



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Programa de Maestría y Doctorado en
Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud
Campo de Estudio Principal: Bioética

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios
Análisis de un Caso: Hospital Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T A:
VIOLETA GUADALUPE FERIA COLÍN

PROFESORA TUTORA: DRA. GRACIELA RODRÍGUEZ ORTEGA
COMITÉ DE TESIS: DR. FERNANDO CANO VALLE
DR. JOSÉ SANFILIPPO B.
DR. OCTAVIO MÁRQUEZ
DR. CARLOS VIESCA TREVIÑO

Diciembre 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

*¿Mami... porqué el agua se hace humo o es dura ?
Preguntó mi hijo a los 3 años y medio.
Me turbe, como explicar que la cinética de las moléculas ...,
¿bla ...blá... bla... a un niño tan pequeño?
Hijo eres muy chiquito para entender.
Rápidamente me contesto ¿qué crees que porque soy chiquito
soy tonto.
Gran lección!!!.
Interrogante reflexiva de Iván Farid Nares Feria.*

*Cuándo se piensa que un paciente no comprende lo que se explica
sobre su estado de salud, !insiste! el paciente solo requiere claridad y sencillez*

Violeta Feria.

Agradecimientos.

A mis amados hijos Montse, Iván, Yamil al representar fuerza, amor y compromiso que han otorgado la máxima felicidad al compartir sus luces en mi vida. Gracias.

Con cariño respeto y admiración a mis padres Dr. Mario Feria Mendoza y Victoria Colín de Feria donde quiera que se encuentren por enseñarme la constancia y el amor a la humanidad.

A mis queridos hermanos Mario, Begonia, Victoria, Rocío y Selene por su apoyo fraterno

A mis sobrinos: Mario, Cinthya, Mario Emilio, Danet, Fernanda y Dante por compartir sus experiencias conmigo.

A mi querida tutora la Dra. Graciela Rodríguez Ortega por haber aceptado dirigir mi tesis en una etapa avanzada del proyecto y de la Maestría, con dedicación, apoyo incondicional, e interés en mi superación y sobre todo agradezco su confianza. ¡Gracias Maestra!

Agradecimiento al Dr. Fernando Cano Valle por sus sabios consejos que orientaron esta tesis.

Dr. Carlos Viesca Treviño porque filosofar en clase es lo más cercano al espíritu socrático.

Dr. Horacio García Romero por ser mi guía en la bioética.

Al Dr. en Filosofía Jorge Enrique Linares porque convoca al cambio de características de pensamiento de lo preciso conciso a la reflexión parte esencial para la argumentación.

A la Dra. Dolores Mino por sus enseñanzas invaluables en metodología cuantitativa y cualitativa.

Al Dr. Arnoldo Krauss cuyas clases siempre enaltecen al espíritu.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

A la Dra. Ma de la Luz Casas por sus enseñanzas al compartir sus conocimientos siempre invaluable..

A la Dra. Ma Teresa de la Garza Camino por prestarnos sus ojos de experta en la biopolítica.

A todos mis maestros que convierten a la Maestría en un Programa insuperable y excepcional. Gracias.

A mis compañeros Mtro. Eduardo Bello, Mtro. Marco Polo Martínez y Mtra. Elena Arriaga cuyo dinamismo hizo de la maestría un proceso de excelencia.

Al Posgrado, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud campo de la Bioética, UNAM, por la oportunidad de ser parte de la Maestría en el Campo de la Bioética.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social que me ha brindado la oportunidad de fungir como médica y presidenta del CBH del HGR No 1, al estar en contacto con la derechohabencia y el cuerpo de gobierno.

Al Dr. Miguel Ángel Rincón Ávila, exdirector del HGR No 1, quien tuvo a bien confiarme el desarrollo del Comité de Bioética Hospitalario.

Al Dr. José Navarro Robles exdirector del HGR No 1, cuyo apoyo ha sido invaluable para el CHB en los cimientos de la Bioética en el Hospital y en la Asociación Nacional Mexicana de Cardiología, asociación pionera en incluir la Bioética en el desarrollo de sus capítulos.

Al Dr. José Luis Aranza exdirector del HGR No 1 que otorgó al CBH de certeza al funcionamiento en el HGR No 1.

Al Dr. Carlos Ernesto Castillo Herrera Director del HGR No 1 por su confianza y apoyo.

Al Dr. Normando Cano Manzano, Subdirector del HGR No1, por la solidaridad en las actividades del CBH.

A la Dra. Edith Valdez Martínez quien me convocó a la bioética y me asesora.

Al Comité de Bioética del Hospital General Regional No 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” Instituto Mexicano Seguridad Social conformado por el Dr. Marco Antonio San Martín Uribe, Lic. Magdalena Vilchis Sauballet, Dra. Eva Monroy Ojeda, Lic. Teresa García García, Enf. Gpe. Pérez, Lic. en Enf. Teresa Tavares, Dr. José Martínez Soto, Dr. Javier Solís, Dr. Carlos Solís Pérez, Dra. Guadalupe Pérez Muñoz, TS. Sara Morales, Sr. Gerardo Rivera, y a todo el equipo de salud y al cuerpo de gobierno por su confianza y colaboración en las experiencias del desarrollo en la Bioética en nuestra unidad.

A mis pacientes, sabios en el silencio de su enfermedad y vulnerados en la salud, con respeto y amor, son los que me estimularon para buscar caminos y poder desarrollar con mayor

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

eficacia el servicio de la atención médica y de la bioética, iniciando un nuevo camino al concluir esta tesis para seguir en la atención.

Al personal del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud por facilitar el desarrollo de nuestras actividades académicas.

A mi Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma mater, lugar donde me formé como Médica, como Especialista, y hoy como Maestra en Ciencias, dónde desde hace 39 años funjo como profesora en la Fac. de medicina y es el sitio en el que la libertad del conocimiento se convierte en placer e invitación a la nuevos proyecto.

Al Gran Arquitecto del Universo que me ha dado la oportunidad de caminar por la docencia, la asistencia e investigación y de rodearme de todas las personas más idóneas e para impulsarme en mi sueño.

GRACIAS

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU”.

Violeta Gpe. Feria Colín.

Resumen

La siguiente investigación se llevó a cabo en el Hospital General Regional Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro.

Se utilizó el método de *un caso único*, inductivo, con un análisis descriptivo y con un corte transversal.

A los Comités de Bioética Hospitalarios les compete analizar el dilema en el marco de los derechos humanos en que se encuentra inmerso el paciente, para establecer el ámbito del conflicto de valores, si es bioético, médico, legal, social, psicológico así como las circunstancias que lo rodean, para proporcionar una óptima argumentación.

Se analizaron diferentes Comités en otros países y las propias circunstancias, se estableció el diagnóstico de problemas externos al comité que influyen en su trabajo, siendo en realidad otro conflicto de valores que debe ser aclarado, legislado y cumplido por las instituciones, si se pretende que se cumpla en beneficio del paciente y del equipo de salud.

En los hospitales son necesarios ante una medicina con herramientas biotecnológicas al plantear situaciones con disyuntiva frecuentemente poco agradables en la toma de decisiones (paciente y del equipo de salud).

El conflicto de valores en donde se encuentra inmerso el paciente se consideran dos niveles, un micronivel: que corresponde al paciente, su estado de salud basado en evidencias médicas de acuerdo a sus principios como son: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, vulnerabilidad, responsabilidad, etc. que corresponde al micronivel. El macronivel corresponde a la interrelación con la red de apoyo (familia y amigos), equipo de salud y la sociedad. los cuales en algunas ocasiones tendrán que tomar decisiones en el caso de pérdida parcial o total de la autonomía.

Es importante que el director, el cuerpo de gobierno, el equipo de salud y el comité de bioética hospitalario se relacionen con respeto y armonía. Se recomienda que el presidente y el secretario del Comité se conserven autónomos, de tal modo que el director y el cuerpo de gobierno no participen en las recomendaciones del Comité de Bioética. Al mismo tiempo Los Comités de Bioética Hospitalario participen en el Comité de Calidad.

La presencia de un experto en bioética en el comité o como asesor externo, puede dirigir la educación en este tema, de los miembros del comité al mismo tiempo que se lleva a cabo la comunicación de una cultura bioética.

Abstract

The following investigation was performed at Hospital General Regional Dr. Carlos Mac Gregor Sanchez Navarro. For that purpose, *a single case*, the inductive method with a descriptive analysis and transversal cut was used.

The hospital committee of bioethics according to dilemma and human rights must clarify the ambit specific interaction in each clinical case according to conflict values surrounding bioethical, medical, psychological, legal or social circumstances, for proportion mostly good argumentation.

In this paper we analyzed different committees and their peculiar circumstances. External problems in common to all these committees could be found. These results represent an obstacle to the proper development of each committee, thus a clear legislation is required by the different institutions that are in favor of the benefit of the patient as well as the health team.

This kind of committees is necessary due to the new biotechnological tools which not always represent harmful decisions for the patient as well as for the health team.

With reference to clinical cases we consider two different levels, e.g. micro and macro levels. The patient and his health based on evidences in medicine according to his principles such as autonomy, beneficence, non maleficence, justice, liberty, vulnerability, responsibility, etc., correspond to the micro level. On the other hand, to the macro level includes the family, friends, as well as the social networks which in many cases will be in charge of the decision taking when the patient loses his autonomy.

It is important that the director of the hospital and his health team keep a harmonic relationship with the bioethics committee. It is recommended that the president as well as the secretary of this committee keep autonomous. In that way the director and his health team will not participate in the recommendations of the bioethics committee. At the same time, the bioethics committee participates with the quality assurance committee.

The presence of an internal or external expert in bioethics, who is an important leader, will be in charge of the education of the members of this committee. At the same time, the health team will transmit this culture in bioethics to the rest of the personnel in the hospital.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1 Antecedentes 7
- 1.2 Informes históricos de los comités de bioética hospitalarios 12
- 1.3 El derecho en el proceso bioético 13
- 1.4 Aportaciones biotecnológicas, médicas y sociales 18
- 1.5 Fundamentos filosóficos.....21
- 1.6 Teorías éticas...21
- 1.7 Aspectos fundamentales de la bioética.....25
- 1.8 Panorama actual de los CHB. 28
- 1.9 Razón de ser de los CHB 33
- 1.10 Funcionamiento actual organizacional de los CBH 35
- 1.11 Las funciones del CBH 40
- 1.12 Qué se espera de los CBH en los países de Iberoamérica 41

2. MÉTODO

- 2.1 Planteamiento del problema 43
- 2.2 Justificación 43
- 2.3 Objetivo general 44
- 2.4 Objetivos particulares 44
- 2.5 Tipo de diseño 46
- 2.6 Participantes 46
- 2.7 Definición de variables 47

3. RESULTADOS

- 3.1 Contexto de paciente 48
- 3.2 Intervención en un Hospital General Regional, de 2º y 3er nivel en México IMSS 50
- 3.3 Funciones del CBH del HGR No 1 Dr. Carlos Mac. Gregor Sánchez Navarro 51
- 3.4 Las recomendaciones en el Comité de Bioética Hospitalario del HGR No 1 53
- 3.5 Propuesta al abordar un caso dilemático en el HGR No I y emitir recomendaciones 53
- 3.6 Tres casos prácticos 57

4. CONCLUSIONES 65

5. REFERENCIAS 72

6. ANEXOS

7.1 Anexo 1. Juramento Hipocrático

7.2 Anexo 2. *Código de Nuremberg*

7.3 Anexo 3. Carta Internacional de los Derechos Humanos

7.4 Anexo 4. Consejo de Europa Convenio de Asturias de Bioética Oviedo

7.5 Anexo 5. Reporte Belmont

7.6 Anexo 6. Declaraciones de Ginebra

7.7 Anexo 7. Declaración de Ginebra de 1948. Juramento Hipocrático Siglo V A. C.

7.8 Anexo 8. Declaración de Helsinki.

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

La Bioética y los Comités Hospitalarios de Bioética tema más que controvertido en la actualidad.

