

**Publicado en la Revista Bioética y Ciencias de la Salud, Vol5 N°2. Sección:  
Investigación**

## **COMITES DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA) EN ESPAÑA Y EN EUROPA.**

PORFIRIO BARROSO ASENJO\*  
LAURA CALVACHE PÉREZ♦

Con el fin de dar cumplimiento a lo prometido y dar respuesta a la petición de la persona responsable de la revista de Bioética y Ciencias de la Salud, hacemos públicos los últimos resultados de nuestra investigación.<sup>1</sup>

### **INTRODUCCIÓN**

La corta y poco exitosa experiencia en España de los comités de ética asistencial hospitalaria presupone que cada uno de estos comités o comisiones de ética organicen su trabajo de forma diferente; cada uno de estos comités creará un marco de actuación que beneficie a sus propias características y situación. Sin embargo, hay puntos comunes a tratar por todas y cada una de estas situaciones.

En primer lugar, el proceso de conseguir que un comité funcione es muy lento. Esto puede que nos lleve un largo período de tiempo hasta que los miembros de los comités sientan como si ellos estuvieran emprendido algo que producen su efecto sobre las actitudes y conducta de la institución.

En segundo término los comités pueden llegar a estancarse en la toma de decisiones sobre la estructura, reglas y las operaciones de procedimiento que se dan en los comités o comisiones de ética asistencial hospitalaria. Las votaciones sobre los protocolos, sobre cuánta gente se necesita para hacer una consulta, el tipo y la forma de las actas y cómo se deben guardar, así como los requisitos para la atención a los pacientes, son algunos de los problemas que se presentan al comité, para que de forma consensuada se fijen las soluciones.

---

\* Profesor titular de Ética y Deontología de la Información en la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid. Profesor de Deontología Informática en la Facultad y Escuela Informática de la Universidad Pontificia de Salamanca en Madrid. Es miembro del Comité de Ética Asistencial Hospitalaria del Hospital Universitario Puerta de Hierro.

♦ Licenciada en Sociología y diplomada en Trabajo Social por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente trabaja como técnico de investigación y socióloga en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid, en la Unidad Mixta de Investigación.

<sup>1</sup> Nos referimos en primer lugar a la Directora Ejecutiva de la revista de Bioética y Ciencias de la Salud, M<sup>a</sup> Dolores Espejo Arias.

Por otra parte con la publicación de este artículo cerramos la trilogía que sobre este mismo tema hemos publicado ya en Bioética y Ciencias de la Salud, vol. 3, n° 3, enero-junio, 1999, pp. 75-84. Una segunda parte publicada en Bioética y Ciencias de la Salud, vol 4, n° 1, Pp. 35-49. Este es el tercer y último artículo sobre este tema.

En tercer lugar nos daremos cuenta que la creación de los comités y comisiones de ética asistencial tiene visos de tamaño, es decir, cuantas más camas tenga un hospital o clínica estos tienen más posibilidades de representación (siempre hay alguna excepción). El grupo más numeroso de aparición es el que está entre 501 a 1500 camas o más.

Por último, el tercer punto a tratar en los comités es que los mismos examinen periódicamente sus propósitos, funciones y responsabilidades. Es un proceso natural, aunque no exento de dificultades, como acontece en cualquier proceso evolutivo. Sin embargo, una cosa es cierta, los miembros del comité harían bien teniendo siempre presente lo siguiente: *los comités de ética deberían existir, en primer lugar, para servir a los pacientes y para proteger los intereses de los mismos*. Se puede caer, no obstante, en la tentación de proteger al hospital, a los empleados del hospital y a los médicos. En muchas ocasiones los intereses del hospital, de los trabajadores de la salud, los familiares y pacientes estarán unidos; en otras ocasiones los intereses de los enfermos pueden parecer oscuros e inciertos; en otras ocasiones, las preferencias de los pacientes pueden muy bien estar en contradicción con los valores del hospital o con los valores de los profesionales de la sanidad. Será difícil guardar siempre por encima de todos los intereses de los pacientes y en algunos casos esto será imposible. El problema es difícil y la solución es nueva. Los miembros de los comités de ética deberían sentirse muy inseguros sobre la certeza de sus decisiones ya que están caminando sobre un terreno movedizo. Si pueden tolerar la continua ambigüedad hallarán los resultados casi recompensados con seguridad.

Presentamos a continuación un proyecto FIS de investigación en curso, un poco de historia del surgimiento de los CEA y unos resultados parciales todavía a expensas de saber si el FIS nos concede la ayuda económica solicitada para continuar con la investigación de este proyecto de más de tres años de duración: **Investigación evaluativa sobre implantación, significado, funciones, efectividad e impacto de los Comités de ética asistencial hospitalaria en España y en los países de la Unión Europea.**<sup>2</sup>

**OBJETIVOS CONCRETOS:** Determinar el nivel de implantación y funcionamiento; Clarificar forma de consensuar objetivos y determinar roles de los miembros; Descubrir nivel de efectividad e impacto en la práctica hospitalaria y clínica y cambios producidos en la sensibilidad ética de profesionales de la salud, pacientes y familiares; analizar tipos de toma de decisiones éticas y relación entre objetivos "oficiales" y "reales" en España y en los países de la Unión Europea.

**DISEÑO:** Investigación evaluativa que pretende establecer la "evaluación formativa" o de proceso; la "evaluación sumativa" o de resultados; y entrar en la

---

<sup>2</sup> Este estudio de investigación y esta publicación ha podido ser llevada a cabo gracias a la subvención al proyecto FIS 99/1305. Subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, Subdirección General de Coordinación de la Investigación, Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). Para llevarlo a efecto por la Unidad de Bioética perteneciente al Servicio de Investigación del Hospital Universitario Puerta de Hierro de la Comunidad Autónoma de Madrid.

"autoevaluación" (*responsive evaluation*) contrastando expectativas, desacuerdos y problemas entre los diversos afectados e interesados por los Comités de ética asistencial, para determinar el estado actual, su viabilidad y las perspectivas de futuro en los hospitales de España y hospitales de la Unión Europea.

**SUJETOS DE ESTUDIO:** Responsables y miembros de las Comisiones promotoras y los comités de ética asistencial. Representantes de los profesionales de la salud, pacientes y familiares.

