

Situación actual de los Comités de Ética Asistencial en los hospitales públicos y privados de Comunidades Autónomas de España¹.

Porfirio Barroso²

Clara García Izaguirre³

I. Comités de Ética Asistencial

La gran mayoría de los Comités de Ética Asistencial, de ahora en adelante para nosotros CEA nacen en los EE.UU. con la idea fuertemente arraigada de proteger la autonomía de los pacientes . Esta motivación está de acuerdo con las directrices legales del país en relación al derecho a rechazar un tratamiento determinado ó al consentimiento informado de los pacientes . En el surgimiento de estos organismos han sido decisivos los informes Belmont y *Deciding to Forego Life- Sustaining Treatment* (Publicado en 1980 por *La Comisión Presidencia creada por Jimmy Carter para el Estudio de los problemas éticos en Medicina y en la Investigación Biomédica y de las Ciencias del Comportamiento*).

A pesar de que la legislación americana no impuso la creación de los CEAs , estos comités proliferaron dado que las subvenciones federales estaban condicionadas por su existencia. Entre los años 1983 y 1985 la *American Hospital Association's National Society for Patient Representation* tras realizar una encuesta a los hospitales que habían creado comités pudo confirmar que el 59% de los hospitales tenían un CEA funcionando, porcentaje que aumentó a un

¹ Estas conferencias, pronunciadas en el II Congreso Nacional de Bioética, organizado por la Asociación Española de Bioética en Madrid, del 3 al 5 de Diciembre de 1999, han podido ser realizadas, pronunciadas y publicadas gracias a la ayuda económica recibida para los proyectos FIS 96/0836 y FIS 99/1305, por parte del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, Instituto Carlos III, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

² 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 de Informática de la Universidad Pontificia de Salamanca en Madrid.

Es miembro del Comité de Ética Asistencial Hospitalaria de la Clínica Puerta de Hierro, Hospital Universitario. Tuvo concedido el proyecto FIS 96/0836: "Investigación evaluativa sobre Significado, Funciones y Efectividad de los Comités de Ética Asistencial en España" desde 1996 a 1998, y en la actualidad tiene concedido el proyecto de investigación FIS 99/1305: "Implantación, Significado, Funciones y Efectividad de los Comités de ética en España y en Europa", subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Carlos III, Subdirección General de Coordinación de la Investigación, Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), para llevarlo a efecto en el Servicio de Investigación de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, durante los años 1999 y 2000.

³ Es Socióloga, doctoranda en Sociología por el Departamento de Dinámicas Sociales de la Universidad Complutense de Madrid, es Especialista en Técnicas Avanzadas de Investigación Social y Becaria de Investigación del Proyecto FIS 99/1305.

67% en 1985. Los hospitales con más de 500 camas es a los que mayoritariamente se debe este incremento de CEAs en los últimos años. En el año 1987, Maryland fue el primer estado que decretó la obligatoriedad de instaurar en los hospitales los CEA (*patient advisory committees*).

En el resto de los países occidentales también se ha dejado notar la mayor presión que los pacientes vienen haciendo por la defensa de sus derechos frente al tradicional paternalismo médico. Estas sociedades tienden a evitar que los médicos sean los únicos determinantes de todos los aspectos que tienen relación con la salud de los individuos, como son: la enfermedad, el proceso de morir, ó la calidad de vida. De esta revolución en la asistencia sanitaria se apunta como aspecto positivo la mayoría de edad de la relación médico-paciente, y como aspecto negativo, el fácil recurso a los tribunales. Sin embargo esto no es extrapolable a todos los países, ni al proceso de proliferación de los CEA, puesto que estos organismos se ha comprobado que disminuyen la judicialización de la relación médico-paciente.

Los orígenes de los CEAs en España, como organismos acreditados por el INSALUD, se remontan al año 1994, que fue cuando se empezó a impartir en nuestro país formación en este sentido a algunos profesionales de la Sanidad. Sin embargo, incluso antes de esta fecha, en el año 1993 empezó a funcionar el primer Comité de ética asistencial en España. El Hospital San Joan de Deu fue la primera ubicación hace más de 25 años de este tipo de comités en el territorio español.

El motivo que lleva a crear estos comités surge del interés de unos cuantos profesionales por los temas relacionados con la bioética. Se imparte un Máster en este sentido a algunos facultativos y un curso de especialistas para enfermeros u enfermeras.

El 30 de Marzo de 1995 el INSALUD envía una circular a sus centros hospitalarios en donde establece una serie de recomendaciones para la constitución de los Comités de Ética Asistencial.

Los primeros CEAs toman como modelo de referencia para su creación a otros CEAs españoles ya constituidos ó incluso a comités extranjeros. La mayoría oscila entre los 15 y los 20 miembros, de los cuales entre 4 y 11 son médicos, de 2 a 10 son enfermeras/os, tienen 1 capellán, 1 abogado etc. Es decir, tienden a representar en su seno a la mayoría de los servicios que se ofrecen en el centro. Estos comités se reúnen mensual ó quincenalmente, de no ser que tengan que reunirse con carácter de urgencia lo que a veces ocurre, aunque no habitualmente.

Los temas tratados mayoritariamente por estos comités son:

- a- el acceso a la confidencialidad de las historias clínicas.
- b- la negativa a ser transfundidos 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 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.

No todos los servicios de los hospitales consultan los CEAs y los servicios que más solicitan asesoramiento suelen ser los siguientes: atención al paciente, gerencia, pediatría, psiquiatría, equipo de trasplantes, servicios quirúrgicos, nefrología, urología, MIR y medicina interna. Tras ser consultados los CEAs o las comisiones deben de emitir un informe, aunque de los hospitales consultados 9 de ellos emitían un informe por escrito, 7 verbalmente, y el resto sólo excepcionalmente daban una copia al asesorado.

Las dificultades con las que se encuentran los comités son varias aunque las de mayor importancia podemos decir que son: las relacionadas con la formación en bioética de sus miembros, la poca colaboración de la dirección, su falta de sensibilidad con el tema a veces, la falta de dotación, de espacio, medios, el paternalismo médico, y el desconocimiento por parte del centro de la labor de estos organismos.

