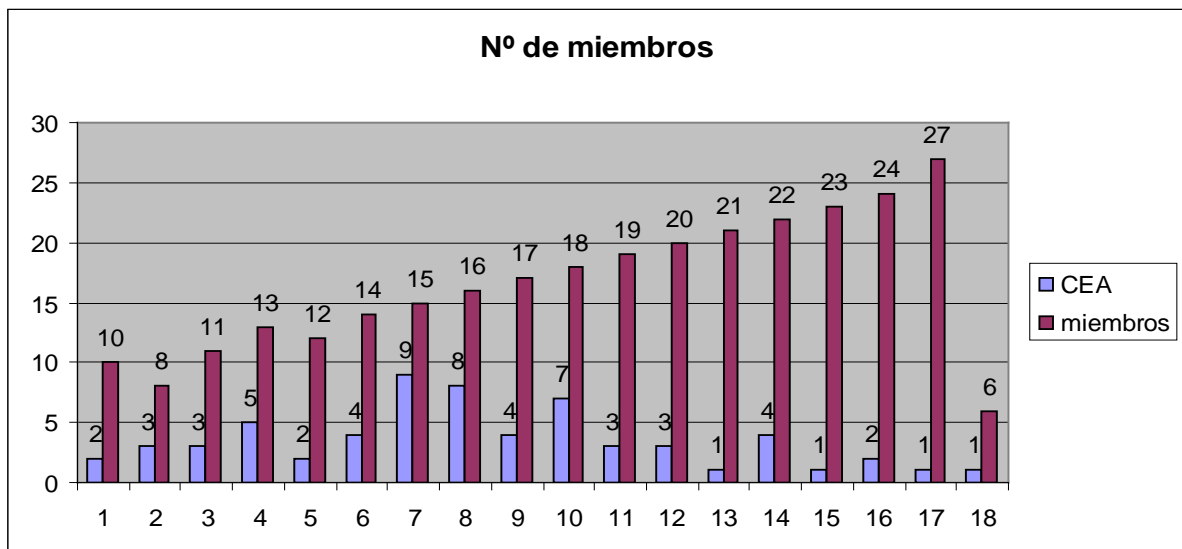
Queda reflejado que el 50.8% de los CEA que han contestado a la encuesta están acreditados, un 14.7% no lo están y un 34.5% están en otras situaciones.

3.2 Fecha de su acreditación.



Dentro de las fechas de acreditación vemos como en el año 1992 no hay ninguna acreditación ya que es, según este y otros estudios anteriores, cuando nace el primer Comité como Comisión gestora y para llegar a su acreditación como tal CEA, debe cumplir una serie de requisitos. Ya en 1997, 2005 y 2007 aumentan las acreditaciones.

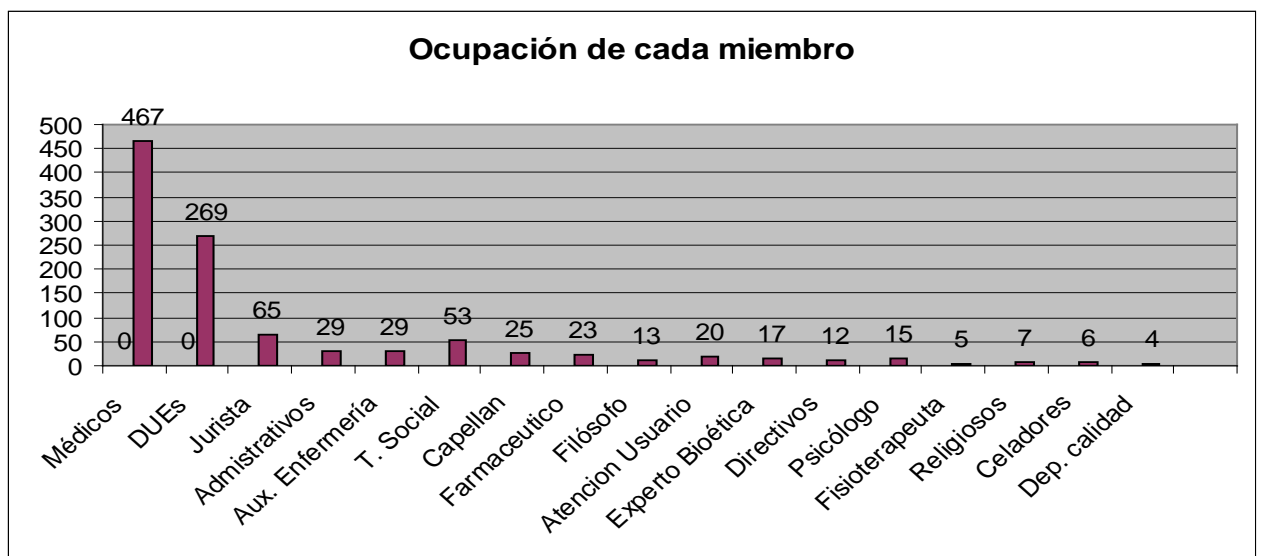
3.3 Composición: nº de miembros.



Como se refleja en la grafica, existe mucha variedad entre los CEA y el número de sus componentes, oscila desde un comité con seis miembros hasta nueve comités con quince miembros cada uno.

3.3 Ocupación de cada miembro:

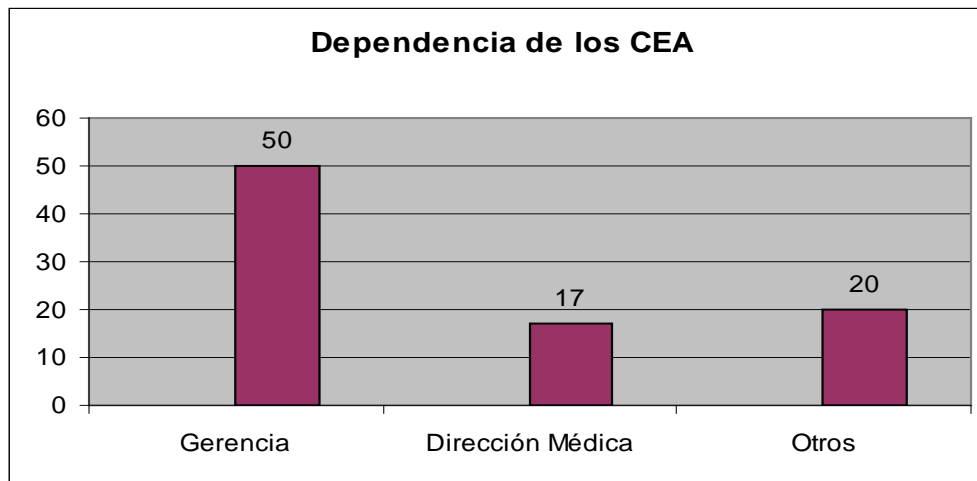
En la siguiente gráfica quedan reflejadas la mayoría de ocupaciones de cada miembro componente de los CEA.



Como esta descrito el mayor número corresponde a Médicos y DUEs.