Presentaré las razones para explorar este tema, a partir de mis propias experiencias en una institución hospitalaria estatal; así como el panorama actual del *status quo* de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB, en adelante) a nivel institucional, en los organigramas correspondientes, organizacional, operativo, administrativo y, sobre todo, el aspecto ético/moral de la actuación médica en los nosocomios, laboratorios clínicos, laboratorios farmacológicos, etc., todo aquello relacionado con el quehacer paciente/médico dentro de ese marco, los CHB.

Por supuesto, partiremos de lo propuesto por Van Rensselaer Potter¹ (1911-2001) en cuanto al término que acuñara en *Bridge to the Future* (1971): con los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, y los que se incorporaran por los bioeticistas latinoamericanos², los principios de responsabilidad, cuidado, solidaridad, voluntarismo y tolerancia. Y lo que se ha llamado las “4 P”, prudencia con el desconocido, prevención de posibles daños e iatrogenias, precaución frente al uso de las nuevas tecnologías y protección de los excluidos sociales, frágiles y vulnerables y con el equilibrio ambiental y mundial del siglo XXI; además del principio de la confidencialidad, el principio de responsabilidad y el principio precautorio.

Potter fue el primer autor que, en los Estados Unidos, utilizó el vocablo *bioética*, combinación que ya antes, en 1927, había acuñado Fritz Jahr, quien usó la combinación *Bio-*

¹ Van Rensselaer Potter nació el 27 de agosto de 1911 y falleció el 6 de septiembre de 2001. Destacado bioquímico estadounidense, que ostentó el cargo de Profesor de Oncología en el McArdle Laboratory for Cancer Research, de la Universidad de Wisconsin-Madison, durante más de 50 años. Se le considera el acuñador del término Bioética, un derivado de la unión de dos palabras griegas, *bios*—vida— y *ethos* —carácter, ética—. Esta paternidad se le atribuye porque la primera vez que apareció el término Bioética en una publicación fue en un artículo suyo de 1970, titulado «Bioethics: The science of survival» —Bioética: La ciencia de la supervivencia. En su libro de 1971 *Bioethics: Bridge to the future —Bioética: Puente hacia el futuro—* vuelve a aparecer, confirmando su paternidad.

² Garrafa Volnei. De una “Bioética de principios” a una “Bioética Interventiva” crítica y socialmente comprometida. Rev Argentina de Cirugía Cardiovascular. Vol. III - N° 2 / Junio - Julio - Agosto 2005, p. 3-6.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Ethik (unión de los vocablos griegos *bios*, "vida", y *ethos*, "comportamiento") en un artículo sobre la relación entre el ser humano y las plantas y los animales.

En un artículo publicado por Potter en 1970 -"*Bioethics: The science of survival*" (*Bioética: La ciencia de la supervivencia*)- usó él también esa combinación de vocablos y, en su libro de 1971 *Bioethics: Bridge to the Future* (*La Bioética: Un puente hacia el futuro*)- la confirmó. Su propuesta era crear una disciplina que integrara la biología, la ecología, la medicina y los valores humanos. Usó una sugerente imagen para unir ambos campos (la ética y la biología), hablando de la creación de puentes que permitan al hombre sobrevivir ante las amenazas -sobre todo ambientales- que implica el progreso técnico. Para acentuar éste del término, acuñó también la expresión *bioética* sentido ecológico global (1988).

Más adelante, exploraremos la razón de ser de los CHB y su devenir contemporáneo, y cuál es su funcionamiento organizacional, para terminar con la exposición de tres casos personales paradigmáticos.

Se planteará en el resumen final de las recomendaciones y respuestas que han surgido en mi propio quehacer médico.

En 2003, el Director de la Unidad Hospitalaria, me solicitó conformar el Comité Hospitalario de Bioética. La orden del día de la siguiente reunión se refirió a características del comité y su conformación, se recomendó la lectura del capítulo de Abel, F. Los Comités de ética en Bioética³.

Los jefes de servicio no contaban con un tiempo para dedicarlo a el Comité Hospitalario de Bioética, la segunda observación es que la reflexión y análisis de temas sobre los derechos humanos no eran importantes; la tercera el participar en actividades que no se encontraran en la norma no era trascendental y la última: exceso de trabajo de las jefaturas, quizás conocían el tema pero no concitaba mayor interés.

Ante esta situación crítica se convocó a integrantes del hospital, altruistas y con perspectivas sobre la Bioética, encontrando a 10 personas, grupo que en su gran mayoría continúan activos hasta la fecha, 60% del Comité original.

El comité pidió apoyo a la Academia Nacional Mexicana de Bioética, ANMB, que además de asesoría, impartió un diplomado para Comités, además de contar con el aval en los

³ Abel, F. Los Comités de ética en bioética. Azucena Coiceoro ed. Bioética para Clínicos. Madrid, Triacastela, 2001.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Seminarios organizados en el HGR No 2, Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS. A la fecha han ingresado a la ANMB, un número de 22 integrantes del Hospital, entre ellos médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, asistentes médicas. Integrantes del CHB de este hospital colaboran en las actividades propias de la academia.

El CHB del HGR No 1 llevó a cabo talleres sobre temas como el consentimiento informado. Con asesorías diversas se formalizó una propuesta de *carta de consentimiento informado*.

Se dio origen dentro del propio CHB a un Código de Ética y a un Decálogo del equipo de Salud del hospital y estamos en espera de se apruebe.

Para el análisis de casos con dilema bioético se documentó con diferentes metodologías y se solicitó a la Coordinación de Bioética de la UNAM un asesor, mismo que trabajó con nosotros por un año, 2008, en diversas acciones.

Se han realizado 5 Seminarios nacionales de Bioética con la participación de un promedio de 34 profesores en cada uno, de formación plural interinstitucional y extra institucional, con un promedio de 70 asistentes en cada curso, revisando temas de interés para propios y externos. Se ha participado en 4 libros. En el último, se coordinó el capítulo Bioética de la Asociación Nacional de Cardiología en México, ANCAM. A un miembro del CHB se le invitó a constituir el Capítulo de Bioética, en una asociación de especialidad.

Se han realizado encuestas sobre la cultura bioética en 2008 en el área metropolitana y en 2010 sobre tópicos de homosexualidad, contaminación a nivel nacional. Estos reportes se encuentran en prensa.

A pesar del entusiasmo del Comité y apoyo verbal del directivo en turno, hemos encontrado resistencias múltiples entre los jefes de servicio, e inclusive autoridades de alto nivel, que ven al CHB como una necesidad para que el Hospital sea recertificado, o ante una amenaza de demanda; pero como una molestia ante la posibilidad de que otros conozcan los problemas en los que se encuentra inmerso el equipo de salud. Otro problema que se necesita insistir hasta que se consiga el reconocimiento de las autoridades locales, institucionales y en México, de una genuina preparación sobre los derechos humanos universales, y la necesidad de aceptar el beneficio de una asesoría por un grupo plural, CHB, en una labor tan valiosa y apta para evitar conflictos en las unidades médicas.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Los Comités Hospitalarios de Bioética no nacieron de facto en otros países, como en España; no surgen de manera espontánea, sino que su puesta en marcha y funcionamiento ha pasado a considerarse ya un criterio de calidad en la gestión de las instituciones sanitarias, sobre todo en los grandes hospitales y centros de referencia, como lo señala Miguel Moreno Muñiz, miembro del Comité de Ética Clínica del Hospital de Murcia.⁴

En el Sistema Nacional de Salud en México, la Comisión Nacional de Bioética como organismo normativo en el 2005, primera etapa de organización y regulación de los Comités⁵, se ha regularizado la normatividad para los Comités de Ética en la Investigación; quedando rezagados los CHB, se ha obtenido la aprobación para los Comités Hospitalarios de Bioética y se ha creado un Manual de Normatividad para los Comités Hospitalarios de Bioética⁶ en enero 2010, apegado a las Guías emitidas por la UNESCO; sin embargo, aún carece de una ubicación en el organigrama institucional y la descripción de su operatividad, tarea que el Consejo de Salud ha aceptado como necesario y tarea prioritaria. Mientras tanto, el recurso del CHB sigue sufriendo la poca claridad y definición para su competencia,

⁴ Entrevista o comunicación personal del Dr. Miguel Moreno Muñiz, Miembro del Comité de Ética Clínica del Hospital del Murcia, con la Dra. Dafna Feinholz. Nov 2008

⁵ II. CONTENIDO DE LA INICIATIVA de LEY

La Iniciativa que origina el presente dictamen tiene la finalidad de que los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del Sistema Nacional de Salud, cuenten con los siguientes comités:

I. Un comité hospitalario de bioética que será responsable del análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto de los problemas o dilemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica, la atención médica, o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanente de sus miembros y del personal del establecimiento, y

E. La existencia de normas jurídicas que regulen el que hacer de las profesiones de la salud, del funcionamiento de los centros hospitalarios, así como la capacidad técnica y científica de estos, para contribuir a la certificación y alta calificación profesional y deontológico de los médicos y científicos que en nuestro país trabajan en los diversos centros de investigación y docencia, así como de asistencia, deben formar parte de las normas que propicien la generación de comités internos de ética que aseguren el pluralismo, la confrontación de opiniones, el logro y avance de la ciencia, sin intereses y motivaciones ideológicas, económicas y religiosas.

F. Por lo anterior, la adición de un artículo 41 Bis constituye que en cada establecimiento del Sistema Nacional de Salud, exista un comité hospitalario de bioética y un comité de ética en la investigación.

El primero de ellos será responsable del análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones sobre los problemas o dilemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica, la atención médica o en la docencia; así como en la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales; de igual forma promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento.

PDF] Creación de Comités de bioética; 2005. 289k - Adobe PDF - Ver como html ... hospitalaria", generalmente creados a nivel local; y 4) "comités de ética en ... que justifican y fomentan el interés en la creación de comités de bioética: ...reeme.arizona.edu/materials/Creacion de Comites de Bioeti...