1. Definición de términos ó conceptos

CEA: Recibe el nombre de Comité de Ética Asistencial aquella comisión o grupo autorizado de personas de carácter consultivo e interdisciplinar, creada para analizar y asesorar en la resolución de posibles conflictos éticos que se producen durante la práctica clínica en las instituciones sanitarias y cuya finalidad es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria. Los CEAs son también organismos que están acreditados por el INSALUD o por la Consejería de Sanidad pertinente, en caso de pertenecer a una Comunidad Autónoma con las competencias sanitarias transferidas. Hasta el momento, que nosotros sepamos, solamente cuentan con la posibilidad de acreditación de las respectivas consejerías los hospitales de Cataluña (1993) y los del País Vasco (1995), dichas circulares se encuentran citadas en nuestra bibliografía.

Comisión promotora ético-asistencial: Se trata de una comisión promotora de carácter ético asistencial que es previa normalmente a la creación de un CEA y la cual se diferencia de éste tan sólo en que no ha sido acreditada por el INSALUD o por la Consejería de Sanidad de la que se dependa.

De ahora en adelante y en nuestra investigación nosotros tomamos estas definiciones para referirnos a los CEAs y a las comisiones promotoras.

2. Dependencia

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.

3. Funciones

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 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.

Estas cuatro funciones mencionadas se consideran las básicas de un CEA, sin embargo hoy en día podemos decir que la puesta en funcionamiento de estos organismos nos ha llevado a considerar como funciones propias de los CEAs las siguientes:

- e. Promover políticas y procedimientos éticos que maximicen el bien de los pacientes.
- f. Velar para que la pluralidad de los miembros que constituyen un Comité, tengan una función representativa.
- g. 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.
- h. Mantener contacto con otros comités, así como información sobre estos.
- i. Mantener un punto de documentación sobre cuestiones bioéticas.
- j. Servir a la dignidad, autoridad e imparcialidad aparente de la acción oficial, para legitimar la acción en sí y el régimen que estableció el comité.
- k. 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.
- l. Establecer las bases, si la calidad científica es buena, para determinar las líneas de acción y de investigación en este campo de la Bioética.

4. No son funciones de los CEAs

En este apartado debemos enumerar también lo que no se consideran funciones de los CEAs. En ningún caso serán funciones o competencias del CEA:

1. Promover o amparar actuaciones jurídicas directas para las personas o la Institución. Amparo jurídico directo de las personas o del hospital. El comité, de hecho, protege indirectamente a los profesionales sanitarios desde el momento en que son menos probables los pleitos sobre casos que han estado precedidos por las deliberaciones de comité. A su vez, los jueces suelen tomar en consideración las recomendaciones previas de un comité correctamente constituido.

2. Realizar juicios sobre la ética profesional o las conductas de los pacientes y usuarios. No tiene por tanto capacidad para proponer sanciones, ni juicios sobre la ética profesional del personal sanitario. Los comités no juzgan la conducta profesional, y por supuesto no ejercen ninguna función sancionadora. Funciones que deben quedar reservadas a otras instancias.
3. Subrogarse o reemplazar la responsabilidad de quien ha pedido su asesoramiento.
4. Tomar decisiones de carácter vinculante. Los comités, excepto en casos muy especiales, tienen tan solo un papel asesor, dejando la toma de decisiones en manos de: el paciente, el médico, la familia o la autoridad judicial.
5. Substituir a los comités éticos de Investigación Clínica.
6. Realizar estudios cuyo objetivo fundamental sea el análisis de asuntos sociales y/o económicos directa o indirectamente relacionados con la asistencia sanitaria en el hospital, en atención primaria y/o en el conjunto del área de la salud.
7. Su función no es la investigación en otros campos fuera del de la Bioética misma.

5. La Investigación en el CEA:

Una investigación que sirva de autoevaluación a estos organismos promete mejoras sustanciales de su funcionamiento, y actividades tanto consultivas, como formativas. Los Comités de Ética de los hospitales contienen normalmente tres actividades reguladas: discusión y consulta de los casos, educación y elaboración de normas. El objetivo común de estas tres actividades es la obtención de soluciones de contenido moral para los problemas éticos actuales que surgen en el escenario clínico. Con este objetivo, estas actividades pueden ser complementarias o sinérgicas. Aunque estas tentativas parecen beneficiosas, no está del todo claro el que los Comités de Ética de los Hospitales satisfagan las necesidades institucionales o que operen con tanta eficacia como cabría esperar. Por ello, se puede mejorar la metodología en la consulta de casos, los tipos de programas educativos y el proceso de toma de decisiones referidas a la normativa institucional. Es obvio que los datos empíricos pueden contribuir a mejorar las actividades normativas de los comités mejorando el diseño de los mismos, así como su implantación y la evaluación de sus esfuerzos. Pero la recolección de estos datos requiere una investigación, y la investigación no es normalmente una actividad adscrita a los Comités de Ética de los Hospitales. En relación a esta cuestión, se puede discurrir sobre diferentes temas como son: 1. los beneficios potenciales de la investigación realizada por Comités de Ética; 2. los costes potenciales de esta investigación; 3. los obstáculos que pueden encontrar los Comités de Ética a la hora de investigar; y 4. las cuestiones referentes a la publicación de las investigaciones.

5.1. Beneficios potenciales de la investigación realizada por los Comités de Ética Asistencial:

La razón fundamental por la cual los Comités de Ética deberían investigar es que los datos empíricos que se obtengan de tales investigaciones pueden contribuir a mejorar las actividades de normalización. La valoración de las actividades existentes, la dirección y valoración de las necesidades formales, así como el examen de la calidad en la consulta de casos, pueden incrementar el esfuerzo del Comité en la obtención de soluciones de carácter moral para los problemas éticos. La investigación empírica realizada por los Comités de Ética que estén comprometidos activamente con los cuidados médicos, puede contribuir al campo de la ética clínica, y asimismo, facilitar la comprensión de la ética clínica puede beneficiar a las actividades normativas de otras comunidades.