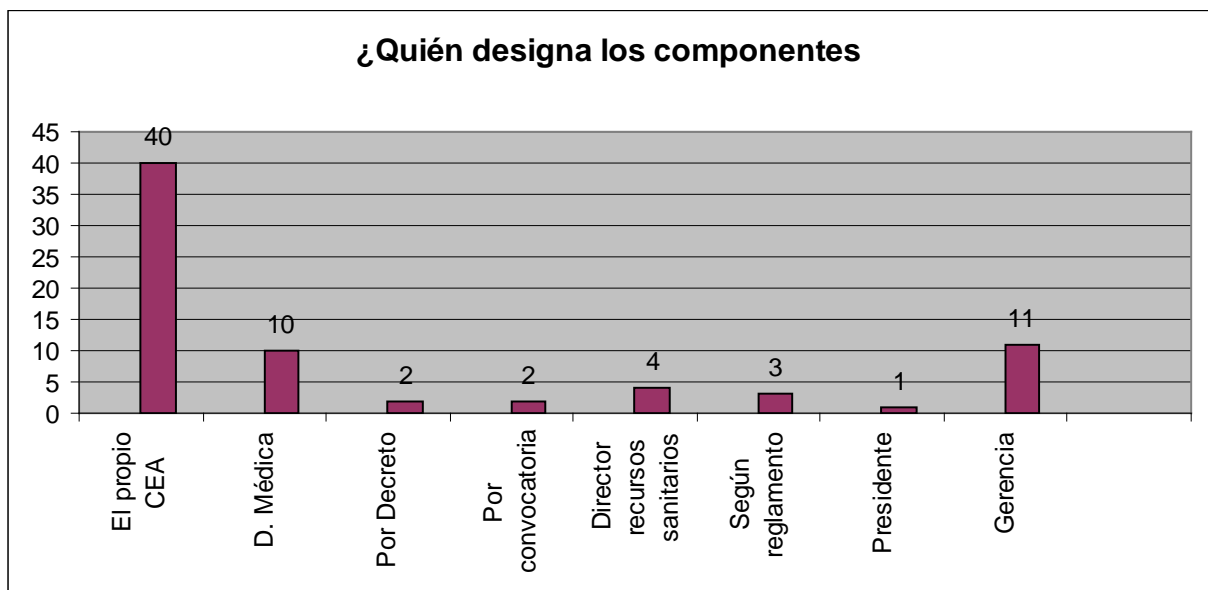
También existen otros profesionales que no están representados en la grafica como por ejemplo: Informático 1, Técnico 1 y algún miembro del Comité de ensayos e investigación clínica 1.

3.4 Dependencia del CEA:



La mayoría de los CEA dependen jerárquicamente de la Gerencia del Hospital (41%).

3.5 ¿Quién designa a los componentes?



Como se puede apreciar por las respuestas, en la mayoría de los casos son propuestos por el propio CEA. Aunque un 40% de las encuestas recibidas no contestaban a esta pregunta.

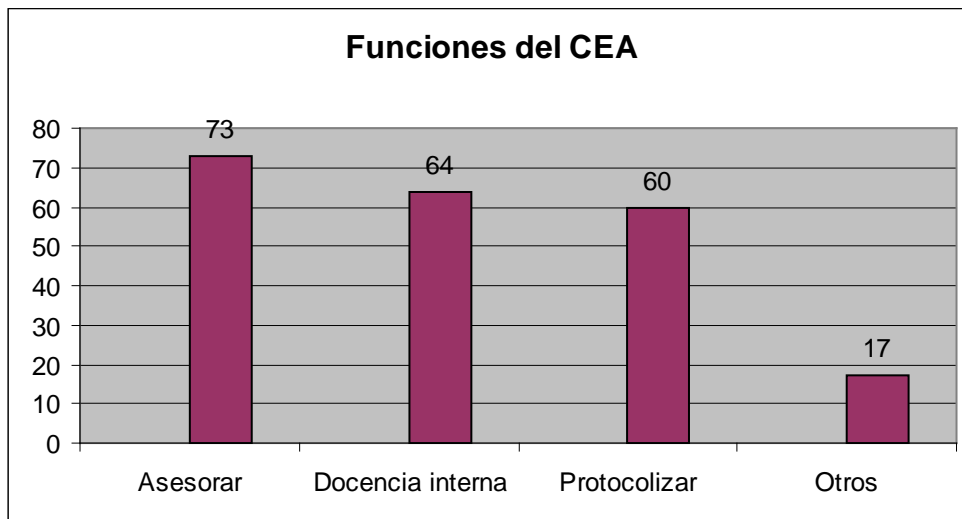
3.6 Estructura del CEA.

Todos coinciden en tener Presidente, Secretario y Vocales. Y existen, en minoría, subsecretario, vicepresidente, coordinador y asesores externos al hospital.

En el 25% de los CEA el presidente es un médico y el secretario es un DUE en 11%.

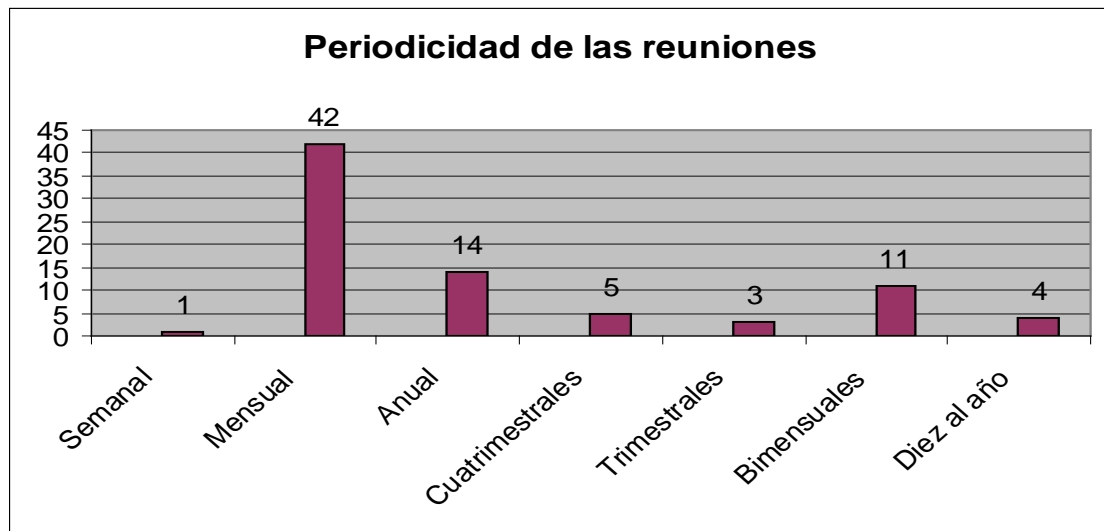
3.7 Funciones del CEA.

En este punto aparecen como más habituales y en mayoría la triada fundamental, es decir: asesorar, docencia interna y protocolizar.



Como se refleja existen otras distintas en un 14% y son diversas como por ejemplo las siguientes: organizar actividades, charlas para el resto del personal, docencia en centros de enseñanza secundaria.

3.8 Funcionamiento y periodicidad de las reuniones.



En la mayoría de los CEA, tienen reuniones mensuales, pero se da una oscilación entre los que tienen diez al año hasta la que solo es anual.

Los CEA que tienen habitualmente reuniones mensuales representan el 34,4%.