⁶ Comisión Nacional de Bioética, enero 2010

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

constituyéndose en un vacío legal, exigencia pero sin especificar para qué y darle la importancia que debe desde los directivos hacia el equipo de salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁷, los Comités Locales de Ética Clínica (CLEC) o Comités de Bioética Hospitalaria (CBH) son instalados en el 2005, como órganos asesores en las unidades médicas, tanto para el paciente como para el cuerpo de gobierno y/o cualquier integrante del equipo de salud que solicite su recomendación; sin embargo, la rapidez por cumplir con el compromiso político se reflejó en situaciones muy delicadas para los Comités Hospitalarios de Bioética que carecen de una ubicación clara que se manifiesta por la falta de una Coordinación Nacional, quedando cada CHB en la unidad en forma altruista y con tendencia a ser ignorada, de no ser por la insistencia y presencia de los miembros del comité, recurso poco valorado.

Los comités solicitan mayor atención por parte de la CNB para aprovechar la experiencia de los CHB que están trabajando y de otros que ya tienen más de 30 años como el Instituto de Neurología, el CHB del Hospital Juárez Centro, por citar algunos. Es indispensable favorecer una Coordinación de Comités Hospitalarios Institucionales en Bioética para fortalecer las actividades de los CHB.

Este trabajo es esencial para conocer el ámbito de competencia de un Comité Hospitalario de Bioética, su aprovechamiento y la posibilidad de realizar funciones de la manera digna y comprometida en su quehacer.

El médico reflexivo, en diversas circunstancias, se enfrenta con gran frecuencia ante conflictos de valores del paciente o personales que requieren de argumentos para los desafíos ante los avances tecnocientíficos en el proceso de la vida, enfermedad y en torno a la muerte, el qué hacer y cómo actuar y cuándo el hacer se convierte en un exceso, para evitar comportamientos inadecuados, egoístas, por ej. en el caso de terminalidad de la vida y la eutanasia.

El conocimiento médico, adquirido por el aprendizaje y el ejercicio de la práctica clínica ha transitado de lo que es moralmente bueno hacia la virtud, voluntad que busca el bienestar del paciente, la beneficencia y la no maleficencia. Es ahí, en ese momento en el que “la

⁷ Instalación de Comités Locales Ética Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social en México 2005.

medicina procura ser al mismo tiempo digna, moderada, sensible, sostenible y equitativa y se debe reflexionar constantemente sobre sus fines”.⁸

Para algunos médicos, el ejercicio de la reflexión no es un hábito cotidiano, ya que en la actualidad la característica es el sentido pragmático y la utilidad económica. Sin embargo, el exhorto a la reflexión es la condición necesaria para poner a la ciencia al servicio de la sociedad.⁹

1.2 Informes históricos de los comités de bioética hospitalarios¹⁰.

La toma de decisiones éticas es una labor complicada¹¹, la presunta neutralidad en las acciones tecno-científicas para obtener una evaluación crítica, que responda a la interrogante sobre qué proyecto busca la humanidad para el futuro.

Para contestar esta pregunta se necesitan decisiones humanas apoyadas en la evidencia empírica, principios valores y en la opción que se toma en lo individual y en lo social; en el tipo de sociedad que es parte, en los principios basados en los derechos humanos irrenunciables, objetivo que se vislumbra a través de ciertas posibilidades.

Esta fue la preocupación de V.R. Potter¹², en la “Bioética: puente hacia el futuro”, una “reconciliación” entre dos culturas¹³, la científica y la literaria, para construir una <ciencia de

⁸ Misión de algunas Instituciones como la Fundación Víctor Grífols i Lucas que promueve el estudio de la Bioética en el ámbito de las ciencias de la vida y la salud. <http://www.fundaciogrifols.org/>

⁹ Lozano J. Félix, Siurana Juan Carlos LAS Comisiones Éticas como Mecanismo de Integración de la Ética en las Organizaciones. Fundación ÉTNOR. Papeles de Ética, Economía y Dirección, nº 5, 2000, p.1

¹⁰En 1991, La División de los Derechos Humanos, la Democracia, la Paz y la Tolerancia de la UNESCO, recomienda Que los Comités Hospitalarios constituyen la respuesta a los problemas de bioética (Asistencia Médica)(2) de Ética.

¹¹ Rillo Arturo G. 2006; 142(3); 253-260 Considerando la tradición médica se recuperan los conceptos de *phýsis* y *téchnè* como elementos de los que surge el arte de la medicina. Se analiza su estructura mediante el saber y hacer médico circunscritos a un acompañamiento del ser humano por el mundo de la vida y, la situación-límite del paciente permite recuperar el consejo médico.

¹²Potter. “Desde el comienzo, he considerado a la bioética como el nombre de una nueva disciplina que cambiaría el conocimiento y la reflexión. La bioética debería ser vista como un enfoque cibernético de la búsqueda continua de la sabiduría, la que yo he definido como el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y para mejorar la condición humana . En conclusión les pido que piensen en la bioética como una nueva ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural y que intensifica el sentido de la humanidad”

¹³ La revolución naturalista: febrero 2008

En las últimas dos ediciones de *Beyond belief*, en la universidad californiana de La Jolla, Churchland trató.... Snow, C.P., *Las dos culturas y un segundo enfoque*, Alianza editorial, Madrid, 1977 .Charlie Rose is back on the

supervivencia> a la altura de los conocimientos actuales capaz de evitar la autodestrucción y abrir el futuro.

1.3 El derecho en el proceso bioético

El desarrollo de la biotecnología médica asociada a cambios socioculturales y económicos – bajo el amparo de los Derechos Humanos (DDHH), marcados por la pluralidad de los valores en el suministro de la salud da cabida a dilemas éticos en el proceso de la atención médica y se convierten en un acto de respeto y dignidad para el enfermo, la familia y el equipo de salud.

El contar con un CBH, que analice de manera sencilla y responsable una situación dilemática para emitir una recomendación fortalecida en su argumentación es una necesidad en cada unidad médica,¹⁴ y poder proyectar las competencias al futuro, a través de circunstancias paradigmáticas y su expansión en el transcurso del tiempo.¹⁵

A continuación se presenta en orden cronológico algunas acciones bioéticas desde 1911 hasta la este momento, que han sido resueltas con Decisiones judiciales y normativas en la construcción de la Bioética (véase Tabla 1) y en algunas situaciones de carácter social, biotecnológicas y/o médicos que han resultado ser situaciones paradigmáticas, Tabla 2.

Fecha	Aportaciones en el derecho
1911	Caso de Mary Berry Gamble. Scholendorff ¹⁶ demanda al Hospital por haber actuado contra su voluntad, insistiendo que no había dado su consentimiento.
20-VIII- 1947. VIII- 1945 y X-	El Código de Núremberg ¹⁷ recoge principios orientativos de la experimentación médica en seres humanos pues no existían leyes que categorizaran de legales o ilegales

brain - Heidi Tan from the Charlie Rose *show* sent me an announcement about a recent ...
www.revolucionnaturalista.com/2008_02_01_archive.html

¹⁴ (Coiceoro,1999

¹⁵, (Hottois 1990. trad. 1991).

¹⁶Mary Berry Gamble recordada habitualmente por el apellido de su segundo esposo, Scholendorff trabajaba como profesora en San Francisco cuando el gran terremoto de abril de 1906 la decidió a mudarse a Nueva York donde vivía su hijo.

Meses más tarde, en enero de 1907 ingresa en el Hospital de Nueva York para estudio y tratamiento de un malestar digestivo.

The World of Benjamin Cardozo: Personal Values and the Judicial Process

By Richard Polenberg Harvard University Press, 1999

ISBN 0674960521, 9780674960527

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

1946	los experimentos. El Consentimiento Consciente resulto ser la plataforma de la autonomía. Comité de Ética
Diciembre 10,1948 (París)	La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH). ¹⁸ La Carta Internacional de los DD HH: libertad, garantía de una vida digna, irrevocables, inalienables, intransmisibles e irrenunciables, atemporales e independientes del contexto social e histórica.
II Concilio Vaticano 1959 –65, (Alberigo2005)	La Iglesia indica: la <i>comprensión de la persona y su dignidad</i> en el “ <i>personalismo Cristológico</i> ”. La sexualidad y el amor humano (la complementariedad de los sexos, el sentido esponsal del cuerpo, etc.); reflexión con fundamento metafísico en la visión ontológica de Santo Tomás de Aquino, apoyo la visión de unidad/totalidad de la persona humana. El <i>personalismo ético polaco</i> ¹⁹ , la realización de la persona en el don de sí, en el amor entendido como donación de sí al prójimo, <i>Ágape</i> .
Finales de los años 60. 1968	El origen de los CBA se remonta a la revista <i>JAMA</i> pública un informe de la Universidad de Harvard sobre la muerte cerebral. Este informe es el Origen de los comités en los hospitales para decidir cuándo se dan las condiciones de muerte y las posibilidades éticas y legales de desconexión de la respiración asistida a los pacientes.
12-VII-1974	Reporte Belmont ²⁰ Principios Éticos Y Directrices Para La Protección De Sujetos Humanos De Investigación Biomédica y de Comportamiento. El Decreto Sobre Investigación Nacional se convirtió en la Ley Pública 93348. Los "principios éticos básicos" son la ética de investigaciones que incluyen sujetos humanos: los <i>principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia</i> .
1974	Se funda el Comité de Orientación Familiar y Terapéutica del Hospital de Sant Joan de Déu en Barcelona, 1er CEA de Europa, con la preocupación de proteger los derechos de los pacientes y del personal sanitario y la salvaguarda de la identidad del hospital (Abel, 1997).
1976	El Tribunal Supremo de New Jersey, en el caso de Karen Ann Quinlan, dictamina autorizar a los padres adoptivos desconectar a la paciente de la respiración asistida, si

¹⁷ Anexo 2. Código de Núremberg.