**ÁMBITO:** Grandes Hospitales de España y hospitales de los países de la Unión Europea.

**INSTRUMENTALIZACIÓN:** Diseño en dos fases según tipo de evaluación y extensión a hospitales. En la **Fase I** hospitales que establezcan nuevos Comités de Ética Asistencial o Comisiones durante estos últimos años en España y estudio de los hospitales de los países de la Unión Europea, cuantos más posibles mejor, en esta primera etapa. En la **Fase II** estudiaremos los hospitales que establezcan Comisiones o Comités a lo largo de los años sucesivos en España, y los restantes hospitales de los países de la Unión Europea que no fueron investigados. El estudio se lleva a cabo con el envío de la encuesta validada ya en España y traducida al inglés y otras lenguas europeas.

Por otro lado presentamos a continuación el proyecto y resultados del proyecto FIS 99/1305, que ha llevado a efecto la unidad de Bioética del Hospital Universitario Puerta de Hierro, durante estos últimos años. Presentamos más tarde los resultados obtenidos, siguiendo la siguiente estructura:

**HIPÓTESIS** (que en su día nos planteamos)

*1. Importancia determinante del momento de autoformación en el proceso de constitución de los Comités.*

Si los Comités quieren ser algo más que comisiones honoríficas o meramente formales, necesitarán un tiempo de constitución y autoformación donde han de clarificar objetivos y funciones, roles de los miembros y campos de actuación, etc. Todo ello será determinante para lograr su implantación y eficacia.

*2. Relación entre las dificultades en el proceso de formación y la eficacia.*

Las dificultades no adecuadamente resueltas en la clarificación de la misión y objetivos de los comités o los roles de los miembros y campos de actuación, frenará la credibilidad y eficacia en sus actuaciones. El futuro de los comités dependerá del nivel de credibilidad que logran y de la valoración social que alcanzan en los dos primeros años de su funcionamiento.

*3. Relación no directa entre la existencia formal y la utilización y credibilidad moral de los Comités de ética asistencial.*

La simple implantación o existencia formal, determinada por una normativa externa, no garantiza su operatividad y eficacia, ni el que sean utilizados por los

profesionales de la salud, los pacientes o sus familiares, situación que está en proporción a la clarificación de sus funciones, su credibilidad y autoridad moral.

#### *4. Relación entre cumplimiento pertinente de sus funciones y credibilidad y autoridad de los comités.*

La credibilidad y autoridad que garantiza su futuro depende del cumplimiento adecuado de sus funciones consultivas y formativas. Sólo la capacidad que posean para animar de forma eficaz y continuada la revisión de casos entre los profesionales de la salud, el hacerse conocer y oír en el asesoramiento a profesionales, pacientes y familiares, y ofrecer criterios prácticos de actuación en investigación e intervenciones relacionadas con la bioética o los casos vitales, hará que puedan ser vistos por los agentes y afectados por el sistema de salud como una ayuda potencial y de consulta o como elementos irrelevantes o de interferencia innecesaria.

#### *5. Relación entre nivel formación ética de los miembros de los Comités y grado de eficacia en su funcionamiento.*

La falta de formación ética por parte de los miembros del Comité, comporta el riesgo de un deslizamiento progresivo y peligroso hacia una mera relatividad y subjetividad ética, que incapacita al Comité para el cumplimiento de las principales funciones.

## METODOLOGÍA

La metodología a seguir será la de una "**investigación evaluativa**", con el empleo de enfoques cuantitativos y cualitativos:

- \* **evaluación formativa** o de proceso para analizar el proceso de formación, composición y funciones de los Comités;

- \* **evaluación sumativa** o de resultados para determinar la forma de realización de funciones y objetivos;

- \* **autoevaluación** (*responsive evaluation*), para hallar el contraste de expectativas, desacuerdos y problemas entre los diversos afectados e interesados por el cometido de los Comités de Ética, y llegar a una autoevaluación capaz de ofrecer un diagnóstico de su situación actual y las perspectivas sobre el futuro de tales comités

### *Los hospitales en España y en los Países de la Unión Europea*

En España contamos con unos 800 hospitales de diferente titularidad (públicos, privados ) repartidos entre las siguientes comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla.

De los 800 hospitales, arriba mencionados, unos 345 son de titularidad pública y 465 de titularidad privada

En los Países de la Unión Europea aún nos ha sido imposible hacer un sondeo general de hospitales totales. Los países de objeto de estudio son: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Inglaterra, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Portugal y Suecia. Los estudiados (en muy poca profundidad también) son Italia, Bélgica, Inglaterra y Alemania.

### *Recogida de datos y muestra de estudio*

Nuestra tarea a lo largo del año 1999 fue la recogida de datos. Para ello tratamos de contactar con todos los hospitales de España y unos pocos de Italia, Bélgica, Inglaterra y Alemania.

En un primer momento, a través del contacto telefónico conseguimos acceder a casi la totalidad de los 800 hospitales españoles existentes. Es decir, contactamos con, al menos, el 80% de los hospitales españoles. De este primer contacto telefónico concluimos que aproximadamente 75 hospitales de los 800 existentes decían contar con alguna instancia de reflexión y actuación ética.

En la encuesta telefónica encontramos otro porcentaje de hospitales que respondían a nuestra encuesta pero según la política de la institución en la que se encontraban solo podían responder por escrito.

Por ello pasamos a una segunda fase, que como en las ocasiones anteriores fue la de enviar un cuestionario por correo. Se envió a cerca de medio centenar de hospitales, privados y públicos, el cuestionario y las cartas de presentación de la investigación. Las respuestas obtenidas nos permitieron confirmar una sospecha ya encontrada en las entrevistas telefónicas, a pesar de insistir en su diferenciación. Un significativo porcentaje de hospitales había confundido los comités de ética asistencial hospitalaria con otros tipos de comités, bien los comités de ética de investigación o bien los comités de ética de ensayos clínicos.

Por otra parte un alto porcentaje de hospitales no respondió al cuestionario, por lo que fue necesario volver a las llamadas telefónicas para controlar si se había recibido el cuestionario y solicitar de nuevo la respuesta. Este método resultó relativamente eficaz y se consiguió otro número de respuestas.

Finalmente obtuvimos respuestas adecuadas de 20 hospitales que cuentan con comités o comisiones (19 analizadas y otra no a causa de su tardía aparición tras el procesamiento estadístico).