3.9 N° de casos al año.

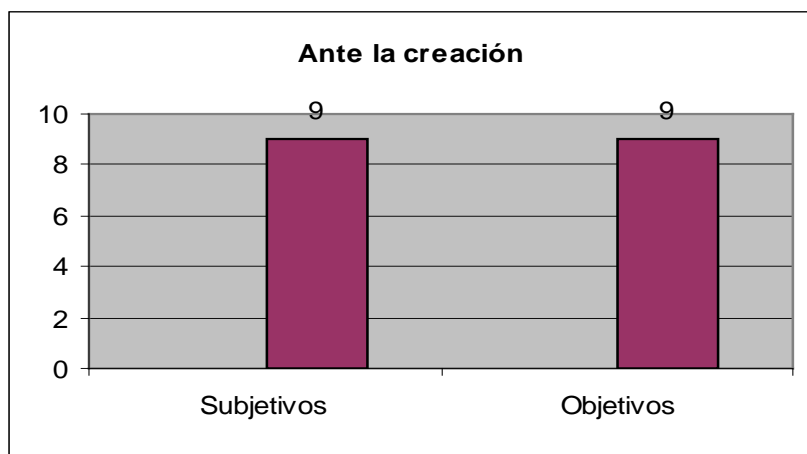
En esta pregunta resulta llamativa la respuesta de un Hospital que dice tener 600 casos al año.

Nº CEA	Nº casos/anuales
3	6
3	12
5	1
5	0
13	4
8	2
1	600
1	53

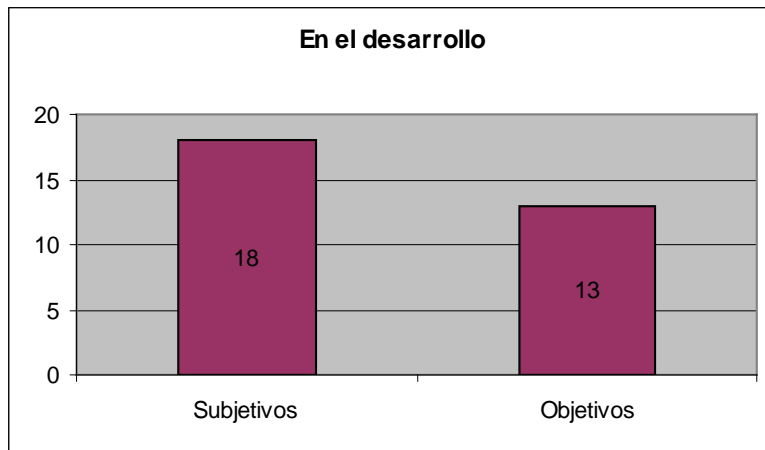
2	7
7	5
4	10
12	3
1	8
3	20
1	14
1	11

4ª pregunta: **¿Han existido problemas?:**

Esta pregunta se refiere a los problemas que han supuesto una dificultad para o durante la creación y en su desarrollo.



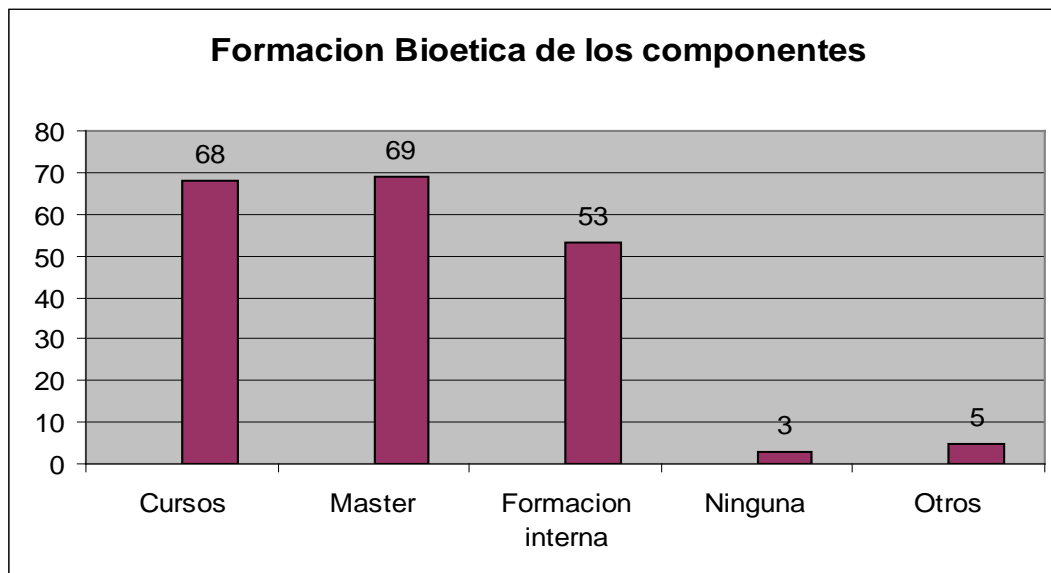
Ante la creación de los CEA en los hospitales que dicen tener un CEA, han tenido el mismo número de problemas subjetivos como objetivos.



En el desarrollo del CEA, ha sido mayor el porcentaje de los problemas subjetivos.

Además hay un 25% que no ha tenido problemas en ningún momento y un 13% que han tenido otros problemas como: dificultad en asistencia, dificultad para reunirse por el trabajo asistencial, falta de reconocimiento por parte de las Instituciones Sanitarias.

5ª pregunta: **Formación en bioética de los componentes.**



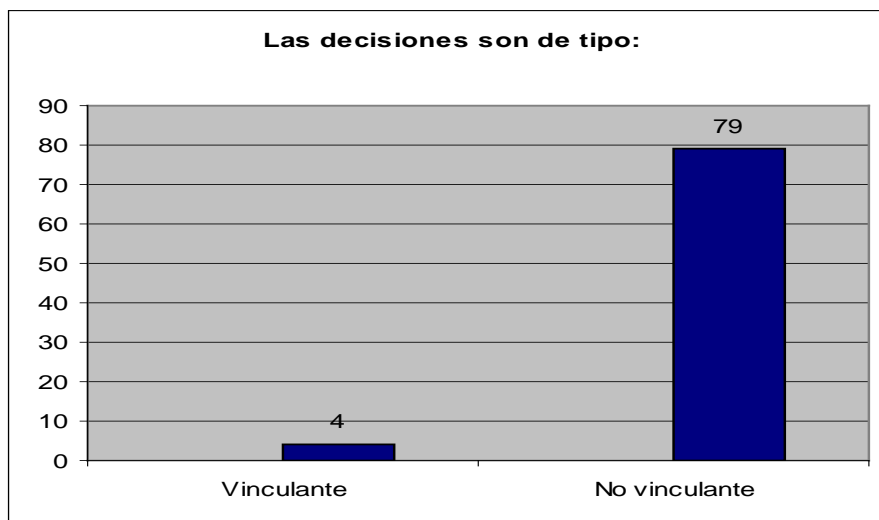
Como queda reflejado en las respuestas, los componentes de los CEA se suelen formar por diferentes vías y la mayoría han recibido una formación. Habría que hacer otro estudio para valorar la calidad de la formación recibida.