5.2. Costes potenciales de la investigación de los Comités Éticos:

La investigación empírica dirigida por comités de ética de hospitales tendrían unos costes tangibles. Personal y reservas se incluyen dentro de estos costes tangibles. Además, como una buena investigación científica requiere el dominio de las metodologías de las ciencias sociales, los comités que no contarán con estos expertos aumentarían sus costes, ya que necesitarían del apoyo de la consulta metodológica y estadística. En grandes instituciones académicas, muchos de los costes tangibles podrían absorberse, ya que habría personal de investigación disponible. Pero en hospitales más pequeños y centros no académicos, no es probable que los costes de investigación puedan absorberse. Puesto que la investigación empírica de los Comités de Ética de estas instituciones es importante, se deben buscar fuentes de financiación para la investigación.

5.3. Obstáculos a la investigación de los CEAs:

Las investigaciones de contenido, la oposición del personal a la investigación del Comité de Ética y las conflictivas responsabilidades del Comité (tratamiento del paciente, investigación e institución) todo ello podría ser un obstáculo para la investigación empírica de los Comités de Ética.

Aunque las metas institucionales son importantes y garantizan una gran consideración, no deberían desbancar necesariamente a las actividades legítimas del Comité de Ética. Ya que las actividades de los Comités de ética pretenden mejorar el trato al paciente, el liderazgo institucional podría ser esencial para atenuar los obstáculos a la investigación empírica.

5.4. Cuestiones sobre publicación de los estudios:

Las investigaciones empíricas desarrolladas por los Comités de ética tienen beneficios potenciales tanto para la institución como para la sociedad.

El hecho de que una institución limite el empleo de las investigaciones del Comité de Ética al uso interno hace surgir la polémica respecto a si los comités de ética de los hospitales, como agentes autorizados para administrar la institución (suponiendo que lo

fueran) estarían en una posición diferente a la de los estudiantes respecto a la libertad académica. Esta cuestión puede responderse de manera diferente desde las instituciones académicas públicas o privadas.

Independientemente de cómo se responda a estas preocupaciones, existen otras forma de educación legítima que no deben confundirse con la investigación realizada por los comités de ética, Por ejemplo, los miembros de los comités de ética podrían estar comprometidos con la investigación de la ética médica. Los investigadores podrían dirigir estudios de comités éticos de hospitales para valorar su estructura, composición y funcionamiento. Ninguna de estas formas de conocimiento son relevantes a la discusión acerca de si los comités éticos deben o no realizar investigaciones.

6. Derechos de los pacientes

Una vez explicitadas las funciones que le son inherentes y las que son impropias de un CEA, nos vemos en la necesidad de aclarar otros puntos de este listado. En este sentido y con el fin de esclarecer todo lo posible el asunto hemos decidido enumerar también algunos de los derechos más importantes de los pacientes, siguiendo el Artículo 10 de la Ley General de Sanidad (1996) sobre los derechos de los pacientes :

- 1- Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
- 2- A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- 3- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- 4- A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen, pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente, y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
- 5- A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- 6- A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
 - a- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
 - b- Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
 - c- Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

- 7- A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de su ausencia , otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
- 8- A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
- 9- A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en los términos que señálale apartado 4 del artículo siguiente.
- 10- A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
- 11- A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.
- 12- A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente establezcan.
- 13- A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo, y en las que regule el trabajo sanitario en los Centros de la Salud.
- 14- A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
- 15- Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1,2,3,4,5,6,7,8,9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

7. Los principios de la Bioética:

Reiterándonos en lo anterior en cierto modo, y con el propósito de esclarecer en la medida de lo posible el tema que nos ocupa describiremos seguidamente los cuatro principios básicos en los que se funda la Bioética. En la jerarquía de los principios de la Bioética influye también la propia cultura del país, por ejemplo la Bioética estadounidense tiende a dar un mayor relieve al principio de autonomía sobre el de beneficencia, al revés de los que sucede en el mundo latino, que es menos sensible a la libertad, la intimidad y la confidencialidad de las personas afectadas.

1-Principio de Beneficencia:

El principio de beneficencia es el principio ético fundamental que se encuentra en la base del Juramento Hipocrático y ha sido hasta hace poco tiempo el principio fundamental en la Medicina. El principio moral de beneficencia puede ser entendido desde un punto de vista paternalista o no paternalista; entenderlo de forma paternalista es la gran crítica que se hace a este principio.

Se le ha exigido siempre al médico que ponga sus conocimientos, la ciencia adquirida, sus valores éticos, su capacidad de relación humana y su dedicación al servicio de la persona que vive el trance doloroso y angustioso de la enfermedad. Esa es su misión en la sociedad: la de "hacer el bien" al enfermo por medio de la ciencia médica, incluso estando dispuesto a asumir ciertos riesgos para luchar contra la enfermedad.

2- Principio de no maleficencia:

Es importante diferenciar el principio de "no-maleficencia" del principio de "beneficencia". El principio de no maleficencia nos obliga a todos de modo primario, y por tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento. Este principio ético está enunciado en latín en el Juramento Hipocrático como "*primum non nocere*", que significa "ante todo no hacer daño".

Es también la exigencia ética primaria de que el médico no utilice sus conocimientos o su situación privilegiada en relación con el enfermo para hacerle daño.

Este principio de no maleficencia es más general y obligatorio que el de beneficencia. Pueden darse situaciones en que un médico no está obligado a tratar a un enfermo, pero sí lo estará de no causarle positivamente daño alguno. De este principio se derivan para el médico normas como "no matar", "no causar dolor", "no incapacitar" (ni física ni mentalmente), "no impedir placer", etc..

3- Principio de Justicia:

Para definir el principio de justicia podríamos usar la definición que de ella hace Justiniano: "*La justicia es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho*". Por otra parte el derecho consiste en tres cosas: "*Vivir honestamente, no dañar a los demás y dar a cada uno lo suyo*". Mientras, en el Informe Belmont se entiende este término como la equidad en la distribución de cargas y beneficios.

El principio de justicia se encuentra claramente presente en la Declaración de Ginebra al afirmar: "*No permitiré consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o categoría social para mediar entre mi deber y el paciente*".

Rawls ha propuesto, para entender el principio de justicia, una teoría que el llama "el observador ideal": consistiría en un personaje imaginario que, por ejemplo, se tenga que decidir entre dos personas candidatas a un trasplante renal; este observador tiene que ser:

- * **Omnisciente**, que conociese el mayor número posible de datos.
- * **Omnipercipiente**, que sea capaz de percibir los aspectos personales implicados.
- * **Desinteresado**, que no actuase por móviles egoístas o interesados.