¹⁸ Carta de los DDHH Anexo 3

¹⁹ La contribución de la Iglesia Católica al desarrollo de la Bioética

En este artículo se muestra que la Iglesia Católica ha hecho importantes aportes ... a partir del Concilio Vaticano II, que desarrolla un "personalismo cristológico" ...
escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica16/Contribucion.html

²⁰ Reporte Belmont Anexo 4: Principios Éticos Y Directrices Para La Protección De Sujetos Humanos De Investigación Biomédica y de Comportamiento. El Decreto Sobre Investigación Nacional se convirtió en ley el 12 de Julio de 1974 (Ley Pública 93348), Determinó los principios éticos básicos que deben regir la investigación biomédica y de comportamiento que incluya sujetos humanos y desarrollar las directrices a seguir para garantizar que tal investigación se lleve a cabo. Los "principios éticos básicos" son tres apropiados a la ética de investigaciones que incluyen sujetos humanos: los *principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia*.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

	el comité de ética del hospital en el que está ingresada declara que el pronóstico de irreversibilidad de vida cognitiva es correcto.
1978	Creación de Comités Nacionales y Supranacionales ²¹ . Dilemas en fecundación asistida y transferencia de embriones. Comité de Ética
1983	Intervención presidencial a la Comisión (J. Carter) <i>President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research</i> recomienda crear comités en los hospitales para tomar decisiones éticamente correctas en los casos de pacientes incapaces mentalmente, inconscientes y en recién nacidos gravemente enfermos. El objetivo es contar con personas imparciales que ayuden a tomar decisiones en situaciones de conflicto (R. Regan)
1985 Mallma Soto J. C.	“Baby M” ocurrió cuando el matrimonio Stern contrató a Mary Whithead, la gestación de un niño, producto de una inseminación artificial con semen del señor Stern. El contrato establecía el compromiso, por parte de la madre portadora, de no crear una relación materno-filial con el bebe, y la obligación de abortar si de los test de amniocentesis surgía que el feto presentaba anomalías. La contraprestación ofrecida era de U\$S 10.000. El juez de New Jersey, en primera instancia, entregó la custodia de la niña al matrimonio Stern y determinó que el contrato era válido. Esta sentencia fue apelada por la madre subrogada y el tribunal supremo del estado revocó el fallo declarando la nulidad del contrato, aunque, mantuvo la tenencia a favor de los Stern alegando razones en virtud de las cuales estos podían proporcionar un hogar con mejores condiciones socio-económicas para Baby M. Luego de diez años, la Corte reconoció a Mary como madre biológica y se le concedió un derecho de visita.
1989	En Inglaterra. Caso de Tony Bland El juez de la alta corte dijo: Tony Bland no tiene sentimientos ni conciencia ni perciben información alrededor. Para sus padres y su familia él está muerto. Dilemas que el plantea: “ha quedado abierto el camino para la limpieza enfermos molestos” y “empezamos a bajar por la resbaladiza cuerda de la eutanasia generalizada” Concordaron que la mera continuación de la vida biológica, en ausencia de conciencia, no constituye un bien por sí mismo.
1994 Mallma	Un matrimonio japonés al que por edad y problemas de salud se les había negado la posibilidad de adoptar un niño, contrató el vientre de una mujer norteamericana para gestar un embrión concebido <i>in vitro</i> producto del óvulo de una donante y del esperma del marido contratante. La legislación nipona prohíbe este tipo de prácticas y, por ello, el esperma debió viajar desde Tokio a San Francisco donde fueron fertilizados 17 óvulos donados por una estudiante norteamericana para ser transferidos a una mujer de 30 años. Los costos por la aplicación de esta técnica ascendieron aproximadamente a 80.000 dólares.
1996 Mallma	“Maternidad póstuma”, caso de Julie Garber, una joven estadounidense que en 1995 y, a raíz de la detección de un cáncer, congeló sus óvulos para inseminarlos con esperma

²¹ Guía No 1. para Comités de Bioética. UNESCO

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

	<p>de un donante anónimo, a los efectos de preservar una futura maternidad que podría resultar dañada; pero en 1996 falleció dejando expreso en su testamento, que dichos embriones fueran implantados en el vientre de alguna mujer; la elegida por los padres de la causante fue la Sra. Velloff. La polémica judicial instaló en la circunstancia de que, dos meses antes la Corte de Apelación del Estado de California había declarado que los embriones, así como el espermatozoides y los óvulos, no eran bienes asimilables a un trozo de tierra, un cheque u otros bienes; estableciendo, la indisponibilidad por vía testamentaria. La Psicología moderna se cuestiona los efectos en un niño el saberse hijo de una madre muerta antes de engendrarlo.</p>
<p>17 de febrero de 2000</p>	<p>Una jueza del tribunal Civil de Roma²² autorizó a una pareja a utilizar los servicios de una madre de alquiler, debido a que la mujer por malformación en el aparato reproductor no podía llevar adelante un embarazo, aunque producía ovocitos. En 1995 la pareja mediante procedió a congelar sus embriones, y una amiga se ofreció a cumplir este cometido en 1999. La Federación de Médicos Italianos, autorizó para que los embriones sean implantados en la madre sustituta. El fallo a la petición aduciendo que la intervención se llevaba a cabo “por amor y no por dinero” y porque los embriones ya hacían cuatro años que estaban congelados. Además indicó que la mujer que subroga el útero no procediera a no reconocer al bebe y de este modo los padres genéticos lo adoptarlo.</p>
<p>2004</p>	<p>El caso Ashley²³. Situación de padres estadounidenses cuya hija discapacitada por encefalopatía, es sometida a un tx médico-quirúrgico, con el fin de mantenerla para siempre como una niña. La pequeña cursa con ausencia de funciones neurológicas (no puede caminar, ni hablar, ni mantener su cabeza erguida, ni tragar), con edad mental que no supera los tres meses y sometida a histerectomía completa, mastectomía y apendicetomía y tratamiento hormonal para frenar el crecimiento. Hace tres años sus padres decidieron iniciar un tratamiento para impedir que Ashley continúe creciendo: se realizó histerectomía, mastectomía y le dieron hormonas para evitar su crecimiento”. Preguntas acerca del tipo del consenso establecido por los médicos, al dejar a los padres en la toma de decisiones</p>
<p>31- 03- 2005</p>	<p>Terri Schiavo (<i>Burt, JD R. 2006</i>) mujer estadounidense en estado vegetativo irreversible debido a un ataque cardíaco -provocado por una bulimia grave y una falta de proteína en la dieta, viva gracias a una máquina que le suministraba alimentación intravenosa. Tras pasar 15 años en estado vegetativo fue desconectada por sus médicos cumpliendo una orden judicial, y tras una fuerte discusión sobre valores fundamentales y sobre temas como la eutanasia, la bioética, tutela legal, federalismo, y los derechos civiles</p>

²² García Rubio, Mari Paz. La experiencia jurídica italiana en materia de fecundación asistida.

Consideraciones respecto del derecho civil español Rev. Tapia, año VII, N 36. Octubre 1987, Pág. 73

²³ Losoviz A. I. trabajo leído por su autora el día 20 de abril de 2007 en 23º Congreso Argentino de Psiquiatría A.P.S.A. 19 al 22 de abril de 2007 - Mar del Plata, Argentina

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

2009	En Italia, La Iglesia – Estado una vez aprobada la eutanasia emiten un comunicado para evitar la muerte de una paciente, pero llega tarde ya se había ejercido la eutanasia.
Marzo 2009	“Ley para permitir la muerte con dignidad” además de Oregón en la Unión Americana, se expande a un segundo estado, Washington EE.UU. ²⁴
Noviembre 6, 2009	<p>El presidente Barack Obama calificó de “falsa” la elección entre seguridad y respeto por los DDHH. Dictó tres órdenes ejecutivas que ponen fin a algunas de las políticas más polémicas de la “guerra contra el terror” emprendida por el anterior gobierno. HRW comenta un doble discurso.</p> <p>Enero 2010. July 8, 2009 Effective Date of New OHRP Institutional Review Board Registration Requirements Approaching/ On July 14, 2009, the new Department of Health and Human Services (HHS) and Food and Drug Administration (FDA) regulations requiring registration of institutional review boards (IRBs) that were published in the <i>Federal Register</i> on January 15, 2009 (74 FR 2399 and 74 FR 2358) will go into effect. The Office for Human Research Protections' (OHRP's) IRB registration system will be compatible with the requirements of both the HHS and FDA regulations</p>

Tabla 1 Decisiones judiciales y normativas en la construcción de la Bioética

La sociedad demanda ante los conflictos de valores que vulneran los derechos humanos fundamentales como de libertad, sobre la garantía de una vida digna, con carácter de irrevocables, inalienables, intransmisibles e irrenunciables, atemporales e independientes del contexto social e histórico. La sociedad, ya sea el paciente, la red de apoyo, el área médica, los representantes de las instituciones y las normas generales, individuales, nacionales e internacionales han permitido encontrar que los derechos se centran en libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna.

La sociedad busca un modelo de carácter preventivo, para proteger a los seres humanos y al entorno frente a los riesgos inseguros resultantes de la acción del hombre frente a los avances tecnocientíficos, evaluar el riesgo, favorecer el principio precautorio²⁵ ante la

²⁴ Centro de Ética David Hume: El *suicidio asistido*

El *suicidio asistido*. El estado de Washington aceptó el 5 de marzo pasado. Las leyes de estos dos estados de la Unión Americana descriminalizan esa ayuda centro davidhume.blogspot.com/.../el-suicidio-asistido.html

²⁵ Principio Precautorio La tecnociencia es un bien, pero con ella existe la aparición de riesgos cada vez más imprevisibles, inciertos, e incuantificables pero posiblemente catastróficos (organismos genéticamente modificados, cambio climático etc.) que han impulsado a la sociedad un modelo de carácter preventivo, para proteger a los seres humanos y al entorno frente a los riesgos inciertos resultantes de la acción del hombre.

aparición de riesgos cada vez más imprevisibles, inciertos, e incuantificables pero posiblemente catastróficos (organismos genéticamente modificados, información genómica, etcétera).

1.4 Aportaciones biotecnológicas, médicas y sociales

El progreso de la ciencia médica, la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas unido a la escasez de recursos para satisfacerlas, han producido un cambio radical que obliga a pensar de nuevo si se entiende la medicina en sus justos términos (*Campos 2006*) (Véase la Tabla 2).

Fecha	Aportaciones biotecnológicas, médicas y sociales
1960	Comité de diálisis incompleto por la falta de una persona entrenada en el análisis ético.
1970	Se crea el primer comité de ética asistencial
1971	Se evidencia la necesidad de un comité de ética asistencial para pacientes terminales.
1974	Origen del comité de ética actual
1980	Toma de decisiones en pacientes incapaces mentales, inconscientes y recién nacidos gravemente enfermos.
1984	Los comités en EEUU dan énfasis a la autonomía de los pacientes, consentimiento informado de los pacientes, inclusive cuando siga la muerte del individuo.
1986	”Tratamiento fútil y encarnizamiento terapéutico
1990s	Costos/beneficios y la carga social: dilema ético
2005	1er trasplante de cara en Francia. ^{26 27}
2006	Trasplante de manos ^{28 29} ,

²⁶ Valero, Ma. *el mundo. es salud. 2005*

²⁷ Realizan en Barcelona el primer trasplante de cara total

[23 Abril 2010] ALT1040 — La guía del geek ... Últimamente el mundo de las videoconsolas está más movido que nunca, se acercan las navidades y puede que muchos de vosotros estéis ... ~ by Axel Marazzi (25 comments) alt1040.com/2010/04/realizan-en-barcelona-el-primero.