6ª pregunta: **Temas más habituales que se tratan en los CEA.**

Temas	Nº casos
Autonomía	4
Confidencialidad	9
Fin de la vida	10
Paliativos	3
Protocolos de Consentimiento Informado	20
Rechazo de tratamiento	6
Donante vivo	5
Soporte vital	2
Consultas	5
Objeción de Conciencia	6
Testigos de Jehová	7
Tratamiento vital	10
Limitación del esfuerzo Terapéutico	4
Sedación	4
Derechos y deberes éticos	5
Tratamientos desproporcionados	5
Aspectos organizativos	4
No iniciar tratamiento	4
Realización de protocolos	17
Formación	20
Estudio de Casos	22

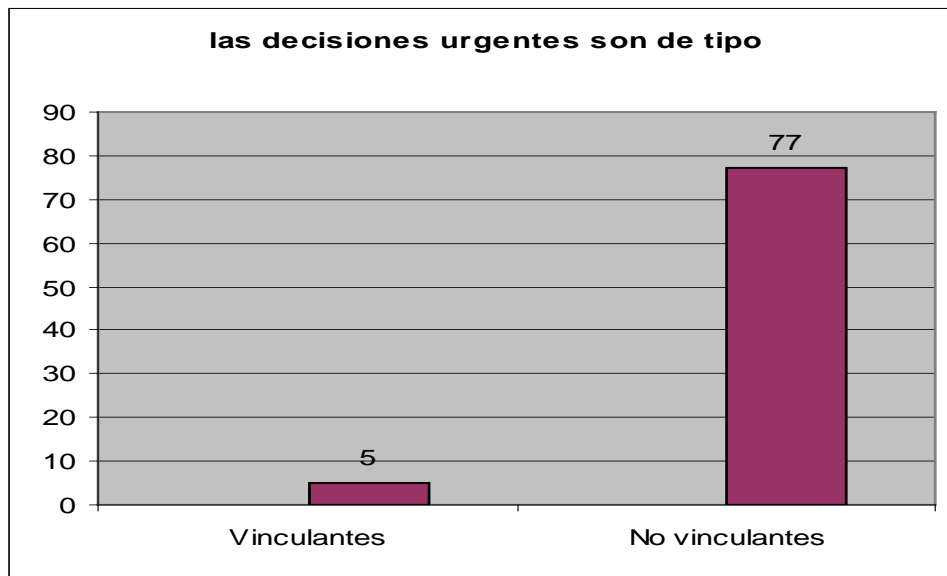
Los temas son muy diversos aunque coinciden, en un alto porcentaje, en comenzar su andadura como CEA tratando sobre el consentimiento informado, final de la vida y tratamiento vital, también un porcentaje elevado se encargan de la formación del personal y de asesorar en los casos de difícil resolución ética.

7ª pregunta: **Las decisiones son de tipo:**



En la mayoría de los CEA las decisiones que se toman son de asesoramiento y de tipo no vinculante; en un porcentaje muy pequeño (3,2%) son vinculantes, esto resulta llamativo ya que no es función del CEA el asumir esa responsabilidad.

8ª pregunta: **En casos urgentes las decisiones están siendo:**



Las decisiones se consideran mayoritariamente no vinculantes, aunque la toma de decisiones haya tenido que ser de manera urgente.

9ª pregunta: **Modelo ético de referencia que utilizan habitualmente en el CEA.**

Modelos éticos	Nº respuestas
normativista	3
normas morales	3
confesionales o religiosas	2
códigos deontológicos	6
consensualista	16
democrático	12
consenso universal	13
principios tradicionales	70
principios personalistas	18

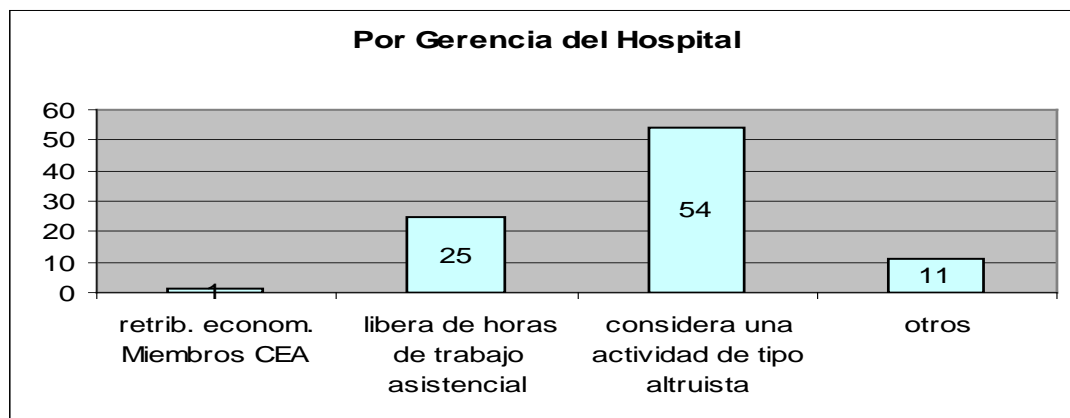
El modelo ético de referencia mayoritario son los principios tradicionales (57,3%).

En esta cuestión se ofrecen en la encuesta los modelos éticos más conocidos como son: el modelo principalista y el modelo personalista, además el normativista que se refiere a las normas morales confesionales o religiosas como puede darse en centros asistenciales de algunas Ordenes religiosas o de Testigos de Jehová, en los que predomina un ideario propio que vincula a los que prestan en ellos sus servicios profesionales. También las directrices que ofrecen los Colegios Profesionales recogidas en los Códigos deontológicos. Por último el modelo consensualista, de manera democrática, o de consenso universal.

10ª pregunta: **Valoración del CEA por parte de:**

Es importante para un CEA la valoración que realizan de él y de su trabajo la Gerencia del Hospital, el personal sanitario, los usuarios, y los propios miembros del CEA

10.1 Gerencia del hospital:

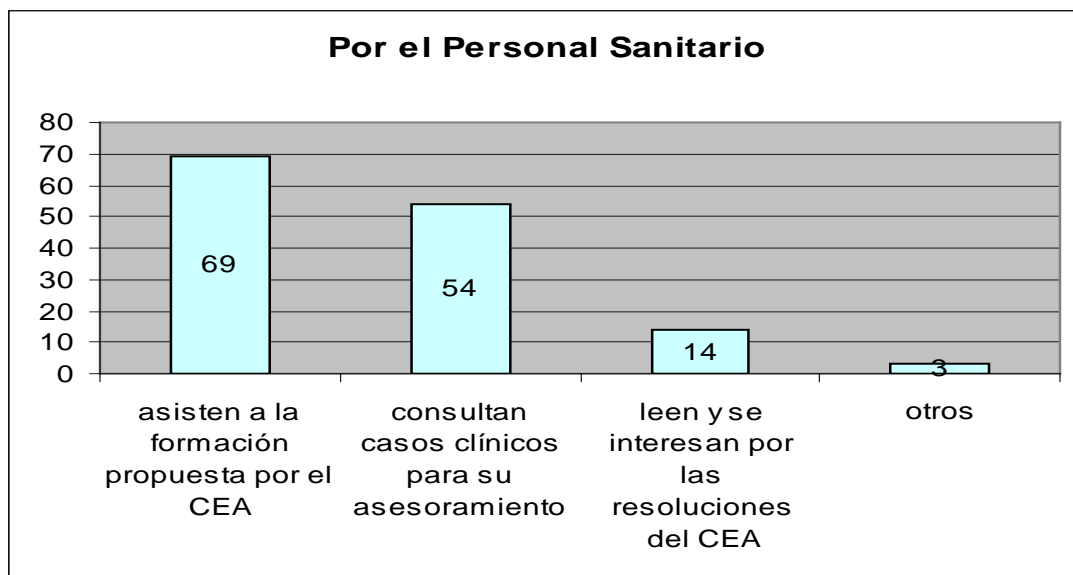


Llama la atención que en un elevado número de casos es considerada la actividad que realiza el CEA de modo altruista, lo que conlleva que no se le ofrezca ningún tipo de compensación económica, liberación de tiempo o cargas de trabajo, etc.. Esto es lo habitual para otros tipos de Comisiones e incluso para los Comités Éticos de

Investigación Clínica, de los que depende la producción y calidad de la investigación de los hospitales. En un porcentaje menor se les libera de horas de trabajo para poderlas dedicar a las actividades propias del CEA.