* **Desapasionado**, que aunque se identifique con la situación de las personas afectadas, sin embargo, esta implicación no le debe condicionar.

En Medicina la aplicación de este principio sería "casos iguales requieren tratamientos iguales", sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la asistencia sanitaria, basadas en criterios económicos, sociales, raciales, religiosos, etc.

El marco de justicia en bioética es pues, el de la universalización de la atención sanitaria, como una exigencia básica. Cómo se organice esa atención es cuestión secundaria; la primaria es que un bien como la salud no puede faltarle a ninguna persona.

4- Principio de Autonomía:

Con el tiempo el enfermo ha sido considerado como un ser adulto y autónomo, capaz de recibir toda la información y libre de tomar, teniendo en cuenta dicha información, las decisiones que considere oportunas sobre su propio cuerpo, es decir sobre su salud y su vida. El enfermo es quien en última instancia debe decidir sobre su cuerpo y su vida. Es un derecho humano primario.

Últimamente el principio de autonomía a lo que da importancia es al respeto a la persona, a sus propias convicciones, opciones y elecciones que deben ser protegidas, incluso de forma especial, por el hecho de estar enfermo. Este principio lucha contra la tendencia de convertir al ser humano enfermo en un menor de edad, al que se le tiende a mantener sistemáticamente al margen de algo que a nadie afecta más que a él mismo.

-ACTO AUTÓNOMO:

Los autores Faden y Beauchamp piensan que las acciones son autónomas cuando cumplen tres condiciones:

- a) intencionalidad
- b) conocimiento
- c) ausencia de control externo:
 - c.1) La coacción
 - c.2) Manipulación
 - c.3) Persuasión
- d) autenticidad.

8. Efectividad de los CEAs

El logro mayor de estos comités en España ha sido facilitar de manera importante el proceso de decisión a los médicos, así como a las/os enfermeras/os. Sin embargo los pacientes aún los consideran menos relevantes y de hecho los CEAs suelen ser infrutilizados salvo cuando ciertas cuestiones alcanzan una amplia resonancia social que obliga a tomar posiciones.

Otro dato a tener en cuenta es que la presencia de los CEAs en los hospitales no ha variado el número de demandas legales, ni la frecuencia con que los médicos deciden retirar tratamientos de soporte vital. Podemos decir entonces, que los CEAs 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 éste debe de tomar. Los CEAs 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. Sobretudo, y por poner un ejemplo, los avances tecnológicos, los cuales nos sitúan ante vacíos legales que hay que llenar.

Los principios de la 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. Los CEAs, 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.

II. Estudio de los CEAs en los hospitales de las Comunidades Autónomas con responsabilidades sanitarias transferidas⁴

1. Introducción:

Inicialmente, el ámbito de estudio fue limitado a los centros hospitalarios dependientes de las autoridades de las Comunidades Autónomas con las transferencias recibidas del INSALUD. Sin embargo, y debido a que se recibieron muy pocas respuestas, seis en total, en parte por falta de colaboración de los responsables de algunos comités o comisiones de ética asistencial, y en parte también porque, aunque aparecen creadas, no funcionan en la realidad o lo hacen con muchas limitaciones, por lo cual sus presidentes no consideran oportuno cumplimentar el cuestionario al considerar que no deberían incluirse en el estudio. Decidimos por todo ello añadir a las encuestas cumplimentadas recibidas, las realizadas en el año 1996 a los centros hospitalarios dependientes del INSALUD, un total de dieciocho, que por diversas razones en ese año no se habían tratado estadísticamente.

2. Metodología

⁴ Este estudio ha sido llevado a cabo por un equipo de investigadores de la Clínica Puerta de Hierro durante el año 1997 gracias a la ayuda económica recibida para el Proyecto FIS 96/0836: "*Investigación evaluativa sobre significado, funciones, y efectividad de los CEAs en los hospitales de las CC.AA. con responsabilidades sanitarias transferidas*".

Con el objetivo de captar cualitativamente las principales características y problemas de la reciente implantación de los Comités de Ética Asistencial en España, se elaboró una encuesta de treinta y tres preguntas, algunas de las cuales eran múltiples, que han contemplado los siguientes aspectos de investigación :

- a- Miembros: Selección y Formación.
- b- Creación e Institucionalización.
- c- Funciones y Actividades Principales
- d- Relaciones, Problemas y Valoraciones.

El cuestionario fue enviado por correo a todos los centros hospitalarios y clínicas de carácter público, tanto dependientes del INSALUD como del correspondiente Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma; donde teníamos conocimiento previo, tras haber formulado las llamadas telefónicas oportunas a los distintos Servicios de Salud y posteriormente a todos los hospitales de la constitución de forma más o menos formal y desde hacía tiempo de una comisión promotora, comité, etc, de carácter ético asistencial.

El cuestionario ha sido cumplimentado por los responsables más representativos, presidente o secretario del CEA, entre los meses de Abril y Junio de 1997, ascendiendo a un total de 24 el número de comisiones o comités encuestados. Los datos obtenidos se trasladaron a una matriz informática que fue objeto de tratamiento estadístico en el Servicio de Bioestadística de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid.

Al disponer solamente de datos procedentes de 24 encuestas, el análisis sociológico únicamente toma como base estos datos y en ningún momento ha intentado buscar correlaciones o cruces entre variables, debido a la falta de validez estadística mínima para obtener conclusiones fiables. Por lo tanto, los cuadros elaborados sólo incluyen las variables con sus correspondientes respuestas, los porcentajes obtenidos por cada una de ellas y la base de casos absolutos (N).

3. Objetivos iniciales

- a- Determinar el nivel de implantación y funcionamiento de los CEAs de los hospitales de las Comunidades Autónomas con responsabilidades sanitarias transferidas.
- b- Determinar la relación entre los "objetivos y funciones oficiales" y los objetivos y funciones reales.