²⁸ BBC Mundo | Ciencia y Tecnología | Exitoso trasplante de manos

La primera mujer que recibió un trasplante de las dos manos fue dada de alta en el hospital La Fe en Valencia, España.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

2008	Genética molecular el primer caso de concepción dirigida para obtener un “bebé medicamento” ³⁰ , células de cordón umbilical o de médula ósea y se logre la cura de su hermano.
2010	Trasplante de extremidades pélvicas ³¹ .
2010	Se crea la 1era célula artificial. Puede servir para crear vacunas o diseñar algas que absorban bióxido de carbono. Craig Venter ³²

Tabla 2. Aportaciones biotecnológicas, médicas y sociales

Observa el Dr. Hottois, filósofo³³, que la técnica ha extendido de forma extraordinaria el campo de acción y con ello la pregunta ética se ha ampliado también. Es imprescindible tomar conciencia de las consecuencias, incluso las que no se pueden ver en el horizonte, por la acción técnica, no es siempre, conviene seguir haciendo todo lo que la técnica permite hacer. Por ejemplo las nuevas expectativas para el uso de células embrionarias, la genética, o toma de decisión ante el embrión en circunstancias específicas; o bien, la duda a la orilla de la cama del paciente en fase terminal o moribundo; cuya reserva fisiológica precaria compromete la autonomía y su calidad de vida propiciando la oportunidad para el ensañamiento terapéutico; el desgaste físico, psíquico, social y económico del enfermo y la familia, las circunstancias difíciles para una muerte digna. (*Gilbert, H. 1990 trad. 1991*).

news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_6212000/6212935.stm -

²⁹ El hombre que recibió el primer trasplante de mano pide que ...

El hombre que recibió el primer trasplante de mano pide que se la corten. Octubre 20, 2000 Actualizado: 9:08 AM EDT (1308 GMT) LONDRES -- Clint Hallam, el ...

hipocrates.tripod.com/artigos/mano.htm -

³⁰ La vida - 'Bebé medicamento' - ADN.es

[15/10/2008] Nace tras aplicarle la selección genética | Las células de su cordón umbilical ayudarán a su hermano, que sufre anemia severa (2 Comentarios)

www.adn.es/impresalavida/20081015/NWS-0247-adn.html

³¹ Trasplante de piernas. - Taringa!

La Organización Nacional de Trasplantes autoriza el primer trasplante de piernas La Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha ...

www.taringa.net/.../5600093/Trasplante-de-piernas_.html

³² El científico de EEUU Craig Venter crea el primer genoma.

[viernes 25/01/2008 14:35 (CET)] El científico de EEUU Craig Venter crea el primer genoma artificial de la Historia Craig Venter, padre del Proyecto Genoma Humano, acaba de fabricar en su laboratorio el ...

www.elmundo.es/elmundo/2008/01/24/ciencia/1201194350.html -

³³ Gilbert Hottois, nació en marzo 29 de 1946, es un académico y filósofo de Bélgica especialista en cuestiones de ética y tecnociencia. Profesor en la Universidad libre de Bruselas, miembro de algunos Comités de Ética, es el autor o director de alrededor de treinta trabajos, de los cuales una novela atípica de ciencia ficción, *Las Especies Técnicas*. este libro se escribió en 1981, y publicado solamente 20 años más tarde.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

La prioridad en una unidad médica, es el cuidado de la salud y la asistencia en la enfermedad del paciente con oportunidad, eficacia, eficiencia, humanismo y dignidad en la relación médico–paciente y el equipo de salud. La pregunta (*Heiddeger M.1933*) que salta inmediatamente: ¿es la bioética necesaria para brindar estos caminos interdisciplinarios, multidisciplinarios y de trascendencia en los derechos de los pacientes y del servidor en salud, ante la discordia paradigmática? (*Garrafa V. 2005*).

En situaciones que requieren un análisis crítico y reflexivo de un grupo ajeno a las circunstancias, una formación pluralidad, multidisciplinario, laico, responsable y respetuoso de la dignidad del paciente y su entorno, que emita sugerencias y/o recomendaciones para los participantes del dilema ético y como señala el Dr. Carlos Viesca Treviño³⁴ se requiere de límites responsables.

Los comités de bioética evalúan situaciones que resguardan el respeto a la autonomía, la libertad y la dignidad del paciente. Sin embargo existen evidencias nacionales e internacionales, que no hay claridad entre las autoridades, ni entre los miembros de los comités acerca de cuál es el ámbito de competencia y cuáles son los objetivos y las habilidades que requieren para llevar a cabo su función a pesar de que existen guías nacionales como internacionales que lo establecen sus funciones. Asimismo, existe diversas actividades que algunos comités los consideran propios del CHB y otros no, desde el punto de vista conceptual acerca de la función, (*Berro R.G. 2005*).

Los problemas bioéticos se presentan de manera cotidiana en la práctica médica y el clínico busca la forma de esclarecer el acto ético. De tal manera, que la utilidad de un método³⁵ determina el planteamiento de un objetivo para el análisis y sus recomendaciones ante problemas clínicos a resolver.

La importancia de los valores y principios se debe tener presente, ya que como señala Gustav Radbruch³⁶ “el bien común – justicia - seguridad jurídica, son

³⁴ Jefe el Depto de Historia y Filosofía de la Medicina. Coordinador de Maestría y Doctorado en Bioética Fac. de Medicina UNAM.

³⁵ La «hermenéutica filosófica» es independiente de la lingüística y busca determinar las condiciones trascendentales de toda interpretación. Es decir, interpreta las actividades del hombre.

³⁶ Radbruch Gustav (1878-1950) Nació en la ciudad de Lübeck (Alemania). Fue Profesor en Heidelberg, Koenisberg y Kiel. De 1920 a 1924, miembro del Reichstag y ministro de Justicia con Wirth y con Stresemann. Desde 1925, profesor de derecho penal en Heidelberg. es.wikipedia.org/wiki/Gustav_Radbruch -

considerados los fines supremos del derecho, pero no en una hermosa armonía, sino en aguda lucha del uno con el otro”³⁷

1.5 Fundamentos filosóficos.

A través de la historia se encuentra en los grandes filósofos, como Sócrates³⁸, Platón³⁹ y Aristóteles⁴⁰, la reflexión analítica sobre los valores y las virtudes⁴¹, que sientan las bases para el sentido común del hombre actual y, del hombre en busca de su relación con otros hombres y con la sociedad. Así, Hipócrates⁴², padre de la Medicina⁴³, analiza la relación ético - moral del médico y su paciente⁴⁴ vigente hasta nuestros días.

Se encuentran datos en la historia que permiten observar la preocupación por establecer bases morales y la apertura de principios que fructifican en una cultura que tiende un puente hacia el futuro basado en el diálogo para obtener una bioética.

1.6 Las teorías éticas.

El estudio reflexivo de la ética biomédica proporciona las teorías éticas para el análisis sobre la competencia de los actos al evaluar los juicios morales y el carácter moral.

La moralidad común cuenta con estándares obligatorios, y como consecuencia virtudes reconocidas por la comunidad, la no maleficencia, la honestidad, la integridad, la eficiencia, la

³⁷Radbruch, Gustav El hombre en el derecho, Edit. De Palma, Buenos Aires, 1980, p. 103.

³⁸ Fox René C. Swazey Judith P. ‘Medical Morality is not Bioethics – Medical Ethics in China and the United States’. Abridged from Perspective in Biology and medicine”, Vol. 27, University of Chicago Press, 1984.

³⁹ La República, 5.459e

⁴⁰ Aristóteles, Moral a Nicómaco, Volumen 1. Libro Segundo, V. Traduc. Patricio de Azcárate

⁴¹ Toda perfección de algo distinguiendo virtud del cuerpo y virtud del alma, en la ética aristotélica las virtudes son las virtudes del alma, y en ellas distingue: las virtudes que perfeccionan el intelecto o virtudes intelectuales o dianoéticas; las virtudes que perfeccionan la voluntad o virtudes éticas y morales. Aristóteles, Moral a Nicómaco, Volumen 1. Libro Segundo, V. Traduc. De Azcárate Patricio.

⁴² Herranz G. Trad. del griego al castellano, 2002, véase anexo 10.

⁴³ Anexo 10. Juramento Hipocrático

⁴⁴ Sorano de Éfeso, sobre el cual se sabe poco, fue el primer biógrafo de Hipócrates A los 13 años comenzó sus estudios de medicina y le abrieron las puertas del Asclepeion (de Asclepio, dios mitológico de la medicina). Luego viajó a Egipto para terminar su formación. Dejó una obra compuesta por 70 escritos que fue recogida por sus discípulos en el *Corpus hippocraticum*.

fe, la fidelidad, la lealtad, la veracidad, lo fraternal y la compasión, como ya se ha mencionado.

Los valores manifiestos en la sociedad son esenciales para la convivencia, pero el cumplirlos, el hacerse garante de ellos, convierte a las personas en virtuosas y cada valor en virtud. Los que no practican las virtudes se convierten en antagónicos de aquéllos.

En la sociedad internacional existen sociedades, grupos e individuos como los testigos de Jehová, las culturas árabes, etc. que tienen normas morales no compartidas por el resto de todas las culturas. Pero deben contar con el respeto a las diferencias ante extraños morales, ya que corresponden a personas⁴⁵ semejantes con diferentes valores⁴⁶.

Hay diversas teorías morales que dependen de escuelas filosóficas, y pueden ser útiles para el estudio reflexivo de la ética biomédica como el utilitarismo, el kantianismo, teoría de los derechos y el comunitarismo.⁴⁷

La Deontología⁴⁸,⁴⁹ o teoría del deber⁵⁰ hace referencia a la Ética, sus fundamentos de estudio son el deber y está formada por un conjunto de normas que sirven para guiar la conducta humana individual y social con carácter pragmático.

El imperativo categórico kantiano como: “el deber actuar en toda ocasión de forma que siempre desee que la máxima se convierta en regla universal”, y la toma como criterio para

⁴⁵ Definición de persona viene de la raíz griega *personorum* que significa “Lo que vibra detrás de la máscara” y el concepto de *Per-Sonare* es la vibración de un encuentro entre dos personas, en este caso el encuentro entre la persona-enfermo y la persona-Médico. O como fue definida la medicina: Una confianza que se entrega a una conciencia. López Álvarez M. Deontología y ética médica. Hospital Alemán-Nicaragüense Managua, Nicaragua. p 3

Persona en el sentido más común del término, el hombre en sus relaciones con el mundo y consigo mismo. Según Hobbes, la persona civil en este sentido es “aquella a la que se le atribuyen palabras y acciones humanas, propias o de otros, si se le atribuyen acciones propias se trata de una persona natural si se atribuyen de otros se trata de una persona artificial. Abbagnano Nicola. Diccionario de Filosofía. Actualizado y aumentado por Fornero Giovanni. Fondo de Cultura Económica. 4ª ed en español 2004 y 2ª reimpresión, 2008. 809-810.

⁴⁶ Engelhardt, T., Los Fundamentos de la Bioética. Paidós, 1995. 6.

⁴⁷ Beauchamp, T.L., Childress J.F *Principios de ética biomédica*. Masson, Barcelona. 2009, 7.

⁴⁸ Deontología término utilizado por Bentham –Deontology or the Science of Morality, en 1834. Rama de la Ética cuyo fundamentos del deber y las normas morales. Se debe a un conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia. Conocida también como “Teoría del deber” y, junto con la Axiología, es una de las dos ramas principales de la Ética normativa.