Existe una minoría que la Gerencia le da prestigio, responsabilidad y además retribuye a Miembros externos y en formación. Solamente existe un caso con retribución económica.

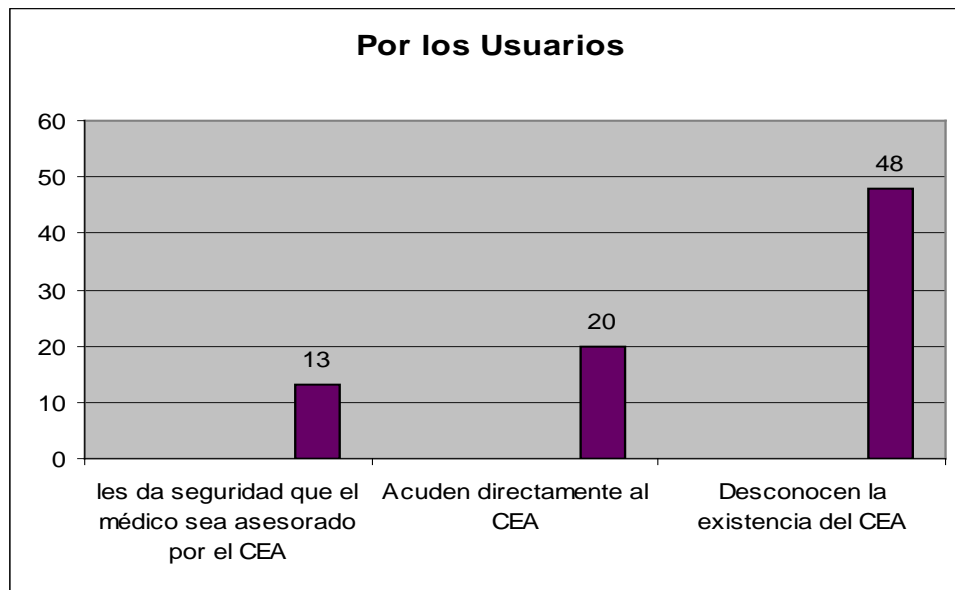
10.2 Personal sanitario: Se refiere al personal sanitario del propio Centro Asistencial.



Existe interés por parte del personal asistencial hacia la actividad del CEA ya que:

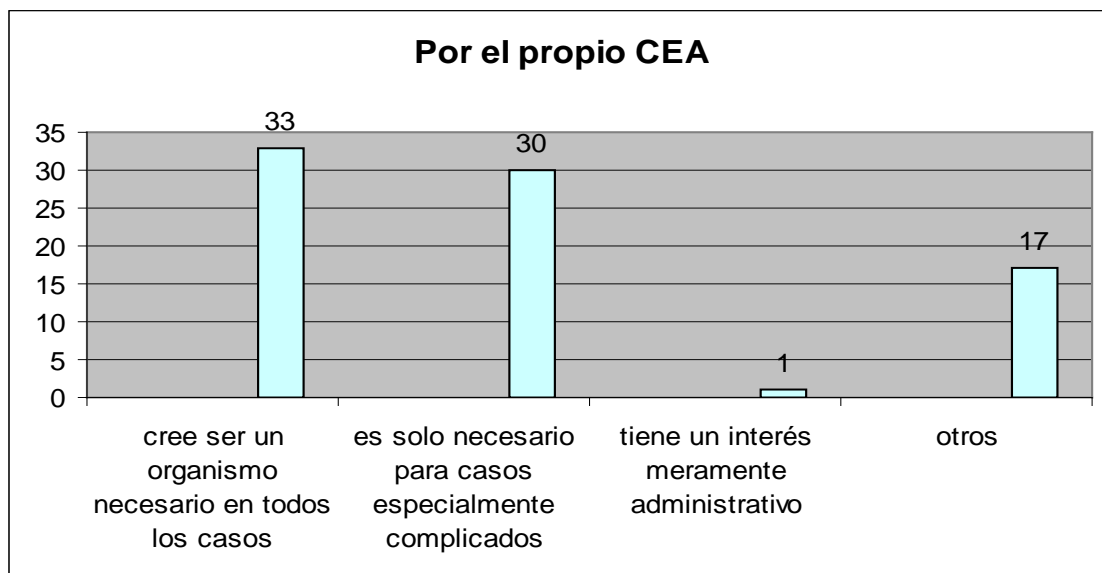
- Asiste a la formación propuesta	69	56%
- Consultan casos clínicos	54	44%
- Leen y se interesan por las resoluciones	14	11%
- Otros	3	2%

10.3 Usuarios:



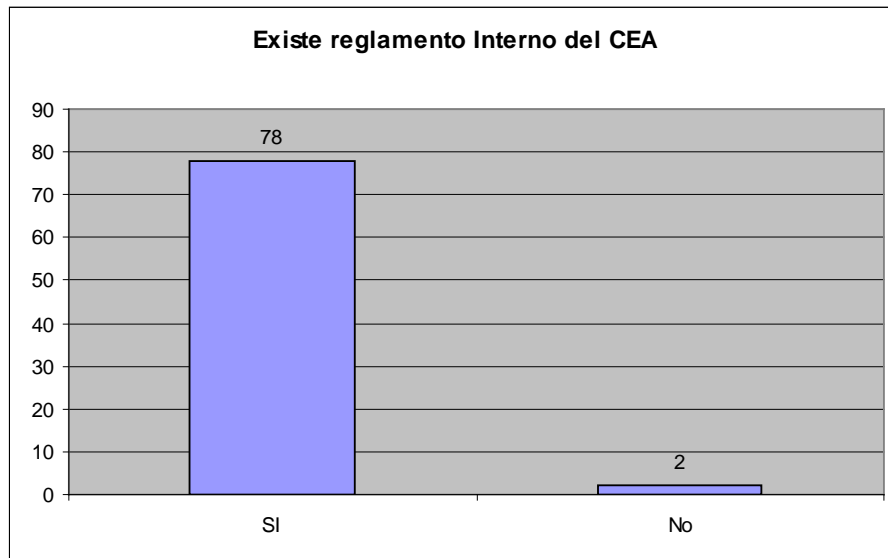
Mayoritariamente el usuario desconoce que exista un CEA en el Centro asistencial en un 39.3% (luego, conoce su existencia en un 60.7%).