4. Análisis de resultados

Durante este segundo año de investigación se persiguieron los objetivos iniciales planteados, aunque en este tiempo hay unas variaciones que hay que tener en cuenta con respecto al período anterior. En principio la única variación es el ámbito del estudio, pues se pasa a investigar a los hospitales de Comunidades Autónomas con competencias sanitarias transferidas. Por otro lado, y como resultado del análisis previo de la situación de los CAEs en el año 1997, así como de su implantación y funcionamiento, esta vez se hace hincapié en elementos que aparecieron como relevantes en dicha investigación como son:

- a- aspectos internos: composición según miembros y funcionamiento de los CEAs.
- b- Contenido: los casos clínicos y los protocolos.
- c- Aspectos externos: valoración y problemática de los CEAs.
- d- Perspectivas de desarrollo: necesidades e incentivos, formación en bioética.

En la presentación de los cuadros hemos organizado por "ranking" los datos obtenidos y hemos despreciado las no respuestas (no sabe/ no contesta). Por lo que en algunos cuadros los porcentajes no suman 100, ni el total de casos (N) llega a los veinticuatro analizados en conjunto. El total de cuestionarios realizados según la Comunidad Autónoma donde se encuentra ubicado el centro hospitalario ha sido el siguiente:

- Madrid : 9 encuestas.
- Castilla-León : 4 "
- País Vasco: 3 "
- País Valenciano: 2 "
- Cataluña: 1 "
- La Rioja: 1 "
- Asturias: 1 "
- Aragón: 1 "
- Castilla-La Mancha: 1 "
- Cantabria: 1 "

Estos resultados han sido contrastados con la variable "tamaño del centro", de donde se derivan los siguientes resultados:

- a- Centros grandes de más de 500 camas: 16 encuestas.
- b- Centros medianos de entre 101 y 500 camas: 6 "
- c. Centros pequeños de menos de 100 camas: 2 "

Como se pudo observar, hay un predominio de los centros grandes en este asunto, cierta importancia de los medianos y escasa de los centros pequeños.

En cuanto a la situación legal del grupo u organización respondieron:

- Comisiones de Ética Asistencial: 14 centros.
- Comités de Ética Asistencial: 10 "

A pesar de la predominancia de las comisiones, podemos decir que ya existe un número importante de centros que poseen CEAs acreditados, bien por el INSALUD o bien por las autoridades sanitarias de las respectivas Comunidades Autónomas. Además hay que destacar el hecho de que todas las Comisiones encuestadas llevan realizando actividades de consulta y de recomendaciones en temas bioéticos como mínimo un año.

Para concluir con este epígrafe, podemos analizar la variable de responsables de las comisiones o CEAs que han respondido a la encuesta:

- El secretario de CEA o comisión: 12 centros.
- El presidente del CEA o comisión: 10 "
- No responden a esta pregunta: 2 "

Aproximadamente y según lo que se infiere de estos datos, el 50 por cien de la información procede de los presidentes de los CEAs o comisiones.

III. Estudio de los CEAs en los hospitales de titularidad privada del territorio español⁵

1. Introducción

Durante el año 1998 se siguió trabajando en el proyecto de investigación 96/0836. En este tercer año de proyecto se presenta una memoria científica sobre la situación de los CEAs en los hospitales de titularidad privada de España.

En España, contamos con unos 800 hospitales de diferente titularidad (públicos, privados...) repartidos entre varias de las Comunidades Autónomas. De estos 800 hospitales, unos 465 son hospitales de titularidad privada de diverso tipo; privado benéfico o no benéfico, de iniciativa religiosa (Iglesia y Congregaciones religiosas), o social (Cruz Roja y diversas mutuas de accidentes o de trabajadores y empleados). Es decir, algo más de la mitad de los hospitales españoles, exactamente el 59,12 % del total de hospitales españoles pertenece al sector privado. La primera tarea a lo largo de 1998 fue la recogida de datos. Para ello se trató de contactar con todos los hospitales privados posibles.

En la memoria presentada en 1998 se incluyeron no sólo los resultados de dicho estudio, sino que también se presentaron una serie de actividades y de documentos a modo anexo que se recopilaron a lo largo de ese año.

En cualquier caso, las mayores fuentes de investigación y donde se encontraron las respuestas a muchos de los interrogantes previos, fueron las encuestas que nos fueron enviadas, una vez cumplimentadas, por 26 de los hospitales contactados.

⁵ Este estudio ha sido llevado a cabo por un equipo de investigadores de la Clínica Puerta de Hierro durante el año 1998 gracias a la ayuda económica recibida para el Proyecto FIS 96/0836: "*Investigación evaluativa sobre significado, funciones, y efectividad de los CEAs en los hospitales de titularidad privada*".

2. Metodología

A lo largo del año 1998 se acordó hacer un estudio de contenido y comparativo con una metodología inductiva-deductiva sobre *"Implantación, significado, funciones, efectividad e impacto de los comités de ética asistencial en los hospitales de titularidad privada de España"*.

Fase I: Comenzamos la primera fase con un sondeo telefónico dirigido a: Dirección y gerencia, Dirección Médica, Dirección de enfermería, Dirección de Gestión o Administración , Servicio de Información y a otros servicios. Este primer contacto nos dio una idea valiosa acerca del conocimiento que los servicios señalados tienen de los CEAs, así como de su impacto e implantación en el medio asistencial.

Fase II: En este período se elaboran unos epígrafes sobre temas que se han extraído deductivamente de las entrevistas realizadas y que tienen títulos como:

- Ambiente que envuelve los orígenes de un CEA.
- Formación , actividades.
- Tiempo de funcionamiento, fases y composición .
- Práctica en el CEA, funciones.
- Protocolos de actuación en un CEA.
- Número de consultas al CEA.
- Frecuencia de asistencia de los miembros del comité.
- Valoración y futuro de los CEAs a juicio de los entrevistados.
- Etc.

3. Objetivos propuestos

Evaluación formativa de una muestra representativa de los hospitales privados, empleando el mismo cuestionario que en años anteriores.

Evaluación sumativa, con entrevistas telefónicas y directas en profundidad con representantes de comités de hospitales de gestión privada .

Autoevaluación (responsive evaluation) de los CEAs de hospitales privados españoles.