En los Países de la Unión Europea se prescindió de la primera fase telefónica y fue sustituida por correos electrónicos.

La segunda fase siguió siendo la del envío de encuestas y ante el fracaso del recibimiento de las mismas (tan solo tres) se prescindió del análisis estadístico. No obstante se añadió un viaje de uno de los miembros de este proyecto para recoger las mismas (las encuestas) y el intento fue de nuevo frustrado.

La muestra de España, nos parece que tiene un alto nivel de representatividad, no podemos decir lo mismo con la experiencia en los países de la Unión Europea.

Las respuestas al cuestionario fueron respondidas en estos hospitales, tanto españoles como los extranjeros pertenecientes a la Unión Europea por el presidente o el secretario del comité o la comisión.

En los países extranjeros, cuya encuesta fue recibida, los tres contaban con comités de ética asistencial.

## PLAN DE TRABAJO

La investigación evaluativa sobre la implantación, significado y funciones de los Comités de ética asistencial, se centró en las Comisiones promotoras y los Comités de ética hospitalaria de los Hospitales españoles y de los países de la Unión Europea, realizándose en fases sucesivas, según una doble dinámica del propio proceso de evaluación, por una parte, y de extensión y ampliación a diversos hospitales, por otra.

### *FASE I.*

Orientada a la evaluación formativa y limitada a los Hospitales españoles que vayan incorporando Comités o Comisiones de Ética y un determinado número de Comités de Ética de hospitales de los países de la Unión Europea.

#### **Cuestionarios por correo sobre existencia y funcionamiento.**

Cuestionarios dirigidos a los responsables de las Comisiones promotoras o de los Comités de ética hospitalaria y cuyo objetivo es el de hacer una primera determinación del nivel de existencia y funcionamiento de las Comisiones y de los comités de ética. Se centrará este cuestionario en determinar si están establecidas las Comisiones promotoras o los comités. Su tiempo de existencia y composición, objetivos y funciones. Estatutos y normas de funcionamiento. Número y estamentos a los que pertenecen los profesionales de la salud. El cuestionario está ya validado en España y queremos validarlo también en los países de la Unión Europea en inglés, y en las demás lenguas europeas.

### *FASE II*

1. Evaluación formativa para Hospitales del Insalud, transferidos a las Comunidades Autónomas y hospitales privados y hospitales pertenecientes a los países de la Unión Europea, para los que se empleará el mismo Cuestionario utilizado en la Fase I
2. Evaluación Sumativa para los Hospitales del Insalud, transferidos a las Comunidades Autónomas y hospitales privados y hospitales pertenecientes a los países de la Unión Europea

**Entrevistas telefónicas** con representantes de Comités con objeto de selección adecuada de representantes informados para las entrevistas en profundidad.

**Entrevistas en profundidad** con dos representantes de Comités. En ellas se analizará: tipos de casos revisados, funciones asumidas y desempeñadas, clarificación de roles de los miembros, modalidad en la toma de decisiones, efectividad e impacto logrado.

3. Autoevaluación (*responsive evaluation*) de Comités de Ética asistencial de Hospitales españoles y de la Unión Europea.

**Cuestionario** a muestra de profesionales de la salud de hospitales. Su objetivo determinar el nivel de conocimiento, sensibilidad y cambio en opinión, sobre los Comités de ética asistencial.

## SUJETOS DE ESTUDIO

- Comisiones promotoras y/o Comités de ética asistencial hospitalaria.
- Responsables y miembros informantes seleccionados.
- Representantes de profesionales de la salud

## VARIABLES

- \* Existencia, organización y funcionamiento de los Comités o Comisiones promotoras.
- \* Composición y roles de los miembros
- \* Tipo de casos revisados
- \* Tipo de funciones asumidas
- \* Modalidades de información
- \* Impacto logrado en profesionales de la salud y pacientes
- \* Impacto sobre sensibilidad y clima ético hospitalario
- \* Viabilidad y expectativas de futuro

## RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

En cada una de las Fases de la Investigación se hizo la recogida y análisis de datos, finalizando con la elaboración de un Informe.

La investigación terminó con la Fase II y el resultado final de la investigación, estableciendo el estado actual y las perspectivas de futuro sobre los Comités asistenciales de ética hospitalaria en los Hospitales españoles y de los países de la Unión Europea.

## **DEFINICIÓN DE COMITÉ DE BIOÉTICA**

Uno de los instrumentos importantes al servicio de la bioética son los llamados comités de ética o bioética<sup>3</sup>. "En general, los podemos definir como un grupo multidisciplinar, es decir, un grupo de personas expertas en diversos saberes (medicina, biología, filosofía, derecho, religión, teología,...) que, desde la diversidad profesional e ideológica, y a través de un diálogo interdisciplinar, estudia las cuestiones éticas que plantea el desarrollo y la aplicación de las ciencias de la vida y de la salud, e intenta dar respuestas fundamentadas racionalmente".<sup>4</sup>

Al hablar de bioética, en opinión de Esther Busquets y Joan Mir, "no se trata de una disciplina inventada para poner freno a la ciencia y a la tecnología y así recortar la creatividad de los científicos e investigadores, sino más bien debe ser considerada como una contribución a la evolución y madurez ética de las sociedades y una invitación a intentar gestionar de una manera creativa y responsable la vida humana y la vida en general. Se trata "de hacer el esfuerzo de prever lo imprevisible para prevenir lo irreversible". Y todos los ciudadanos deberíamos sentirnos implicados en este arduo pero apasionante esfuerzo".<sup>5</sup>

## **IMPORTANCIA DE LA AUTORIDAD MORAL DE LOS COMITES DE ÉTICA ASISTENCIAL HOSPITALARIA**

El interés y conocimiento sobre cuestiones éticas en el sector clínico que han llevado a la creación de comités de ética asistencial hospitalaria, han sido en parte generados por el creciente campo de la bioética. Durante los años ochenta, el desarrollo de la ética en la especialidad clínica ofreció una alternativa profesional a los comités de ética asistencial para la elaboración de una educación moral y facilidades en las consultas de salud. La institucionalización de la profesión de ética incidió en los comités de ética asistencial y modificó las funciones que realizaban.