10.4 El propio Comité:



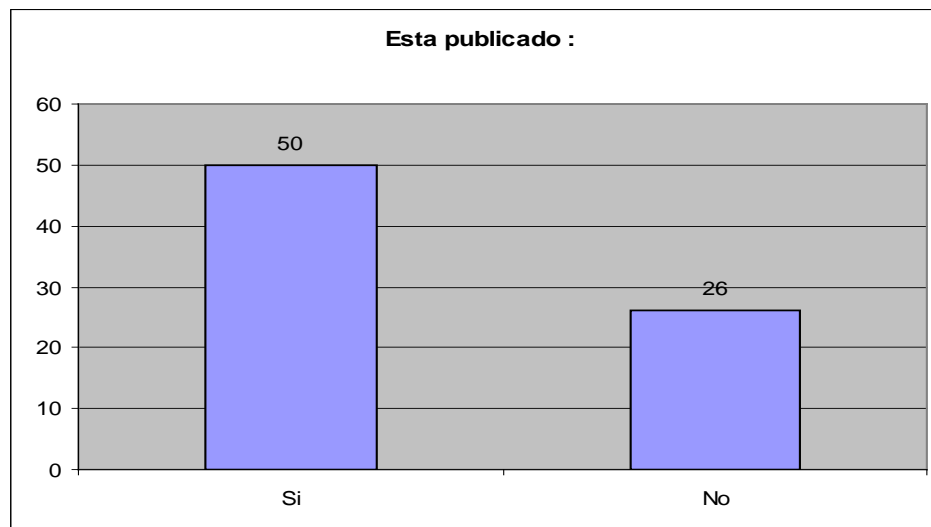
La mayoría de los miembros de los comités piensan que es necesario el CEA en todos los casos y en menor porcentaje consideran que solo es necesario en casos de difícil resolución o complicados.

11ª pregunta: ¿Existe reglamento Interno del Comité?



La respuesta afirmativa supone un 64% de CEA de Centros asistenciales ya tienen su reglamento interno.

11.1 ¿Está publicado?:



Son un 41% los que confirman tenerlo publicado en la actualidad. Suponen el 64% de todos los CEA los que tienen reglamento interno, necesario para poder ser acreditados.

11.2 Fecha de su publicación:

Las fechas corresponden con la antigüedad de la creación de los CEA y son las siguientes:

Fecha	CEA
1992	0
1993	1
1994	2
1995	2
1996	6
1997	1
1998	1
1999	3
2000	1
2001	2
2002	1
2003	2
2004	2
2005	1
2006	2
2007	8
2008	5

Es en 1996 con un 5% y en 2007 con 6,5% donde se dan mas publicaciones de los reglamentos internos de los CEA.

3- DISCUSIÓN

Esta encuesta ha sido diseñada para conocer la situación de la existencia o no de los CEA en los hospitales públicos y privados de España, de más de 200 camas. Y en caso afirmativo averiguar la estructura de los mismos y su modelo ético.

Por la fecha de constitución se puede comprobar como el auge empieza en el año 1994 y se mantiene en el 2007. De los resultados de la encuesta realizada se desprende que el 69% de los centros que la responden, tienen un CEA en funcionamiento.

La composición habitual del CEA es multidisciplinar, lo que resulta más enriquecedor al poder dar soluciones a los problemas tratándolos desde distintos puntos de vista.

Las características asistenciales del centro y, en consecuencia, la envergadura de los problemas éticos que se le planteen influye en que el CEA este formado por un tipo u otro de profesionales.

La designación de los componentes se realiza de modos distintos. Parece lógico que, en su comienzo como comité promotor, los miembros del CEA accedan de una manera voluntaria por su grado de interés, pero al constituirse formalmente, es importante tener en cuenta el grado de formación, su dedicación para desarrollar las funciones del CEA y la formación continuada personal o prevista para todos los miembros.

La acreditación es obligatoria para que se consideren como tales las funciones del CEA, y esta circunstancia hace que todos sean de similares características, ya que se regulan según la legislación vigente en cada autonomía. Legislación que suele ser muy similar entre ellas.

Llama la atención que en un número elevado de casos es considerada la actividad que realiza un CEA como de modo altruista. Esta valoración puede ir en detrimento de la

formación de sus componentes y del desarrollo de sus funciones propias. Aún siendo una decisión voluntaria la de formar parte del CEA, la gran mayoría de sus miembros, especialmente los del ámbito sanitario, están desarrollando un trabajo asistencial, lo que de alguna manera, se debe tener en consideración para que su dedicación en el CEA no resulte tan gravosa que le lleve a no dedicarle el tiempo suficiente o a tener que abandonarlo.

Se deduce de todas las respuestas que, en el motivo de la creación de los CEA subyace una inquietud para resolver los problemas éticos de diversa índole que se plantean a los profesionales de la salud en su tarea asistencial.

Son los médicos y enfermeras los profesionales que mantienen un mayor grado de motivación respecto al CEA. Esto parece lógico al ser ellos los que por su tarea cotidiana están más relacionados con el enfermo, sus familias y con otros profesionales sanitarios cuya actuación también incidirá sobre un mismo enfermo y su entorno.

Por tanto, serán los que de forma más habitual se encontrarán en situación de resolver problemas de carácter ético, en los que puede confrontarse los distintos modos de pensamiento dificultando el llegar a un consenso.

Es uno de los puntos más importantes en un CEA, el tener una formación adecuada para el trabajo que se va a realizar, igual que se haría para afrontar cualquier otro cometido profesional.

De la encuesta se deduce que los componentes de los CEA están bien formados en su mayoría. Es lógico que quien se responsabilice más directamente de la formación sea la persona más preparada en Bioética. En definitiva lo que importa es que quien haga la programación sepa cuales son las necesidades de formación de este grupo de profesionales cuyo cometido es, fundamentalmente, facilitar la tarea de decisión de otros profesionales sobre problemas éticos.

La modalidad para la formación debería ser continuada y con un plan previsto para facilitar que todos los componentes tengan igual grado de conocimientos, al menos en una formación básica. Además personalmente, algunos pueden profundizar más en algún aspecto concreto, ya que pretender abarcar todos los temas de una disciplina tan amplia como es la Bioética puede resultar mucho más dificultoso para quien no tenga una dedicación exclusiva, como suele ser el caso de los miembros de un CEA. Hay que tener cuidado con el término “Bioética”, que incluye mucha materia, pero quienes están en un CEA sólo tienen que conocer lo relativo a la ética asistencial, lo cual reduce bastante el campo; queda fuera la ética de la investigación, de los animales, de los ensayos clínicos, y un largo etc., que en la mayoría de los casos ya tiene un Comité o una Comisión específica, como son los Comités de Investigación y de Ensayos Clínicos. Lo que si es fundamental es que conozcan los aspectos básicos de la bioética y su fundamentación, para poder construir sobre ellos la resolución de los problemas asistenciales.

También destaca en algunos CEA que las decisiones en casos urgentes son de tipo vinculante. Lo consideran de esta forma por estar implicados en la decisión el miembro del CEA designado para casos urgentes junto con el médico de Urgencias responsable del enfermo, por ser urgencias vitales.

Para la resolución de casos es necesario, como en otras muchas cosas, la práctica. Desde que llega la consulta sobre un caso al Secretario (depende de lo establecido en el reglamento de régimen interior, también puede ser al Presidente o al Secretario técnico), que deberá hacer que se convoque el CEA, ponerlo por escrito y hacerlo llegar a quien realizó la consulta; estudiarlo y dar una resolución, pasa un tiempo determinado que debería ser el menor posible. Este proceso supone una dinámica de trabajo que debe ser

ágil, de manera que haga que el tiempo de espera para el asesoramiento de una consulta sea mucho menor a un mes.

Es distinto cuando se trate de la elaboración de un protocolo que responde a una necesidad menos inmediata y que se trabaja a más largo plazo.