4. Objetivos alcanzados

Podemos decir que a lo largo del tercer año se consiguieron los objetivos concretos propuestos en su día y algunos más , y que son los siguientes:

- a- Determinar el nivel de implantación y de funcionamiento de los CEAs.
- b- Clarificar la forma de consensuar sus objetivos y determinar los roles de sus miembros.

- c- Descubrir el nivel de efectividad e impacto en la práctica hospitalaria y clínica de los CEAs, así como desvelar los cambios producidos en la sensibilidad ética de profesionales de la salud.
- d- Analizar los tipos de toma de decisiones éticas.
- e- Relacionar los objetivos "oficiales" y "reales".

5. Análisis de los resultados

Nos encontramos con una división en subfases según avanza la investigación, de las fases previstas en la metodología.

-Fase I:

-Fase Ia:

En un primer momento, a través del contacto telefónico se consiguió acceder a 300 hospitales privados de los 465 existentes. Es decir, se contactó con el 65 % de los hospitales privados, lo que significa el 37,55 del total de los hospitales en general de España. De este primer contacto se dedujo que aproximadamente medio centenar de hospitales, el 15% del total, decían que contaban con alguna instancia de reflexión y actuación ética.

En la encuesta telefónica se encontró otro porcentaje de hospitales que respondían a la encuesta pero según la política de dicho centro sólo podían responder por escrito. Por ello, se pasó a una segunda fase, la cual consistió en enviar a los hospitales un cuestionario por correo.

-Fase Ib:

A lo largo del período, telefónicamente unos 60 hospitales privados nos confirmaron que contaban con tales entidades (comités o comisiones), aunque tras enviarles por correo ordinario la misma encuesta utilizada en años anteriores, 19 hospitales nos respondieron diciendo que habían confundido el comité o comisión con otra clase de comités que existían en sus hospitales como por ejemplo: los comités de ensayos clínicos, los comités de investigación, etc. Por lo tanto la cifra de la muestra queda en esta fase reducida a 41 hospitales privados que confirmaron la existencia de un comité ó comisión de ética asistencial en su institución.

De los 41 hospitales mencionados, no todos contestaron tras la primera vez, por lo que hubo de insistirles telefónicamente, por fax, por correo electrónico y de reenviarles la encuesta. El 31 de Diciembre de 1998 se consiguió tener en las manos 26 encuestas totalmente cumplimentadas. De estos 26 hospitales privados 20 contaban con CEA y 6 con comisión.

-Fase II:

Tras analizar los resultados obtenidos en esta fase se pudo afirmar que en los últimos años se ha recorrido un largo camino en la creación e implantación de los CEAs en los hospitales privados. Un camino largo que, en principio, se anticipó al de los hospitales públicos, para posteriormente recorrerse de forma paralela.

En 1982 se crea el primer CEA en el Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, y en el mismo contexto donde había surgido, se configura como un centro impulsor de la creación de estos comités. En 1990 ya existen 4 comités; en 1993 llegan a 8, y es a partir de 1996 cuando se amplía este ritmo de creación hasta poder presentar hoy un número de 41 comités o comisiones de ética en el conjunto de los hospitales privados de España.

Al finalizar la redacción de la Memoria del año 1998, se recibe la notificación de la aprobación de un nuevo proyecto presentado y su financiación por parte del FIS. A partir de entonces se cuenta con dos años consecutivos más para llevar a cabo el proyecto siguiente: *"Implantación, significado, funciones, efectividad e impacto de los comités de Ética Asistencial en los restantes hospitales de España y en hospitales de Europa"*.

6. Conclusiones

Los orígenes de los CEAs proceden del Instituto Borja de Bioética (San Cugat del Vallés, Barcelona), es decir de ámbito confesional y posteriormente se va asumiendo la necesidad y la utilidad de estos comités de forma institucional. En concreto, la circular sobre comités por parte del INSALUD parece haber sido la iniciativa institucional que impulsa con mayor fuerza la creación de estos comités. De hecho es en los años 1996 y 1997 cuando se crean más de la mitad de los existentes en la actualidad.

La distribución geográfica de los comités y de las comisiones muestra un predominio de su presencia en la Comunidad Autónoma de Cataluña, donde se concentran más de la mitad de los comités constituidos, seguida de la Comunidad de Madrid. De todos ellos, hasta un 64% se han inspirado en un modelo existente a la hora de constituirse, especialmente en el del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, mientras que el 36% restante no han tomado modelos de otros, sino que se han configurado como la búsqueda de una respuesta a los problemas éticos de diverso tipo.

Los factores más determinantes en su constitución parecen haber sido dos: por una parte las creencias y sensibilidades morales por parte de los hospitales de propiedad eclesial, y por otra parte la propia sensibilidad de los profesionales de la salud que, frente a los problemas éticos, han sido abocados a buscar un modo de consenso en la toma de decisiones.

El desarrollo de la investigación científica, el empleo de las diversas tecnologías, la medicina y la gestión ha llegado a un momento en que la calificación ética de los comportamientos y decisiones ha dejado de ser evidente, es decir, se da una fuerte indeterminación ética y abundan los juicios caracterizados por la incertidumbre. La preocupación ética y las respuestas han pasado a ser un saber de expertos.

En este sentido, el significado primero de los CEAs está en ser la expresión del interés, la preocupación y el mundo de los valores éticos en el ejercicio de la Medicina y la gestión de la Sanidad en la práctica hospitalaria.

Los CEAs, tratan de responder, como hemos podido comprobar, a una gestión razonable de los conflictos de intereses entre el conjunto de los afectados: médicos y pacientes, fundamentalmente. A la vez que tratan de dar respuestas humanas a la hora de conciliar los derechos y responsabilidades de cada uno de los afectados.

A lo largo del año 1999, el equipo de investigadores de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, encabezado por el Dr. Luis Alonso Pulpón y por el Dr. Porfirio Barroso Asenjo, miembros ambos del CEA del mencionado hospital, junto con la colaboración de la becaria Raquel Caro Gil, estudiaron la situación de los nuevos comités y comisiones surgidos en España hasta 1999. También han venido estudiando la situación de los CEA en distintos países de Europa .

Los próximos resultados del proyecto, los cuales son fruto de nuevos estudios y de la colaboración con nuestro equipo desde Noviembre de 1999 de la becaria de investigación Clara García Izaguirre, los ofreceremos en otra publicación.