### **La naturaleza de los comités de ética asistencial**

---

<sup>3</sup> Para toda la cuestión de los comités de ética: funciones, modalidades, dificultades y posibilidades continúan siendo punto de referencia obligada las aportaciones de F. ABEL en diversas publicaciones especializadas; Aquí remitimos a su último libro: *Bioética: orígenes, presente y futuro*: p. 44-47, 103-115, 130-137, 195-201; Cf. También el interesante trabajo de G. HOTTOIS, *Demande et refus d'un contrôle éthique de la science*, p. 105ss in AA.VV. *Contrôler la science?* De Boeck Université, Bruxelles, 1990; G. DURAND, p.491 ss

<sup>4</sup> Debemos esta definición a Ester Busquets I Alibés y Joan Mir I Tubau. En *Bioética y Debat*, año 8, nº 28, pag. 5.

<sup>5</sup> Debemos esta definición a Ester Busquets I Alibés y Joan Mir I Tubau. En *Bioética y Debat*, año 8, nº 28, pag. 6.



Varios factores influyeron en la composición y función de los comités de ética. Cuerpos interdisciplinarios para la revisión y la investigación, sirvieron de modelo para su composición y funcionamiento. La propuesta de Karen Teel otorgó a los comités de ética su identidad propia, composición y la tarea de revisar los casos de pacientes difíciles. La decisión Quinlan validó la constitucionalización de comités, fomentando su organización. De algún modo, la decisión alteró el propósito de los comités de ética al describir su tarea como confirmación del pronóstico o condición del paciente, mejor que ofrecer consejos y un foro para la consideración de los problemas éticos contenidos en cada caso. El Departamento de Salud y Servicios Humanos y la Academia Americana de Pediatras, propuso unas directivas para la Revista de Comités del Cuidado Infantil en respuesta de los casos de Baby Doe, también llamado a la formación de los comités. Estas directivas enfatizaban de nuevo la composición interdisciplinaria y la función de consulta.

La idea que guía la composición interdisciplinaria de los comités de ética derivó desde los años 60 en creencias y en un pronunciado activismo dentro de la mayor participación en las decisiones influyendo y evitando las tendencias autoritarias. La interpretación de "interdisciplinario" varía en grados hacia las instituciones médicas, pero generalmente se interpreta que los individuos asociados con las profesiones sanitarias -enfermeras y médicos sociales- fueran incluidos en los comités éticos. La inclusión de otras profesiones en los miembros del comité ético dio lugar a una mayor polémica o discusión.

La emergencia del concepto de comités éticos coincidente con la reivindicación de los derechos del paciente y la idea de incluir la promoción de un lenguaje en el que se aumente el compromiso de pacientes y familias en las decisiones que se toman en el tratamiento médico.

La mayoría de los pacientes y familias no tenían conocimiento de la existencia de los comités éticos. La inclusión de la familia a las consultas de los comités de ética no era, ciertamente, una norma.

Sobre todo, los comités éticos evitaron invitar a "ajenos" no afiliados o a "extraños" a las reuniones del comité. Cuando fue elegido el representante, el nombramiento individual generalmente tenía algún tipo de conexión o vínculo con el cuidado de la salud, un antiguo paciente o la familia de un antiguo paciente. Había dos tendencias activas en el trabajo de formar la composición de los comités éticos: el incremento desconocimiento y sensibilidad de los asuntos éticos y los derechos de los pacientes y la protección de los intereses del profesional.

Los médicos están aliados con el personal de la salud que comprende el cuerpo principal de los comités éticos. Enfermeras, médicos sociales, médicos técnicos, dietistas, etc., personificando las características y las especialidades médicas de la institución, tenían representación en los comités. Numeralmente, los médicos dominaban los comités éticos, como vamos a ver en los resultados de nuestro estudio, esta tesis es corroborada y confirmada por nosotros. La jerarquía médica, bien establecida en los hospitales, reforzó la autoridad de los médicos en el comité.

La comprensión del concepto "interdisciplinario" -referido sólo a disciplinas relacionadas con la medicina- representa la actitud de los médicos con respecto al movimiento por los derechos de los pacientes y la bioética. La activa discusión de un paciente concreto en un foro que incluía las opiniones de los sanitarios, manifestó un cambio en el entorno médico. Los aspectos éticos y legales de una decisión médica, serían ahora considerados por los médicos como parte de la decisión médica. De algún modo, la autoridad de los comités de ética se extendió sólo a la *recomendación* de un curso de acción para los médicos. Llegando más lejos, los comités éticos no permitieron significativamente el acceso de los pacientes y del personal no médico a las estructuras de las toma de decisiones médicas.

### **Los intereses profesionales**

El comité "*ad hoc*" de Veteran's Affairs Medical Center (VAMC) que organizó la comisión de bioética, fue también escéptico a la hora de incluir juristas. Lynn Rustad, el co-catedrático del comité ético, citó las ventajas de los estudiantes de derecho ayudando como miembros, no obsesionados con el proteccionismo pero acostumbrados a investigar casos novedosos. Como es obvio, la opinión de los estudiantes no tendría mucha autoridad entre los profesionales médicos expertos.

Los comités éticos de San Luke's Hospital se levantaron frente a los asuntos de confianza sobre responsabilidad y trataron acerca de una propuesta del consejo legal del hospital. La formación del comité de San Luke coincidió con la organización de una oficina legal casera; previamente el consejo del hospital había sido obtenido por un especialista a tiempo partido. Paul Greve, conecedor de Hospitales Universitarios, asumió la posición de un consejo legal en San Luke en 1988. No había duda de que un representante legal ayudaría en ese comité, pero el compromiso de Greve la experiencia de UH redujeron la probabilidad de conflicto.

Cuando la sugerencia fue hecha que un sumario mejor que una descripción completa de la consulta sea cuadrada, Meehan respondió que cualquier indicación de actividades bioéticas sobre el cuadro resultaría una solicitud por el abogado demandante para el resultado de la consulta. Se ha observado que una demanda para consulta ya aparece en el cuadro. La discusión continuó, centrándose alrededor de bajo qué circunstancias y cuánta información debe ser escrita en el cuadro para evitar responsabilidades. Finalmente, Robert Collins, el nuevo presidente del comité ético, observara que el Libro Rojo, directrices para el personal profesional de CCF, indicaba que, "La política de consultas no excluye la Oficina de Bioética y la persona del personal profesional, Dr. George Kanoti, de consultar". Kanoti reiteró que él era un miembro del personal profesional, y había sido discriminado en contra en las bases de un departamento particular en el que había trabajado. El comité dirigió a Kanoti hacer un borrador demandando los privilegios de los cuadros en la Junta de Gobierno, y a Meehan a investigar las ramificaciones legales del caso.