En algunos casos se viene captando falta de interés por parte de la Dirección; resulta al menos, poco comprensible. Sería conveniente tener en cuenta lo siguiente:

En la Circular 3/95 del Insalud sobre CEA, en el punto 5 sobre dotación de medios, dice textualmente: “Para garantizar el cumplimiento de sus funciones cada Comité recibirá el suficiente apoyo administrativo de la Dirección del Hospital, y de la de Atención Primaria si el ámbito del Comité fuese el área de salud. Deberá contar, a menos, con los siguientes medios:

- Un espacio para la secretaría del Comité en el que exista el mobiliario mínimo que garantice la custodia y confidencia de sus documentos.

- El soporte informático básico que permita manejar con facilidad la información generada por el Comité.

- Una persona cuya dedicación sea suficiente para garantizar la elaboración de las actas de las reuniones y la comunicación entre el Comité y los profesionales, los pacientes o usuarios y las Autoridades Sanitarias.

Y en el Decreto del Gobierno Vasco 143/1995, de 7 de febrero, sobre creación y acreditación de los CEA dice refiriéndose al respaldo institucional: “La posibilidad de una instrumentalización al servicio de otros intereses, su debilidad intrínseca en el mundo sanitario por su carácter consultivo y de mediación y por su voluntad de constituirse en espacio de diálogo social, hacen necesario un cierto respaldo institucional que, por un lado, evite su deslizamiento hacia la resolución de otro tipo de problemas y que, por otro lado, impida que devenga en instancia estéril”.

Y dos párrafos más adelante añade: “Constituye requisito indispensable, y de ahí la necesidad de su acreditación, que estos Comités de Ética estén dotados de una estructura sólida para que puedan gozar de prestigio y puedan ser respetados por todos los estamentos”.

Me parece que es muy enriquecedor conocer la experiencia de quien lleve más tiempo en este trabajo y poder poner cuestiones en común que preocupen a varios CEA, así como aprovechar la docencia que se organiza en uno de ellos.

Si parece ser que la cuestión ética, dentro de algunos CEA, se tiende a dejarla en manos del experto en Bioética y los demás opinan sobre lo que desde su prisma profesional pueda aportar datos para mejor comprensión del problema o para dar una respuesta que abarque un campo más amplio, como puede ser el social; yo me pregunto ¿está cubriendo el CEA la necesidad actual respecto a la resolución de los problemas? ¿No será más conveniente que cada Centro Asistencial cuente con un profesional, realmente experto en Bioética, que sea la persona que asesore, fomente la formación de los profesionales en este tema y junto con ellos elabore los protocolos necesarios?

El CEA que se reúne durante largas horas y no es capaz de llegar a un acuerdo concreto, porque no hay el mismo nivel de formación y cada uno tiene un planteamiento ético distinto, o la persona que dirige la sesión no sabe moderar, puede influir de manera tan negativa que se produzca la desaparición del CEA por falta de eficacia y diligencia.

CONCLUSIONES

- Sobre los Comités Éticos Asistenciales:

Los Comités de Ética Asistencial son importantes para alcanzar una calidad sanitaria, para el usuario del sistema sanitario y para que la Sanidad de nuestro país mejore y evolucione positivamente hacia unos niveles de modelos de conducta y de prestigio.

Los cambios son palpables en los centros donde el clima existente es de optimismo y ganas de que el CEA sea una realidad de la que se pueden beneficiar tanto los profesionales de la salud, los propios pacientes y la propia gerencia del hospital, solamente necesitan tiempo para consolidarse y apoyo por parte del centro asistencial donde están trabajando.

Como se ha constatado en este estudio, la existencia de los CEA, tanto en los Hospitales públicos como privados, es evidente, aunque difiere de unas autonomías a otras.

¿Esta situación es positiva o negativa? Posiblemente, si el motivo de la creación de los CEA es por una situación de necesidad, por los diversos motivos ya analizados con anterioridad, será muy positiva su creación. Pero a esto hay que añadirle que debe estar respaldado tanto desde la Dirección del centro facilitándole los medios necesarios para llevar a cabo sus funciones; como por el resto de profesionales de dicho centro mediante el respeto y el apoyo al trabajo que se realiza en el CEA.

Por otra parte podría resultar negativa e ineficaz la creación de un CEA sin que exista demanda por parte de los profesionales.

Parece que lo más conveniente es que los CEA tengan una composición multidisciplinar y con total autonomía para organizar su trabajo y desarrollar sus funciones.

En el reglamento del propio CEA se debe concretar el número de miembros y la cualificación necesaria para formar parte del mismo. Los directivos de los centros deberían facilitar la disponibilidad de tiempo necesario para asistir a las reuniones y actividades que se deriven, de forma que sea compatible con la actividad de su puesto de trabajo.

Los CEA deben promover la excelencia ética de los profesionales.

Es importante que el comité tenga suficiente reconocimiento y el apoyo institucional, ya que facilitara su constitución y la continuidad de sus miembros y evite un deslizamiento hacia otro tipo de problemas que no tengan implicaciones éticas.

Los comités deben ser imparciales en todas sus decisiones; los argumentos ofrecidos en sus dictámenes deben estar bien fundamentados desde el punto de vista ético.

- Sobre la formación de sus componentes:

Es una cuestión tan importante que debería ser previa a la creación del CEA. Desde que se prevé su necesidad y se comienza a constituir la Comisión gestora o promotora, se debería analizar el nivel de formación que tienen los profesionales que se presentan de forma voluntaria a formar parte de este futuro CEA.

Según las necesidades detectadas, se debería crear un plan de formación para todo el Comité, sin que esto influya en que uno o varios de sus miembros tengan mayor dedicación a su preparación mediante la realización de un master o una especialidad en Bioética. A la vez, se debería tener en cuenta la divulgación e información sobre la creación del CEA, sus funciones, quienes son sus componentes, etc., es decir, todo tipo de información para que se conozca por parte de los profesionales y de los enfermos y sus familias.

Es necesario que el CEA cuente con un presupuesto para docencia en esta materia.

Comparto con otros autores que la formación debería ser de las siguientes modalidades:

- 1- Formación interna-continuada.
- 2- Formación externa: Congresos, Jornadas, etc.
- 3- Formación compartida con los CEA de otros Centros Asistenciales, lo que contribuiría a moderar el presupuesto.
- 4- Sesiones bibliográficas y facilidad de acceso a consulta bibliográfica empezando por las publicaciones nacionales ya que éstas reflejan de manera más certera la realidad de nuestra sociedad respecto a los temas relacionados con la Bioética. Y por supuesto las extranjeras de mayor prestigio.

- Sobre la elección de un modelo ético:

Los cursos de formación en Bioética con titulación de magíster y expertos más antiguos son los de la Universidad Complutense de Madrid que comenzaron a la vez de la creación de los CEA en la sanidad pública. Su modelo ético en el que forma a sus alumnos es el de la Bioética norteamericana, lógico por otra parte sabiendo que su Director, el Profesor Diego Gracia, está formado en la Universidad Georgetown de Estados Unidos.

En el año 1997 el Instituto Borja comenzó este tipo de formación con titulación Master. Pienso que éste es el motivo por el que nos hemos encontrado en las respuestas a la pregunta sobre el modelo ético que se utiliza en los CEA, que mayoritariamente sea el modelo Principialista. Ya que la mayoría de esos alumnos ejercen en los hospitales públicos, donde más CEA están ya constituidos y acreditados.