⁴⁹ Costa Alcaraz Ana M^a; Almendro Padilla C. El análisis de problemas éticos. Fisterra.com. Actualizada el 01/06/2009

⁵⁰ Jeremy Bentham en el Diccionario soviético de filosofía /1965

Diccionario soviético de filosofía. Jeremy Bentham (1748-1832). Moralista y jurisconsulto inglés. www.filosofia.org/enc/ros/bentham.htm Bentham, Jeremy [Internet Encyclopedia of Philosophy]

determinar la aceptabilidad de las máximas que dirigen los actos. Es la máxima expresión de la ética con el imperativo categórico kantiano: el respeto a todos los humanos como fines en sí mismos y no como medios⁵¹.

La Teoría de lo Pragmático⁵² es la tendencia filosófica que dice que el único criterio de validez de cualquier teoría científica, ética o religiosa debe basarse en los efectos prácticos de la misma: el pragmatismo selecciona entre diversas posibilidades la más eficaz para alcanzar el objetivo propuesto de brindar una argumentación clara, reflexiva, crítica y autocrítica, eficaz y que da respuesta a preguntas claras y urgentes, como decisiones bioéticas.

El equipo de salud utiliza estos preceptos como guía para resolver evaluar los problemas que se le presentan y que requieren de sus servicios.

La responsabilidad ética y moral del médico es la obligación que existe de responder por el incumplimiento de los ordenamientos de los diferentes códigos de ética y los dictados de la conciencia (moral). Las normas éticas si no tienen relación con una norma jurídica son sólo obligatorias a la conciencia de cada quién, no obstante por eso deben de observarse.

Las palabras ética y moral, como lo señala López Álvarez⁵³ suelen usarse de manera indistinta desde su concepto etimológico (manera de conducirse por el camino del bien), pero en la práctica el concepto de moralidad tiene una connotación filosófica y sociológica mientras que ética se define como una parte de la filosofía que constituye un reto, actualmente ha de conquistar las siguientes pretensiones legisladoras:⁵⁴

- El conflicto de las creencias morales, la ética se desarrolla exactamente en los momentos que falta, o se atenúa un *ethos* compartido, esto es, cuando el patrimonio de las costumbres y de los valores tradicionales pierden su carácter de “evidencia” y los criterios usuales del bien y el mal se ponen en tela de juicio.

⁵¹Melo- Martín I, El papel de la utilidad, obligaciones y virtudes en la toma de decisiones clínicas, Valdez Edith, Bioética Ética Clínica Grupo Ixel Editores. 2009, 37.

⁵² Pragmatismo (del inglés *pragmatism*); sust. m. Tendencia filosófica según la cual el único criterio de validez de cualquier teoría científica, ética o religiosa debe basarse en los efectos prácticos de la misma: el pragmatismo ha sido una de las tendencias más discutidas en el ámbito de la filosofía de la ciencia actual. San Baldomero J. M. Ucar Pragmatismo. Teoría Del Conocimiento. ENCICLONET, www3.enciclonet.com, 2001. Original .Visitada el 12 04 10.

⁵³ Deontología y Ética Médica. Documento elaborado por el Dr. Marlon López Álvarez, Cirujano General del Hospital Alemán- Nicaragüense. Managua, Nicaragua.

⁵⁴ Abbagnano N. Diccionario de filosofía. Actualizado y aumentado por ForneroGiovanni. Cuarta Ed. en español 2004; 2ª reimpresión 2008 p 33

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- Un segundo motivo se debe a que faltan las grandes visiones totalizantes de la realidad y de la historia (y del consiguiente acervo de ideales y certezas).
- Un tercer motivo proviene de los desarrollos de la ciencia y de la técnica o sea del descubrimiento de nuevas tecnologías capaces de intervenir no solo en los mecanismos ambientales, sino también en la misma constitución biológica y psíquica del hombre.
- Un cuarto motivo se debe a la complejidad estructural moderna, que implica la individualidad estructural moderna, que implica la individualización de nuevos y más adecuados códigos de comportamiento.
- Un quinto motivo se debe a una mayor sensibilidad en la confrontación con el “otro” (humano o extrahumano).
- Un sexto motivo relacionado con el anterior se debe a la necesidad de garantizar la coexistencia entre razas, culturas y formas de vida diversas.

El conjunto combinado de estos motivos (y de otros que podrían añadirse) explica la irrupción de la Ética aplicada, y se convierte en la transición a la bioética, término acuñado a principio de los 70s, para indicar “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, cuando dicha se examina a la luz de los valores y principios éticos” *Encyclopedia of bioethics*, al cuidado de W. Reich, Macmillan-Free Press, Nueva York, 1978, n.e., entrada “*Bioethics*”).

El hecho moral es un comportamiento consciente, libre y voluntario fruto de una decisión reflexiva encaminado a la consecución de un fin y que puede ser valorado en función de una norma moral como bueno o malo, justo o injusto. El acto moral es consciente, los actos movidos por motivos como pasiones, impulsos, miedos, pertenecen también a la moral. Pero la respuesta que el individuo da estas emociones serán de su total responsabilidad.

El *èthos more* (ética) significa conjunto de normas internas del sujeto adquiridas por el hábito. Se funde la dimensión externa con la interna. Una definición más de ética, es la que la determina como ciencia en busca las razones últimas y universales para adecuar la conducta humana al bien del universo.

1.7 Aspectos fundamentales de la Bioética

La bioética ha resultado ser la respuesta a necesidades claras de conflicto de valores en una sociedad vulnerada, con una protesta mundial teniendo diferentes manifestaciones pero frecuentemente conjuntando valores y principios para encontrar el respeto y la dignidad del hombre y de la sociedad.

A continuación se señalan los diferentes documentos y acuerdos internacionales que protegen al hombre en sus derechos humanos.

- ❖ El Código de Nürenberg. La sociedad demanda respeto al ser humano con lo que se inicia un nacimiento creciente de igualdad y respeto a la dignidad del hombre. Como plataforma de la autonomía se cuenta con el Consentimiento Consciente al participar en cualquier proyecto de investigación. (Véase Anexo 2).
- ❖ La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH). (Véase Anexo 3)

Es una Declaración adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París, que señala los Derechos Humanos considerados básicos. La unión de esta declaración y los Pactos Internacionales de Derechos Humanos comprende lo que se ha denominado una Carta Internacional de los Derechos Humanos, que se centran: “en libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Son independientes de factores particulares como el estatus, sexo, etnia o nacionalidad; y son independientes o no dependen exclusivamente del ordenamiento jurídico vigente. Desde un punto de vista más relacional, los derechos humanos se han definido como las condiciones que permiten crear una relación integrada entre la persona y la sociedad, que permita a los individuos ser personas, identificándose consigo mismos y con los otros⁵⁵.”

- ❖ 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 sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. *Versión en español del Ministerio de Asuntos Exteriores* (Cuadro 1 y 2)

⁵⁵ Convenio de Asturias de Bioética Oviedo, 4 de abril de 1997. Anexo 4.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

DDHH	Se fundan en el reconocimiento a	Deben proteger	Se debe promover	Previene
Libertad Justicia y paz	La dignidad y la igualdad humana	Régimen de derecho	Educación: con medidas para su reconocimiento y aplicación	La rebelión

Cuadro 1. Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en el mundo (Tealdi 2008)

Derechos humanos 1ª generación	Derechos civiles	→	A. Derechos a la libertad y derechos a la igualdad
	Derechos políticos	→	B. Derechos a la vida, la identidad y la integridad
Derechos humanos 2ª generación	Derechos económicos, sociales y culturales	→	Derechos a la salud y al bienestar Deber de respetar los derechos humanos

Cuadro 2 Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. Principios fundamentales (Tealdi 2008)

El Reporte Belmont (Anexo 5) manifiesta que los principios éticos básicos son tres en la ética de investigación que incluye individuos humanos: los principios de respeto a las personas, la beneficencia y la justicia. El respeto a las personas incorpora dos convicciones éticas: los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas.

Código de Londres. 1949, Sydney 1968, Venecia 1983 (Anexo 5). El médico debe “En todos los tipos de práctica médica, empeñarse en ofrecer su servicio profesional con competencia, plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad del hombre”.

Estos documentos internacionales tienen un eje de respeto por la persona y el ciudadano: un intento, quizás el más plausible sobre la tierra, de saber que todos los hombres con un genoma humano son humanos y cuentan con derechos universales inalienables.

La reflexión ética biomédica requiere de un marco de referencia que lo proporciona las teorías éticas para el análisis sobre la competencia de los conflictos de intereses dentro del marco de los derechos humanos.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

El valor expresa las necesidades cambiantes del hombre. Por otro lado, fija la significación positiva de los fenómenos naturales y sociales para la existencia y desarrollo de la sociedad. Los valores son objetivos, ya que manifiestan las necesidades objetivas de la sociedad⁵⁶, expresión de las preferencias auténticas del desarrollo social, producto de la necesidad histórica.⁵⁷

En las sociedades organizadas y fecundas se establecen como fundamento el principio (jurídico) o virtudes (principios que van a constituirse en derechos) de que todo ser humano es persona dotada, es decir, una naturaleza dada de inteligencia y libertad; y de esa misma naturaleza directamente nacen al mismo tiempo, derechos y deberes que, al ser universales e inviolables, son también absolutamente inalienables (ético vg moral).

En las diferencias individuales residen los valores constituyentes de cada uno de ellos, y en el grado de desarrollo humano que hayan conseguido y en la capacidad de servicio a los intereses de la sociedad. La no existencia de valores en las relaciones entre hombres, grupos y naciones se tornaría difícil y predominantemente peligrosa, como lo señala Tealdi⁵⁸: los DH del hombre y del ciudadano del mundo⁵⁹ se fundan en el reconocimiento a la dignidad y la igualdad humana protegiendo el régimen de derecho por lo que es necesario promover la educación como medidas para el reconocimiento de los DH y su aplicación con lo que se previene la anarquía, desmembramiento, y los disturbios sociales.

Los valores son manifiestos y esenciales en la convivencia de la sociedad, al cumplirlos, y hacerse garante de ellos, convierte a la persona en virtuoso⁶⁰. Y cada valor en virtud⁶¹ los cuales corresponden a los derechos de vigencia universal⁶².

Los principios de *prima facie*, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, desempeñan un papel esencial en el tema de los derechos humanos. Sin embargo, es

⁵⁶ Tealdi, J.C. Bioética de los Derechos Humanos. Universidad Nacional Autónoma de México. 2008. 61-63.

⁵⁷ Anexo 11. The United Nations System and Human Rights: Guidelines and information for Resident Coordinator System, Ginebra, 2000.

⁵⁸ Tealdi Juan Carlos. Médico, Director del Programa de Bioética del Hospital de Clínicas de la UBA

⁵⁹ Tealdi, J.C. Bioética de los Derechos Humanos. Universidad Nacional Autónoma de México. 2008. 61-63.

⁶⁰ Fabelo, J.R. La formación de valores en las nuevas generaciones. --La Habana: Ed Ciencias Sociales, 1996. — 702.