La profesión legal no era la única asignatura a excluir en los comités de ética. Existía una controversia similar sobre la inclusión de miembros clérigos. Los requisitos federales para IRB mandaban la inclusión de un miembro para ofrecer una perspectiva ética. La mayoría de los hospitales y universidades llamaron a clérigos y curas locales,

porque la mayoría de los curas tienen algún entrenamiento en filosofía, para sentarse en sus IRB como consultores éticos. Sin embargo, algunos científicos médicos se opusieron a la presencia del clero afirmando que los clérigos no estaban familiarizados con los problemas, terminológicamente y elaborando la investigación médica académica, y que los expertos que lo necesitasen deberían poder discutir en términos de racionalidad en vez de moral espiritual, clarificar cuestiones éticas, testificar antes de los comités nacionales, y formar investigaciones y personal médico.

El clero trajo una perspectiva diferente a la discusión interdisciplinaria. En los hospitales afiliados religiosamente, el clero podía hablar para la conciencia doctrinal de la institución. Cuando los comités éticos se organizaron por primera vez, los miembros clérigos, generalmente los capellanes de los hospitales, casi invariablemente fueron invitados para facilitar la perspectiva moral para los comités. En la inspección de los comités de ética dirigida en 1980 por Youngner, las categorías de miembros del comité (expertos, enfermeras, abogados, etc.) ni siquiera incluía el término "eticista". El ochenta y dos por ciento de estos comités inspeccionados tenían un representante clérigo, sin embargo había "otra" categoría en la que debería haber incluido un eticista.; el 12 por ciento de los comités estudiados tenían este "otro" miembro.

Entre la CCF, San Luke, y VANC, sólo San Luke tenía inicialmente un miembro clérigo nombrado para el comité de ética. Después de que la CCAC había sido operativa en UH durante varios años, UH contrató al Rev. Harry Warner para ser el capellán del hospital, y fue nombrado para el comité ético. En VAMC y CCF, hubo un cambio en el personal de la oficina de los capellanes, y consiguientemente un capellán llegó a ser miembro del comité en ambas instituciones.

El Rev. Ronald Morgan llegó a ser el cabeza en la oficina de capellanes en la Clínica de Cleveland en 1986. Cuando solicitó ser miembro del comité de ética tres años después, El Departamento de Bioética estaba bien establecido. Los esfuerzos de Morgan por llegar a ser un miembro del comité ofrece una interesante perspectiva del papel de un capellán. Kanoti pidió que Morgan mandara una solicitud formal para ser miembro del comité de ética.

Morgan trató de persuadir al comité de que no era una amenaza, y que él podría cooperar en una discusión multidisciplinaria. Aún más, indicó que los capellanes debían aceptar el predominio analítico para el acercamiento a la ética, lo que quita énfasis a la moral religiosa.

Según los líderes en dos comités éticos, la oposición al clero surge desde el temor que el dogma religioso pudiera jugar un papel más importante en sus deliberaciones que un razonable y humano pensamiento. En instituciones seculares, la vocalización de una opinión religiosa pudiera ser incómoda. La filosofía moral presentaba una alternativa cercana a la moral religiosa cada vez más suplantaba la teología en la bioética; los eticistas reemplazaron a los clérigos en los comités de ética.

Durante el comienzo de los años 70, cuando los filósofos estaban intentando por primera vez ganar aceptación en el cuidado de la salud medioambiental, explicaban a los profesionales de la salud que una serie de opiniones era necesaria para revelar todos los puntos de vista del germen en discusiones de cuestiones éticas. Sin embargo, según

las éticas médicas y la presencia de humanistas iba siendo más aceptada en el ambiente médico, la filosofía analítica asumía una mayor importancia en la disciplina de la bioética. Los filósofos morales reclamaron que su metodología hiciera posible valorar sin tonos morales el presente en una teología sin peso/incorpórea. La concepción de un acercamiento racional a la moralidad apelaba a los profesionales médicos desengranados en el ambiente pluralista en las facilidades del cuidado de la salud y las escuelas médicas.

Los Problemas morales son cosa de todo el mundo. Pero en la última década ha culpado a un sorprendente reto hacia la idea de que ninguna disciplina tiene una especial competencia para resolver casos de bien o mal. Armados con "técnicas" de razonamiento moral, algunos filósofos académicos han venido reclamando por una forma de pericia ética. Esta propuesta surge en conexión con una nueva subdisciplina filosófica, aplicada a la ética.

Sin embargo, el incremento de demanda para ética en instituciones del cuidado de la salud produjo una expansión del mercado de empleo. El campo de bioética creció, y más filósofos y personal médico llegaron a formarse en ética. El número de eticistas que servían en comités de ética creció. En 1983, en el informe de la Sociedad Nacional de Representantes de Pacientes, 28 por ciento de los comités de ética reportaba tener un filósofo/eticista como miembro. Las nuevas profesiones éticas dieron un gran empuje a mediados de los 80 para anunciar la llegada de éticas como un campo y promocionar sus roles como consultores.

Ruth Purtilo anunció en 1984 , "la idea del hospital eticista es aquella cuya hora ha llegado". Los eticistas se consideraban a sí mismos cualificados para actuar en el ambiente médico. Pero su aserción de autoridad no fue siempre bienvenida por los expertos.