Según el Prof. Bellver, “la formación impartida por el Prof. Gracia también ha tenido probablemente influencia en la cantidad de CEA que utilizan el sistema de los mínimos consensuales o el de las soluciones intermedias. Esto es consecuencia de considerar que

la Ética es algo subjetivo, diferente para cada uno, y por tanto carente de valores objetivos, lo cual está teniendo consecuencias desastrosas”.

Paralelo al crecimiento en el número de CEA se ha producido un aumento de las ofertas de Master en distintas Universidades y con diferentes modelos éticos.

Para concluir este estudio sobre los CEA en España, me parece interesante dar a conocer los últimos datos sobre la situación de la evolución de los CEA en Estados Unidos ya que este de este país de donde surge esta forma de tratar los problemas éticos que tiene los profesionales de la sanidad en su trabajo habitual.

En la actualidad, la presencia de HEC conocidos en España como (Comités de Ética Asistencial) en los hospitales estadounidenses es ya un hecho. Si en 1983, tan solo un 2% de los hospitales tenían comité de ética (Youngner 1983), hoy en día se estima que aproximadamente el 90% ya disponen de un HEC (McGee, 2002). A todo ello añadir también que, actualmente, en los EE.UU. existen 3 modelos de mecanismos para ayudar a profesionales y pacientes a tratar los conflictos éticos: el modelo de consultor de ética individual; el modelo del comité; y el modelo mixto. A pesar de la diferencia que pueda haber entre ellos, tanto por lo que respecta a su composición como a su funcionamiento, parece haber un consenso en definir a los tres modelos como Ethics Consultation Services (ECS) (Servicios de Consulta Ética) (véase Brennan, 1992; Fletcher y cols, 1997; ASBH, 1998). La American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) define el ECS como: “Un servicio proporcionado por un individuo o un grupo para ayudar a los pacientes, familias, subrogados, proveedores de cuidados sanitarios, y otras partes implicadas a enfrentarse a la incertidumbre y los conflictos inherentes en las cuestiones de valores que surgen con respecto a los cuidados sanitarios” (ASBH, 1998, p.3).

Los criterios de estandarización de la ASBH propuestos para definir el perfil de quienes forman parte de un ECS son, sin duda alguna, un punto de referencia clave para la continuidad y la mejora de la calidad de los HEC en EE.UU. Sin embargo, todavía quedan cuestiones pendientes entorno a como evaluar el funcionamiento de los HEC y, además, tampoco parece haber un consenso en determinar qué ítemes habría que considerar para su evaluación.

Como sostuvo John Fletcher, la etapa del *laissez faire* para los comités de ética es algo ya pasado (Fletcher y cols, 1994) y, hoy por hoy, el disponer de criterios estándar para garantizar la calidad de los HEC es algo necesario.

En nuestro país aún no se ha llegado a esto pero existe el ICEB (Instituto para la Consulta y Especialización Bioética) y el Instituto Borja, donde llegan consultas de profesionales y alguna institución sanitaria sobre temas relacionados con la práctica asistencial.

BIBLIOGRAFIA

1. Espejo, M^a D., “Comités Asistenciales Éticos en España. Tesina 1997.
2. Barroso, P., Situación Actual de los CEA. en los hospitales públicos y privados de Comunidades Autónomas de España. Rev. “Bioética y Ciencias de la Salud” Vol.4.nº1, pp.: 35-49.
3. Tettamanzi, D., Dizionario di Bioética, Edi.: Pieme, 2002, pp.: 104-110.
4. Arroyo, A. y col., Comités éticos Asistenciales en Andalucía. Rev. “Bioética y Ciencias de la Salud, Vol 5. nº 4, pp: 33-47.
5. Leone, S., Nuovo Dizionario di Bioetica, Edit.: Citta Nuova, 2004, pp: 199-205.
6. Bellver, V., Por una Bioética razonable, Edit: Comares, 2005, pp: 112-137.
7. Simón, C., Diccionario de Bioética, Edit: Monte Carmelo, 2006, pp: 192-198.
8. Ribas, S., Comités de Ética Asistencial en Estados Unidos, Edit.: Mapfre, 2003

ANEXO

Cuestionario sobre CAE.

Nº control

1- ¿Existe en la actualidad CAE.? NO

SI

2-En caso de que la respuesta sea negativa. ¿Existen alternativas a los CAE.?:

decisiones del médico en propia conciencia

equipo clínico convertido en C. Asistencial de Ética

se consulta en temas éticos

trabaja en el hospital un profesional como experto en Bioética

otros Comités (C. ensayos clínicos, C. de investigación, etc .) que amplían sus responsabilidades a la revisión ética de todos los problemas que se plantean en el hospital

3-Si existen: Fecha de constitución del CAE. _____

3.1-De quién surge la iniciativa: Gerente D.Médico Capellán

Jefe UCI Jefe UCP Jefe Urgencias

Otros (especifique) _____

3.2- Esta acreditado: SI

NO

Fecha de su acreditación _____

3.3-Composición: nº de miembros: _____

Profesión de cada miembro: 1- _____ 2- _____

3- _____ 4- _____

5- _____ 6- _____

7- _____ 8- _____

9- _____ 10- _____

11- _____ 12- _____

13- _____ 14- _____

3.4-Dependencia del CAE.: Gerencia D. Médica

Otros (especifique) _____

3.5- ¿ Quién designa los componentes? _____

3.6-Estructura (Ejem.: Presidente – Médico, secretario- DUE, etc.) _____

3.7- Funciones: Asesorar Docencia interna

Protocolizar Otros (especificar) _____

3.8- Funcionamiento y periodicidad de las reuniones _____

3.9- Nº de casos / año _____

- 4- Han existido problemas: ante la creación subjetivos objetivos
 en el desarrollo subjetivos objetivos
 en ningún momento
 otros (especifique) _____

- 5- Formación en bioética de los componentes: cursos
 master
 formación interna
 ninguna específica por existir un
experto en bioética
 otros (especifique) _____

6- Temas mas habituales que se tratan en los comités: _____

- 7- Las decisiones son de tipo: vinculante
 no vinculante

- 8- En casos urgentes las decisiones están siendo: vinculantes
 no vinculantes

9-Modelo ético de referencia que utilizan habitualmente en el CAE.

- Modelo normativista: normas morales
 - confesionales o religiosas
 - código deontológico
- Modelo consensualista: democrático
 - consenso universal
- Principios tradicionales (beneficencia / no maleficencia / autonomía/justicia)
- Principios personalistas (respeto y defensa de la vida física / terapéutico / libertad-responsabilidad / sociabilidad-subsidiaridad)

10-Valoración del por parte de:

10.1-Gerencia del Hospital: Retribuyen económicamente a los miembros del CEA

- Los libera de horas de trabajo asistencial
- Lo considera una actividad de tipo altruista
- Otros (especifiquen) _____

10. 2- Personal sanitario: Asisten a la formación propuesta por el CAE

- Consultan casos clínicos para su asesoramiento
- Leen y se interesan por las resoluciones del CAE
- Otros (especifiquen) _____

10.3-Usuarios: Les da seguridad que el médico sea asesorado por el CAE

- Acuden directamente al CAE
- Desconocen la existencia del CAE

- 10.4-El propio Comité: Cree ser un organismo necesario en todos los casos
- Es solo necesario para casos especialmente complicados
- Tiene un interés meramente administrativo
- Otros (especifique)_____

11-Existe reglamento Interno del Comité: SI NO

11.1-Está publicado: SI NO

11.2- Fecha de su publicación: _____

Muchas gracias por su colaboración en este estudio