⁶¹ La palabra virtud, del latín *virtus*, igual que su equivalente griego, *areté*,

⁶² Beauchamp T.L and Childress JF. Principios de Ética Biomédica. Ed. Masson S.A. 2009, 402

conveniente armonizarlas con otras circunstancias, como lo es el status clínico actual⁶³, incluyendo, el proyecto de vida de acuerdo con los conocimientos médicos para el paciente en estudio, los deseos del propio paciente y la red de apoyo o sociedad, dónde inicia y termina la responsabilidad de una institución, de la sociedad con los pacientes y dónde corresponde sólo a la familia o al paciente, la corresponsabilidad. No es fácil en ciertas circunstancias argumentar la recomendación que se debe emitir por parte del Comité Hospitalario de Bioética ante un dilema.

El dilema es un argumento de dos o más propuestas que cualquiera se ofrece para rebatir al contrario, sobre todo en circunstancias límite de la existencia humana, detrás de cualquier opción subyace un modelo ético o paradigma ético- filosófico.⁶⁴

Dilema bioético, para Beauchamp y Childress, es el conflicto de valores humanos universales en el contexto de los Derechos Humanos; un tipo de silogismo en el cual dos premisas determinadas desembocan en una conclusión que, por lo general, presenta alternativas desagradables y obliga a adoptar una decisión en apariencia inaceptable, pudiendo incluso oponerse a consideraciones éticas. Se dice que un dilema coloca a una persona o un comité entre la espada y la pared. Por todo ello, las alternativas poco agradables que impone la conclusión obligan al comité a reflexionar, debatir, deliberar y, por último, actuar.^{65, 66}.

El diálogo y las negociaciones son instrumentos primordiales para resolver los conflictos, lo cual representa el inicio de aceptar el hecho de que todos los seres humanos establecemos acciones comunicativas⁶⁷. Se reconocen como individuos con capacidad de defender sus propios intereses por medio de la comunicación, interlocutores válidos.

El Comité Hospitalario de Bioética precisamente se distingue como un espacio de diálogo en el que se promueve una escucha recíproca y no sólo la exposición de distintos puntos de vista. Carácter de enorme importancia en el ámbito de los comités ya que los integrantes del Comité son todos participantes válidos.

Ante el conflicto de valores en el que la persona se encuentra inmersa durante el análisis de un dilema bioético se han integrado nuevos principios, además de los cuatro

⁶³ Marigochi E. Medicina basada en evidencias: un novo paradigma para a medicina. Med Consel Feder 1999;14(3):18-9.

⁶⁴ Niceto Blázquez. Business & Economics. 2000, 354.

⁶⁵ Beauchamp T.L and Children JF. Principios de Ética Biomédica. Ed. Masson S.A. 2009, 402.

⁶⁶ UNESCO Guía N° 1. Creación de comités de bioética. Printed in France. 2005 p 9.

⁶⁷ Feito., et al, García Férrez, J. Alarcos F.J. 2002.

iniciales (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), que cada vez, más integral la relación de la persona con la sociedad y la sociedad para con la persona como son el principio de responsabilidad, de precaución de vulnerabilidad, de corresponsabilidad, dignidad, entre otros. Asimismo, se agregan principios que incluyen el compromiso de la persona y de la sociedad para el cuidado de nuestro mundo, del planeta tierra en que vivimos y sus consecuencias para la generación actual y las generaciones posteriores.

1.8 Panorama actual de los Comités de Bioética Hospitalarios

El desarrollo científico actual y la capacidad tecnológica han fortalecido a la medicina con herramientas útiles ante la enfermedad: en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación.

El uso de alternativas que pueden ser una opción para la vida: la renta de un útero, el diagnóstico predictivo, el uso de las células embrionarias, la elección de prótesis de válvulas cardíacas, marcapasos, etcétera. Y, además, en no pocas ocasiones, ante el deseo legítimo o no, de tener mejor apariencia física o funcional, como es el caso de la medicina estética.

Todo esto constituye la inserción de la ciencia y la tecnología, a veces, empresarial- léase capitalista-, al que transforma como benéfica⁶⁸ y característica de una sociedad informada. Sin embargo, se ha convertido en una sociedad donde más que pacientes⁶⁹ hay clientes, usuarios, consumidores.

Miguel de Unamuno definió al paciente como un ser de carne y hueso que sufre, pero que también en ese mismo momento, ama, piensa, sueña, esto nos lleva a dos perspectivas del concepto de paciente: la que se ha denominado *visión etic* en términos antropológicos, académicos; como la persona portadora de determinada enfermedad y la cual es nuestro objetivo de estudio y observación y la *visión emic* que es un enfoque desde el punto de vista del enfermo, lo que piensa, lo que siente lo que desea. Max Harry Weil, la máxima autoridad

⁶⁸ La tecnociencia representa la absorción de la ciencia y la tecnología por parte del capitalismo, al que transforma. Actúa como *fuera productiva* fundamental y característica de la sociedad informacional que ella misma ha creado en buena medida: una sociedad donde más que ciudadanos hay clientes, usuarios, consumidores. Echeverría, J. "Tecnociencia y sistema de valores", En: J. A. López Cerezo y J. www.oei.es/revistactsi/numero5/libro2. Se visitó el 16 8 10

⁶⁹ López Álvarez M. Deontología y Ética Médica. Cirujano General del Hospital Alemán-Nicaragiense, Managua, Nicaragua. p. 3

mundial en lo referente al paciente de cuidados intensivos, define al paciente crítico como aquel enfermo que necesita de su médico 24 horas del día y siete días a la semana, haciendo énfasis en que el mejor monitor que un paciente puede tener es su médico al lado. Este concepto prioriza la visión *emic* sobre la visión *etic*.⁷⁰

Sin embargo, este concepto corresponde al paciente en estado crítico, pero actualmente nos enfrentamos cara a cara con la enfermedad crónica como la principal causa de morbilidad y la OMS⁷¹, destaca las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad⁷².

Si analizamos las características de las personas que padecen estas entidades, corresponden más que a una pérdida de la homeostasis en agudo a las secuelas de un proceso que pudo haber sido en un inicio agudo, ej. un paciente con un aneurisma cerebral roto que ameritó cirugía, pero posteriormente a la cirugía dejó una entidad que no es enfermedad sino secuelas; otro ejemplo de una enfermedad crónica y degenerativa es, por ej. la Diabetes mellitus, patología que requiere de dos cosas: la primera, que la prevención debe tener una mayor vigilancia de la salud de la persona y la segunda la necesidad de preparar a la sociedad a los desenlaces de un proceso crónico y para ser manejado en la búsqueda de la calidad de vida⁷³, otras, insuficiencia renal crónica secundaria o enfermedades vasculares secundarias a

⁷⁰ López Álvarez M. Deontología y Ética Médica. Cirujano General del Hospital Alemán-Nicaragüense, Managua, Nicaragua. p. 3

⁷¹OMS. Temas de salud. Contenido principal. Enfermedad crónica... Cara a cara con la enfermedad crónica. Información Esencial Sobre La OMS. Director General www.who.int/topics/chronic_disease/es -

⁷² *Ibidem*. Esta organización indica que del total de 58 millones de defunciones previstas para 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales. Es decir el 60% de todas las defunciones se deben a enfermedades crónicas. Los datos presentados en este panorama general fueron estimados por la OMS empleando métodos normalizados a fin de maximizar la comparabilidad entre países, y no coinciden necesariamente con las estadísticas de los Estados Miembros

⁷³ Gregory, Derek; Johnston, Ron; Pratt, Geraldine et al., eds (June 2009). «Quality of Life». *Dictionary of Human Geography* (5th ed). Oxford: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-4051-3287-9. Calidad de vida concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

la propia enfermedad, cuya atención puede ser con rehabilitación y/o alternativa terapéutica asistencial intradomiciliaria, con el confort del hogar, la cercanía de los seres queridos, sus cosas personales y aunque no se pretenda tomar en cuenta, que no existe economía de un país que soporte el costo de estas entidades nosológicas.⁷⁴

En las unidades médicas, el paciente vive conflictos de valores en el tenor de los derechos humanos a partir del contexto de los principios fundamentales de la Bioética, y que constituyen dilemas que establecen una disyuntiva en la toma de decisiones y, por consiguiente, requiere argumentos para quien lo solicita. Corresponde al CHB, grupo colegiado, emitir las recomendaciones.

En las unidades hospitalarias se cuenta con un Comité de Ética en Investigación (CEI) que supervisa los proyectos de investigación y el CBH, los dilemas bioéticos en el área médica. A partir del acuerdo de los países integrantes de la UNESCO en 1991 que dice "...los Comités Hospitalarios constituyen la respuesta a los problemas de bioética (Asistencia Médica) de Ética, y en la actualidad son ya de carácter obligatorio."

El propósito de este trabajo consiste en revisar el ámbito de competencia de un CHB ante.

- Situaciones dilemáticas del paciente, de la familia, del equipo de salud, o del propio Comité.
- Es indispensable saber si corresponde al campo de la ética, al social, al jurídico, al de la Bioética u otros, así como
- Favorecer una preparación en Bioética para el propio Comité, el equipo de salud, la derechohabencia, y
- Asesorías externas.

Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectural, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social. Un indicador común para medir la calidad de vida es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), cuyo cálculo se realiza a partir de las siguientes variables: 1. Esperanza de vida. 2. Educación, (en todos los niveles). 3. PBN *per Capita*.

⁷⁴Cumple IMSS 10 años de atender a domicilio al enfermo crónico.

LaSalud.com.mx - Porque la salud es primero ... de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC) del Instituto Mexicano del ...

lasalud.com.mx/2007/04/09/IMSS/Descubren.en.el/1447.html?... - paciente con padecimientos crónico-degenerativos como podrían ser: pié diabético y úlceras varicosas, entre otros.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Los CBH en el Sector Salud son un recurso⁷⁵ indispensable para las instituciones gubernamentales ya que favorecen la argumentación para el desarrollo de políticas y de orientación, en dónde aún existe un vacío, que además es circunstancial en cada paciente, en el conflicto de valores dentro del marco de los derechos humanos, al imbricarse los diferentes campos de la acción médica, social, legal, con la normativa de las instituciones, y no pocas veces con la problemática en donde se desarrollan los Comités⁷⁶.

Los CBH no se han desarrollado a la par que los Comités de Investigación, como señala Diego Gracia⁷⁷, al respecto de los comités en el área médica y su preparación “Los conflictos de valores, requieren de un conocimiento diferente, al médico, que debe ser lo suficientemente cuidadoso al emitir una recomendación argumentada y poder llevar a cabo su tarea y lograr un adecuado razonamiento”⁷⁸.

Los principios y valores son la herramienta bioética indispensable para el análisis, argumentación y la recomendación ante la toma de decisiones circunstanciales en los conflictos de valores en la relación paciente-médico y, a veces esta decisión recae sólo en el paciente.

Asimismo, es necesario descifrar cuál sería el nivel de competencia del CBH dentro de la institución y en su escalafón u organigrama, con objeto de que cumpla sus funciones de asesor en el análisis de disyuntivas bioéticas para diluir conflictos, argumentación que además proporciona claridad para las recomendaciones de quien solicita el apoyo.