Bibliografía:

- ABEL, F.: *Comités de Bioética. Necesidad, Estructura y Funciones*. Folia Humanistica, 1993; 31: 389-418.
- ABEL, F.: *Comités de Bioética. Necesidad, Estructura y Funcionamiento*. En colectivo: Azucena Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Ed. Triacastella, Madrid, 1999. Pp. 241- 267.
- ABEL, Francesc, *Dynamics of the bioethics dialogue in a Spain in transition*. Bulletin of the Pan American Health Organization, 1990; Vol. 24, N° 4, pp. 521-29.
- ABEL, F.: *Los comités de ética en el diálogo interdisciplinar*. Labor Hospitalaria, n° 209, 1988; 20: 207-16.
- ABEL, F.: *Los Comités de Ética y su función pedagógica*. Quadern CAPS, 1993; 19: 19-26.
- ABEL, Francesc (S.J.), *Comités de Bioética: necesidad, estructura y funcionamiento*. En: *Labor Hospitalaria*, Número 229, Julio-Septiembre 1993, Volumen XXV, pp. 136-146.
- ABEL Y FABRÉ, Francesc, *Los Comités de Ética y su función pedagógica*. En: *Quadern CAPS*, Primavera 1993, n° 19, pp. 1926.
- ABEL, P.Elizabeth, *Ethics Committees in Home Health Agencies*. En: *Public Health Nursing*, Dec. 1990, Vol. 7. Number 4, p. 256-9.
- ABRAM, M.B. y WOLF, S.M.: *Public involvement in medical ethics. A Model for Government Action*. The New England Journal of Medicine, 1984; 310: 627-32.
- ARGOS, Lucía, *Experto en bioética buscan los límites a la terapia génica*. Científicos, juristas y filósofos reclaman desde Sevilla un comité nacional de ética. En: *EL PAÍS*, lunes 14 de noviembre de 1994, p. 32.
- ASOCIACIÓN Americana de Hospitales. *Carta de derechos del paciente*. En colectivo: Azucena Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Ed. Triacastella, Madrid, 1999. Pp. 325-328.
- BYK, C., *The European Convention on bioethics*. En: *Journal of Medical Ethics*, March 1993, Volume 19, Number 1, pp. 13-16.
- BYK, Christian - MÉMETEAU, Gérard, *Le Droit des Comités d'Éthique*. Deuxième partie: Les Comités d'Éthique en France, pp. 185-206.¹
- BRUENING, William H. - BROCK, Mary Jo - SCHELLHAUSE, Ellen R., *Educating the Ethics Committee*. En: *Journal of Nursing Staff Development*, Volume 13, Number 1, January-February 1997, pp. 255-259.
- BUXÓ, Xavier, *Comités de ética asistencial. Hospital Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet)*. En: *Labor Hospitalaria*, Número 229, Julio-Septiembre 1993, Volumen XXV, pp. 165-166.

- Circular del Insalud nº. 3/95. *Regulación de los comités de ética en el Insalud (1995)*. En colectivo: Azucena Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Ed. Triacastella, Madrid, 1999. Pp. 339-344.
- Comisión Nacional para la protección de Personas Objeto de la EXPERIMENTACIÓN Biomédica y de la Conducta. *El Informe Bemont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de experimentación*. En colectivo: Azucena Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Ed. Triacastella, Madrid, 1999. Pp. 313- 324..
- Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. France. Ethique et recherche biomédicale. Rapport: 1984-91. París: La Documentation Française, 1985-.
- Comité Consultivo Nacional Francés de Ética para las ciencias de la vida y de la salud. Documentos. *Labor Hospitalaria*, 1988; 20: 218-23, 303-7; 1989; 21: 152-60.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, *Informe (AVIS) nº 29. Informe relativo a los Comités de Ética*. En: *Labor Hospitalaria*, Número 229, Julio-Septiembre 1993, Volumen XXV, pp. 203-204.
- COMITÉ DE ÉTICA, *Comités de ética asistencial. Hospital Arnau de Vilanova (Lleida)*. En: *Labor Hospitalaria*, Número 229, Julio-Septiembre 1993, Volumen XXV, pp. 169-170
- COMITÉ DE ÉTICA, *Reglamento interno del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)*. En: *Labor Hospitalaria*, Número 229, Julio-Septiembre 1993, Volumen XXV, pp. 184-185.
- COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA, *Criterios de muerte cerebral en el niño*. En: *Labor Hospitalaria*, nº 212, Vol. XXI, Abril-Junio 1989, pp. 148-151.
- COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA, *Protocolo de asistencia inmediata al niño con mielomeningocele*. En: *Labor Hospitalaria*, nº 210, Vol. XX, Octubre-Diciembre 1988, pp. 301-303.
- COMITES D'ETHIQUE A TRAVERS LE MONDE: Recherches en cours. *Tième Médecine INSERM*, 1986. *Tième Médecine INSERM*, 1988. *Tième Médecine INSERM*, 1989.
- COMITÉS D'ÉTHIQUE A TRAVERS LE MONDE. Recherches en Cours. Paris: Tierce, INSERM, 1986, 1988, 1989.
- COMITÉS D'ÉTHIQUE A TRAVERS LE MONDE. Recherches en Cours, 1986. Paris: Ed. Tierce, INSERM, 1987, 185 pp.
Se trata de un dossier preparado por Claire Ambroselli del *Comité Consultatif National pour les sciences de la vie et de la santé*, de Francia. Substancialmente recoge los informes de especialistas o directores de institutos de bioética de Holanda, Canadá, Quebec, en concreto, Dinamarca y Francia. De interés en Europa con síntesis muy buenas. Publicación con la contribución de INSERM. El énfasis siempre está en los comités de ética en la investigación sobre sujetos humanos y su protección.
- Comités de Ética Nacionales. Documentos*. Ver artículo de M^a Pilar Núñez-Cubero, en: *LABOR HOSPITALARIA*, Año 45, Julio-Septiembre 1993, Número 229, Vol. XXV, pp. 147-160.
- COMMITTEE ON ETHICS AND MEDICAL-LEGAL AFFAIRS (Minnesota Medical Association), *Institutional Ethics Committee's: Roles, Responsibilities, and Benefits for Physicians*. En: *Minnesota Medicine*, 68 (August 1985): 607-612.
- CONAN, E. y MONGIN, O.: *A quoi servent les comités d'éthique?* *Esprit*, 1988; 144: 55-7.
- CONSELLERIA DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL, *Orden de 26 de octubre de 1992, de acreditación de los comités éticos de investigación clínica*. En: *Labor Hospitalaria*, Número 229, Julio-Septiembre 1993, Volumen XXV, pp. 200-201.