En 1985, cuando el informe de la Sociedad Nacional de Representantes de Pacientes se repitió, el número de comités de ética aumentó en un 60%. El número de filósofos/eticistas que ayudaban como miembros del comité aumentó desde un 28% en 1983 a un 47% de los informes de los comités en 1985. El comité CCF tenía los servicios de jornada completa de bioeticistas desde su inepción. El comité UH, cuando se organizó por primera vez, no tenían expertos locales en bioética con los que contar. Stuar Youngner mostró su interés en bioética, y su pericia estaba argumentada sobre el comité cuando Mary Mahowald trajo a los Bebés Rainbow y a los niños del Hospital y el Caso Occidental de Reserva de la Escuela Médica de la Universidad (CWRU). El Hospital de San Luke divisó la ayuda de eticistas nacionales y locales para organizar el comité. Poco después se organizó el comité de San Luke, Sheryl Buckley, la Presidenta, invitó a estudiantes licenciados en ética que ella sabía que servirían como eticistas del comité. El comité *ad hoc* VAMC cogió ventaja de la afiliación del VAMC con CWRU para solicitar la asistencia de Mary Mahowald. Mahowald ayudó a organizar el comité de ética Vamc y luego continuó ayudando como su eticista después de que estuviera establecido. La eticista servía como recurso para los hospitales que organizaban sus comités después de que el campo hubiera empezado a expandirse.

Sin embargo, los comités de ética también podían usarse para apoyar a los eticistas. En la Clínica de Cleveland, George Kanoti consiguió la ayuda de los comités de ética para obtener privilegios. La autoridad consensuada de los comités de ética y su presión sobre la Junta de Gobierno tuvo más influencia que Kanoti pudo haber tenido por su cuenta. Kanoti reconoció la importancia del apoyo del comité.

Seis años de experiencia han mostrado que la Bioética en CCF tiene éxito por los esfuerzos unificados y eficientes del Comité de Ética y el Departamento de Bioética. Los Comités de Ética confían en los Departamentos de Bioética para el apoyo administrativo y presupuestario, así como los expertos en ética, recursos académicos la red profesional para producir sus productos. El Departamento de Bioética ha florecido, al menos parcialmente debido a los recursos intelectuales, de procedimiento y profesionales que los Comités de Ética ofrecen a las consultas clínicas del Departamento de Bioética, los esfuerzos educacionales, su compañerismo en los programas de entrenamiento, y sus investigaciones y publicaciones.

La red interrelacionada de apoyo -el comité de ética para eticistas y eticistas para el comité de ética- facilitaron la expansión y la influencia de la ética en el entorno de la medicina. Según la profesión ética se estabilizaba, los asesores de ética llegaron a estabilizarse y complementariamente hacia los comités de ética. Los eticistas presentaron a los comités de ética como guías orientativos y por lo tanto efectivos en apoyar los eventos educativos y en formular la política institucional.

El Comité de Ética de San Luke, que no tenía los recursos de otros comités, ayudaba en las reuniones trimestrales y continuaba la revisión de casos de pacientes sobre las bases *had hoc*. El comité también condujo a un seminario de formación ética anual para la totalidad del personal del hospital.

En abril de 1992, UH estableció su propio Servicio de Consultas Éticas.

Una alternativa más "amistosa" para los comités de ética... Un consultor puede actuar directamente con las fiestas involucradas, recoger los datos de primera mano desde el lado de la cama del paciente. Una consulta Ética individual puede ser solicitada por los profesionales de la salud, pacientes o familiares, que alternativamente puedan requerir una escucha del comité completo.

Ocho meses después, un "Programa Ético Clínico" completo, que consistía en un servicio de consulta y un comité de ética, empezó a funcionar. El programa fomentaba una serie de actividades: conferencias sobre casos interdisciplinarios semanalmente en el MICU; conferencias mensuales de casos en la Unidad Geriátrica ACE; sesiones regulares con los residentes médicos; conferencias semanales sobre casos interdisciplinarios en el Centro de Salud Foley Elder; conferencias mensuales sobre morbosidad y mortalidad; grandes rondas; un departamento de seminario semanal de psiquiatría; un seminario de 10 semanas para compañeros de Medicina Interna General; una serie de ponencias trimestrales a cargo de un superior del personal de UH; un servicio de programas y formación sobre ética adecuados a los servicios del hospital y un foro para iniciativas en la política.

La existencia de eticistas y comités de ética -las dos alternativas significan un aumento de autoconciencia que responde a la situación ética del hospital -cambio

forzado y adaptación. Los comités de Ética modificaron sus funciones y los eticistas aceptaron y se adaptaron a la existencia de los comités. Tanto los eticistas como los comités de ética ayudaron a la reconceptualización de la autoridad moral y la ética médica transformando la ética del cuidado de la salud en una respetable y consolidada fuerza en el sector clínico.

## **LISTA DE HOSPITALES DE ESPAÑA QUE TIENEN ACREDITADO EL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL O CUENTAN CON COMISIÓN DE ÉTICA ASISTENCIAL**

- Hospital San Jorge, Huesca
- Hospital Clínico, Zaragoza
- Hospital Narcea, Asturias
- Hospital Marqués de Valdecilla, Santander
- Hospital Cantabria, Santander
- Hospital general Yagüe
- Complejo Hospitalario Virgen Blanca, León
- Hospital Clínico Universitario, Salamanca
- Hospital Virgen de la Vega, Salamanca
- Hospital General, Segovia
- Hospital Río Hortega, Valladolid
- Hospital Clínico Universitario, Valladolid
- Hospital Virgen de la Torre, Madrid
- Hospital La Paz, Madrid
- Hospital El Escorial, Madrid
- Hospital Clínico San Carlos, Madrid
- Hospital Móstoles, Madrid
- Hospital 12 de Octubre, Madrid
- Complejo Hospitalario "San Millán-San Pedro", Logroño.
- Hospital Universitario de Getafe, Madrid
- Hospital La Princesa, Madrid
- Hospital Puerta de Hierro, Madrid
- Hospital Ramón y Cajal, Madrid
- Hospital Gral. Universitario, Guadalajara
- Hospital Miguel Servet, Zaragoza
- Hospital Virgen Arrixaca, Murcia
- Central de Asturias
- Morales Meseguer
- Hospital Universitario Arnau de Villanova, Lleida
- Santa Cristina
- Institut Guttmann de Barcelona
- Hospital de Sant Camil de Sant Pere de Ribes, Barcelona
- Residencia Asistida San Camilo de Tres Cantos (Madrid)
- Institut municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)
- Hospital del Mar (planta 10) Barcelona