- CONSELLERIA DE SANITAT. GENERALITAT DE CATALUNYA, *Documento de estudio para la acreditación de los Comités de Ética asistencial*. En: *Labor Hospitalaria*, Número 229, Julio-Septiembre 1993, Volumen XXV, pp. 202.
- Consejo de Europa. *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina*.(1997). En colectivo: Azucena Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Ed. Triacastella, Madrid, 1999. Pp.345- 356
- COUCEIRO, Azucena. *Los comités de Ética Asistencial: Origen, composición y método de trabajo*. En colectivo: Azucena Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Ed. Triacastella, Madrid, 1999. Pp. 269- 281.
- Departament de Sanitat i Seguritat Social. *Regulación de los comités de ética en Cataluña (1993)*. En colectivo: Azucena Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Ed. Triacastella, Madrid, 1999. Pp.329-332.
- Departamento de Sanidad. *Regulación de los comités de ética en el País Vasco (1995)*. En colectivo: Azucena Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Ed. Triacastella, Madrid, 1999. Pp.333-337.
- DOWNIE, Robin, *Xenotransplantation*. En: *Journal of Medical Ethics*, Volume 23, Number 4, August 1997, pp. 205-206.
- FLEMING, CM, *The establishment and development of nursing ethics committees*. En: *HEC Forum*, Vol. 9, nº 1, March 1997, pp. 7-19.
- GILLON, Raanan, *Clinical ethics committees—pros and cons*. En: *Journal of Medical Ethics*, Volume 23, Number 4, August 1997, pp. 203-204.
- HERNANDO, Pablo y MONRÁS, Pere. *La puesta en marcha de un comité de ética: la experiencia del Consorcio Hospitalario del Parc Taulí de Sabadell*. En colectivo: Azucena Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Ed. Triacastella, Madrid, 1999. Pp.283-299.
- IGOE, SE and GONÇALVES, SA, *Nursing ethics committees and policy development*. En: *HEC Forum*, Vol. 9, nº 1, March 1997, pp. 20-26.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, *Ethical Issues and Patient Rights*. Across the Continuum of Care. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, 1998. XI-156 pp.
- KLUGE, Eike-Henner, *The roles and functions of hospital-based Ethics Committees*. En: *Canadian Medical Association Journal (CMAJ.JAMC)*, Vol. 154, nº 7, April 1, 1996, pp. 1094-1095.
- LEMONICK, Michael D., *Defining the Right to Die*. En: *Time*, April 5, 1996, p. 82.
- LEWTHWAITE, Barbara, R.N., B.N., Sharon Erickson-Nesmith, R.N./ Needs Assessment for Healthcare Ethics Education (St. Boniface General Hospital - Winnipeg, Manitoba, Canada). En: *HEC Forum*, Vol. 10, nº 1, March 1998, pp. 86-101
- MESLIN, EM; RAYNER, C; LARCHER, V; HOPE, T; SAVULESCU, J, *Hospital ethics committees in the United Kingdom*. En: *HEC Forum*, Vol. 8, nº 5, Oct 1996, pp. 301-315.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos*. En: *Labor Hospitalaria*, Número 229, Julio-Septiembre 1993, Volumen XXV, pp. 185-200.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos*. BOE, 13 de mayo 1993, nº 114: 14346-64.

- MINOGUE, Brendan, *Bioethics. A Committee Approach*. Jones and Bartlett Publishers, Boston, London, Singapore, 1996. XVIII-297 pp.
- SHALIT, Ruth, *When we were philosopher-kings: the rise of the medical ethicist*. En: *New Republic*, v. 24, n. 17 (April 28, 1997):24 (5 pages).
- SCHICK, Ida Critelli, Ph.D., Fache, Sally Moore, B.Sc./ Ethics Committees Identify Four Key Factors for Success. En: *HEC Forum*, Vol. 10, n° 1, March 1998, pp. 75-85
- SELF, Donnie J., Ph.D., Joy D. Skeel, M.Div./ The Moral Reasoning of HEC Members. En: *HEC Forum*, Vol. 10, n° 1, March 1998, pp. 43-54
- SPENCER, Edward M., M.D./ Physician's Conscience and HECs: Friends or Foes? En: *HEC Forum*, Vol. 10, n° 1, March 1998, pp. 34-42.
- SUGARMAN, J. *¿Deben investigar los Comités de Ética de los hospitales?*. The Journal of Clinical Ethics. Volume 5 , Number 2. Verano, 1994.
- WALLACE, Linda S., *Composition, characteristics and identified purposes of hospital ethics committees in Unites States' general medical-surgical hospitals with 200 beds or more: do they favor protection of the institution or...* 1998. VIII-67 pp.
- WEBB, Sally L., M.D., Mary Faith Marshall, Ph.D., Flint Boettcher, Ph.D., Marty Perlmutter, Ph.D./ Refusal of Treatment by an Adolescent: The Deliverances of Different Consciences. En *HEC Forum*, Vol. 10, n° 1, March 1998, pp. 9-23
- WUNSCH, Edward C., *Is the Bioethics Education given Hospital Ethics Committee members during their orientation period adequate for the Committee's purpose?*. Submitted to the Faculty of The School of Education, Spalding University, Louisville, Kentucky, in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Ector of Education, november 22, 1996. UMI Dissertation Services. A Bell & Howell Company, Ann Arbor, Michigan. Printed in 1998 by digital xerographic process on acid-free paper. X-105 pp.
- ZOLOTH-DORFMAN, Laurie, Ph.D., Susan B. Rubin, Ph. D./ Insider Trading: Conscience and Critique in Bioethics. En: *HEC Forum*, Vol. 10, n° 1, March 1998.
-