- Hospital Mútua de Terrassa de Terrassa
- Instituto Valenciano de Oncología de Valencia
- Hospital de Basurto, Bilbao
- Hospital de Cruces, Bilbao
- Hospital Txagorritxu, Vitoria
- Clínica Sagrado Corazón, S.A., Sevilla
- CASAMER, S. L., Clínica de Cirugía Estética y Plástica, Málaga
- Hospital de la Malvarrosa, Valencia
- Clínica Casa de Salud, Valencia
- Hospital de San Juan de Dios, Zaragoza
- Hospital San Juan de Dios (Rehabilit, Traumat, y Ortop.), Baleares
- Hospital San Rafael, Madrid
- Residencia Asistida San Camilo, Tres Cantos (Madrid)
- Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Madrid
- Clínica Moncloa, Madrid
- San Juan de Dios, Navarra
- Clínica Universitaria de Navarra, Navarra
- Hospital Psiquiátrico Aita Menni, Guipuzcoa
- Instituto Policlínico Santa Teresa, S.A., La Coruña
- Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), Barcelona
- Fundació Vida; i Barraquer, Barcelona
- Unidad de Curas Paliativas, Barcelona
- Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Lleida
- Clínica Quiron, Barcelona
- Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental, Barcelona
- Consorci Hospitalari del Parc Taulí., Sabadell (Barcelona)
- Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa (Barcelona)
- Hospital Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribes (Barcelona)
- Hospital de Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona)
- Institut Guttmann, Barcelona
- Hospital Sant Gervasi, Barcelona
- Clínica Provenga, Barcelona
- Clínica Figarola, Barcelona
- Hospital de San Rafael, Barcelona
- Fundació de G. S. De L'Hospital de Barcelona
- Clínica Fundació-Fiatc, Barcelona
- Fundació Puigvert I.U.N.A., Barcelona
- Hospital de Barcelona, Barcelona
- Hospital General de Granollers, Granollers Barcelona
- Hospital General de Manresa, Manresa Barcelona
- Centre Hospitalari-Unitat Coronària de Manresa, Manresa -Barcelona
- Hospital de Sant Andreu, Manresa Barcelona
- Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés Barcelona
- Hospital de L'Esperit Sant, Sant Coloma de Gramenet Barcelona
- Hospital de Sant Llatzer, Terrassa Barcelona

## RESULTADOS

- El número de miembros que componen los comités o comisiones de ética asistencial hospitalarios de este año 1999 varía en una horquilla de entre 6, el que menos, a 25 el que más. En los países extranjeros esta disparidad está más equilibrada, 13, 14 y 19. La frecuencia en los aquellos más repetida es la de 8 y la de 15 miembros.
- Los grupos profesionales más relevantes en los comités y comisiones de ética asistencial son los médicos, y en una segunda posición las enfermeras. Una tercera posición sería ocupada por los trabajadores sociales, administrativos y juristas. Aunque la legitimación de los comités viene dada por su estructura interdisciplinar, los datos estadísticos recalcan que el comité está destinado en su mayor parte a médicos y enfermeras, del todo justificable por los motivos de la responsabilidad, contacto y profesionalidad mayor con los pacientes, a la vez que muchos de ellos han visto en el comité o comisión un modo de reducción de riesgos y de utilidad potencial que da garantía de control tanto médico como familiar.
- Hay que tener en cuenta, además, la voluntariedad y espontaneidad en la colaboración. Se trata de una adhesión voluntaria pues no hay medidas de sanción. El 58% de los miembros asiste casi siempre.
- La formación es la fuente motriz del funcionamiento de un CAE. Precisamente por esto el comité se ha quedado fijo en una situación teórica sin, a penas, ninguna trascendencia práctica
- Los servicios médicos más representativos en el CEA son los quirúrgicos con un 63%. En una segunda posición estaría transplantes, otorgándole un 20% en esta posición. Y con otro 20% para la tercera posición, los encuestados sitúan neonatología.
- Las tres razones para crear un CEA son:
  - Por iniciativa de la dirección.
  - Interés de algunos profesionales formados en Bioética.
  - Por el buen funcionamiento de otros Comités.
- En la forma de implantación hacemos destacar hasta qué punto casi el 75% de los comités de estos hospitales estudiados se han inspirado en algún modelo o han pedido asesoramiento (al hospital de Guadalajara, San Juan de Dios, Parc Taulí...) Tres hospitales españoles y los tres recibidos de países extranjeros (Bélgica, 1 e Italia 2) destacan, curiosamente, no haber pedido ni buscado apoyo en ningún otro hospital.
- La frecuencia con la que se reúne el comité con un 89% es de una o más veces al mes.
- Todo el personal encuestado afirma que la solicitud de los servicios que ofrece el CAE son requeridos muy pocas veces. Son los servicios quirúrgicos, los de cirugía,



la UVI o los cuidados paliativos los que han solicitado el asesoramiento de los CEA con más frecuencia.

- La comprensión y aceptación del consentimiento informado, en primer lugar con un 56%, el encarnizamiento terapéutico (29%) y la negativa a ser transfundido (29%), en segundo y tercer lugar, han resultado ser los temas de alto contenido ético para ser tratados en un CEA.

## CONCLUSIONES DE LOS CEA

El estudio sobre las encuestas y entrevistas aplicadas a los Comités y Comisiones de Ética Asistenciales en los Hospitales Privados de las Comunidades Autónomas, que por número, dedicación e influencia preponderada, con respecto al resto de nuestro territorio nacional, y que como es de suponer, han sido brindadas por alguno/s de los miembros más representativos de tales entidades, Comités de Ética Asistenciales, es necesario subrayar las siguientes conclusiones y resultados:

### 1. Existen tres órganos de implantación:

a) Uno, de funcionamiento pleno, entendiendo por funcionamiento pleno, la perfecta articulación del baremo *frecuencia de asesoramiento al CEA - valoración profesión sanitaria - práctica del asesoramiento ético*, ejercido en los Comités que se dieron a conocer, normalmente, antes del año 1993, salvo alguna excepción, que a la par en cuanto a la fecha, echa en falta alguno de los tres cómputos anteriores; o bien, las tres prácticas se mantienen, pero se aquilata un desfase en años, atípico en éste último, en cuanto dilatado.

A su vez, la representación de los estamentos es siempre estable, la operatividad de las consultas reconocidas por sus recomendaciones, y la discusión de casos con dilemas éticos son por supuesto su acreditación característica, convirtiéndose en extraordinaria si la situación es alarmante; pautas que están a su vez avaladas por la elaboración o revisión de protocolos, en especial de consentimientos informados.

b) Un segundo órgano es aquél formado por Comisiones en funcionamiento, que por cotidianidad de tal función no han tenido la necesidad de pasar a denominarse de otra manera, bien porque el centro es demasiado pequeño y no tiene un incentivo de querer denominarse de alguna otra manera que tenga connotaciones de mayor entidad, o bien porque los miembros no tienen aún la formación académica que para tal representación se requiere y tal entidad no ha tomado aún cuerpo de consulta utilitaria.

En tales Comisiones, es normal aún, que los miembros se sigan formando en Bioética y que la discusión de casos se haga a modo de enseñanza y práctica para los mismos miembros, pero bien cabe decir que muchas Comisiones de Ética Asistencial funcionan como verdaderos Comités de Ética Asistencial haciendo algunos análisis de casos y contenidos de protocolos reales, con recomendaciones.

c) Un tercer órgano es el compuesto por un grupo de personas promotoras o simplemente por profesionales sanitarios aficionados a la bioética, cuyas actividades

son básicamente de estudio y trabajo interno para poder convertirse en un grupo formado en Bioética, capaz de llegar a tener operatividad. Son las llamadas Comisiones de Bioética.

## **2. Implantación de los Comités de Ética Asistencial.**

Los Comités de Ética Asistencial en plena actividad están muy desarrollados en los hospitales privados del estado español. Con gran ventaja tenemos a Cataluña, donde Barcelona acapara más del 50% de representación, en cuanto Comités de Ética Asistencial, del total de las Comunidades sondeadas. Mucho más en Madrid y en comunidades de alto desarrollo autonómico como el País Vasco; que en el resto de las comunidades sondeadas. Hay también cierto despegue en aquellas comunidades con políticas sanitarias favorables, a la expansión de los CEAS, como en la Comunidad Valenciana.

Esta implantación es mucho más sólida en aquellos hospitales donde la representación es estable y donde el CEA lleva funcionando plenamente más de dos/tres años tratando casos y colaborando en la elaboración o revisión de protocolos de actuación, en especial de consentimientos informados.

Donde existen Comisiones o grupos de estudio en Bioética, su consolidación depende claramente tanto del apoyo moral de otros CEAS como del estímulo moral y material de las autoridades sanitarias de cada Comunidad Autónoma y, sobre todo del de las gerencias de los centros respecto de apoyo a la realización de cursos de Bioética, logro de una infraestructura material para las reuniones, secretaría, etc.

## **3. Participación médica**

Sin embargo, el verdadero desarrollo de las Comisiones de Ética Asistencial depende de la participación del personal médico y, además, se encuentra condicionado por sus actitudes favorables a la Bioética como doctrina o teoría y la existencia de organizaciones de estudio y de análisis dentro de los centros hospitalarios.

El problema más relevante para lograr la consolidación de los CEAS y el desarrollo de las Comisiones, es la necesidad de otorgar a los representantes que trabajan más, en concreto presidentes y secretarios, un tiempo para dedicarlo a las labores de formación, representación, reuniones, estudio, etc, que debería obtenerse del tiempo de trabajo asistencial.

## **4. Los resultados obtenidos.**

Los resultados obtenidos, han sido principalmente los siguientes:

Muchas Comisiones de Ética Asistencial e incluso algunos Comités no funcionan o funcionan solo testimonialmente, observándose al respecto diferencias notables dentro de una misma área territorial: provincia, Comunidad, etc. Ello se debe a los numerosos problemas que tienen a nivel interno los centros hospitalarios, en especial la falta de personal médico formado en Bioética, cierta profesionalidad para formar parte de la representación y también cierta falta de credibilidad dentro del centro hospitalario. Sin embargo, a mayor tiempo de funcionamiento las Comisiones se prestigian, y terminan por ser organismos valorados muy positivamente por todo el personal médico, de enfermería, administrativo y, sobre todo por los usuarios.

La aplicación de una metodología sociológica convergente, que ha asociado técnicas cuantitativas (encuesta) y cualitativas (entrevistas y reuniones de grupo) se ha considerado -por sus resultados- muy positiva, al permitir captar y estructurar los datos de la implantación y funcionamiento de los Comités o Comisiones de Ética Asistencial en el momento en que claramente "despegan" y se consolidan durante estos últimos cinco años.

El análisis y las conclusiones son parciales e incompletas al faltar la comparación de los datos de las comunidades Autónomas con los del Insalud. Ello se debe a que las estadísticas sobre estas organizaciones no son en absoluto fiables, ya que aparecen muchas Comisiones e incluso Comités que no funcionan realmente. Y, además, hemos echado en falta una colaboración suficiente por lo que las encuestas realizadas no pueden ser consideradas como representativas de un colectivo sino que solo tienen valor descriptivo e indicativo.

### **5. Experiencia del Hospital Universitario Puerta de Hierro.**

Partiendo de nuestra propia experiencia como Comité de Ética Asistencial Acreditado por el Insalud, el Hospital Universitario Puerta de Hierro, tomándole como base, hemos podido apreciar tras la investigación realizada, que hay una serie de hospitales donde realmente funciona el CEA totalmente, no sólo en nuestra Comunidad como puede ser por ejemplo, el caso del País Vasco y en otros lugares donde funcionan parcialmente a ser sólo comisiones de Ética Asistencial en espera de la acreditación para pasar a los del primer grupo y por funcionar con pleno derecho. Con lo cual se detecta la existencia de una doble velocidad ralentizada en el caso de las comisiones ya que se encuentran en período de institucionalización.

Sin embargo si hacemos un análisis comparativo entre los CEAS de nuestro país y los de otros países como por ejemplo EE.UU y Holanda (donde hemos tenido el privilegio de asistir a las reuniones del CEA del Centro Médico de la Universidad de California Los Angeles y el de el hospital de la Universidad Católica de Nimega.

Como fruto de esta investigación están las conferencias impartidas por los miembros del equipo investigador (Dr. D. Porfirio Barroso, y D<sup>a</sup> Ángeles Nevado, Becaria del equipo investigador), en relación con el objeto de estudio de esta investigación en Linköping (Suecia, en Junio de 1997) y Nimega (Holanda, en Agosto de 1997).