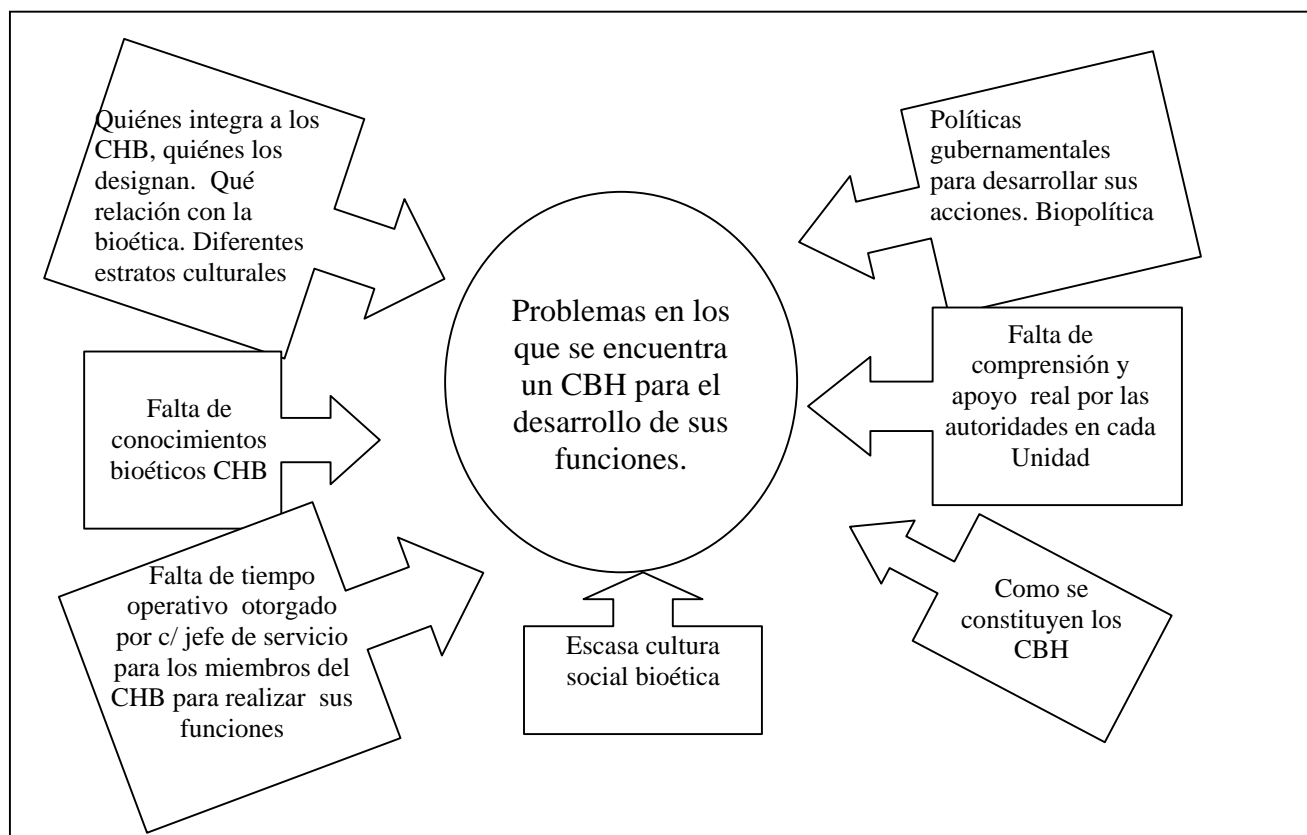
⁷⁵ UNESCO, 2007

⁷⁶Lozano J. Félix, Siurana Juan Carlos. Las Comisiones Éticas como Mecanismo de Integración de la Ética en las Organizaciones. Fundación ÉTNOR. Papeles de Ética, Economía y Dirección, nº 5, 2000, p.1

⁷⁷ Gracia, Diego. psiquiatra y reconocido bioeticista español, es uno de los especialistas mundiales en esta disciplina que se ha dedicado a analizar en las últimas décadas temas como clonación humana, muerte cerebral, terapia génica y eutanasia, entre otros. Revista Electrónica de Portales Medicos.com ISSN 1886-8924. 1999-2010; portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/901/2/... - 53k - En caché

⁷⁸ Id. Ética de los Confines de la Vida. Ed. El Buho Tomo III, 2004 p106.

En el siguiente cuadro, se presenta los problemas que influyen en el desempeño del CBH.



Cuadro 3 Problemas a los que se enfrentan los Comités Hospitalarios de Bioética y que influyen en su desempeño

1.9 Razón de ser de los CHB

En los años 70, Van Rensselaer Potter asocia el término de Bioética a una metodología de análisis de problemas clínicos, asistenciales o de investigación, basada en el diálogo interdisciplinario abierto, sistemático y éticamente plural.

A fines de los 90, Abel⁷⁹ señala que los Comités de Bioética son estructuras de diálogo y decisión bioética, es decir, que asumen la responsabilidad de intentar clarificar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la práctica clínica.

Los Comités de Bioética Hospitalaria surgen como una necesidad de los médicos de compartir situaciones que afectan la del paciente y que pueden tener un riesgo de inseguridad.

⁷⁹ F. Abel. "Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento", Couceiro A. Bioética para Clínicos, Tricastela. Madrid. 1999,241-267, 241.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

La Bioética es más que nada un diálogo, un proceso de descubrimiento en el que intentamos hacer reales los derechos humanos y esa moralidad común es nuestro subsuelo, aunque no siempre sepamos verbalizarlo, comenta el Dr. Fernando Lolas Steplke⁸⁰, representante de la OPS⁸¹.

Tealdi se refiere a un Comité Hospitalario de Bioética⁸² como un grupo interdisciplinario que se ocupa de los problemas éticos que surgen en los hospitales como instituciones de atención a la salud.

Diego Gracia comenta que las decisiones morales no son más fáciles de tomar que las diagnósticas y terapéuticas; como en éstas, se requiere de sólidos fundamentos y amplia práctica. No es conveniente caer en el decisionismo. Si el aprendizaje en la toma de decisiones es posible y necesario, de igual manera se requiere y es necesario propiciar el análisis para una toma de decisiones basado en el análisis bioético⁸³.

La prioridad en un hospital⁸⁴ es el cuidado de la salud y la asistencia en la enfermedad del paciente con oportunidad, eficacia, eficiencia, humanismo y dignidad en la relación paciente-médico⁸⁵.

La UNESCO a través de consultas con los países miembros, con organizaciones interesadas y órganos nacionales pertinentes para analizar el proceso científico en el contexto de la reflexión basada en la herencia cultural legal, filosófica y religiosa de los 190 países, se "...define normas universales en materia de Bioética, respetando la dignidad humana y los derechos y libertades de las personas, conforme al espíritu de pluralismo cultural de la Bioética".

Adolfo Martínez Palomo, en octubre del 2003,⁸⁶ señala: Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:

⁸⁰ Lolas Steplke Prof. Fernando (Chile) Vicerrector Univ.Chile y representante Bioética OPS.

⁸¹ Lolas Steplke F. OPS, Bioética. Mediterráneo. Montevideo. 2ª ed. 2002, p 182.

⁸² Tealdi Juan Carlos. UNESCO. Diccionario Latinoamericano de Bioética 2008, p 256.

⁸³ Gracia, D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Madrid, Buho,1998, p.11-31

⁸⁴ Garrafa V. 2005.

⁸⁵ Garrafa V. Profesor titular y coordinador de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Brasilia, Brasil; presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética (2001-05); presidente del Consejo Director de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de UNESCO (REDBIOÉTICA); vice-presidente de la sección Latinoamericana de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI).

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- Evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos
- Prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos
- Evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente declaración
- Fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.⁸⁷

Existen cuatro categorías de comités: normativo o constitutivo, de asociación de profesionales de la salud, de ética asistencial y comités de ética de la investigación.^{88, 89, 90}

- ❖ **Los Comités Normativos y/o Consultivos** se centran en asesorar a funcionarios públicos y confían en influir en la adopción de políticas científicas y de la salud en el ámbito nacional. En México corresponde a la Comisión Nacional de Bioética
- ❖ **Los Comités de Asociación de Profesionales de la Salud** se ocupan de cuestiones de bioética planteadas por profesionales de la asistencia sanitaria (médicos, enfermeras, farmacéuticos y profesionales afines)
- ❖ **Los Comités de Ética Asistencial** en las unidades de salud fundamentalmente debaten y se centran en el paciente lo que corresponde al Comité de Bioética Hospitalaria
- ❖ **Los Comités de la Ética de la Investigación** en las unidades de salud abordan las cualidades científica, el riesgo al que se exponen los participantes y los posibles beneficios para futuros pacientes que no participan como “sujetos” en ensayos clínicos.

⁸⁶ La Declaración Internacional sobre Datos Genéticos Humanos, octubre 2003.

⁸⁷ Art. 19 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

⁸⁸ Couceiro A. Bioética para Clínicos. Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo. Ed. Triacastella Madrid 1999. 269-281

⁸⁹ Frances Abel, S:J, op cit., p. Capítulo. Los Comités de ética. Azucena Coiceoro ed. Bioética para Clínicos. Ed. Triacastela 2006, 241 – 265

⁹⁰ Frances Abel, S. J. Capítulo. Los Comités de Ética. Azucena Coiceoro ed. Bioética para Clínicos. Ed. Triacastela2001, pp. 241 - 265

1.10 Funcionamiento actual organizacional de los Comités de Bioética Hospitalarios en países de Iberoamérica.

En la legislación actual aún no existe una legislación que le dé una clara estructura y ubicación a los CHB en México. En la última reunión de la UNESCO en México, en Noviembre de 2009, el Dr. Diego Valadez jurista del Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, comentó que existe el compromiso por parte del Consejo de Salud de legislar al respecto. En tanto se crea un vacío para el apoyo de los comités, ya que acudir a las reuniones o asumir funciones encomendadas, frecuentemente en cada área de trabajo lo considera pérdida de tiempo. Urge un lugar claro en el organigrama, para además de lograr un desempeño eficiente por cada miembro del comité, se logre aprovechar y valorar sus acciones formales en un comité de tan alto valor y utilidad para la unidad médica, en el desarrollo de las actividades cotidianas y la planeación estratégica de la misma. Ya que en la preparación del CHB, el currículo lo lleva a tener contacto y aprendizaje de derecho, sociales, antropológicas, de investigación molecular, biopolítica, filosóficas, lo cual amplía el área de desarrollo y de utilidad para la unidad.

- En los países España, Chile, Uruguay y Argentina, elegidos en este análisis existe una relación entre la CNB y los Comités Hospitalarios de Bioética aún desligados; los comités en el área clínica que se encuentran desarrollando funciones de acuerdo con las necesidades de su institución son frecuentemente características y con concorde con las Guías de la UNESCO; pero, las acciones aún están en un futuro que se hará, será..., y no ya funcionan o son el binomio de enlace y mutua colaboración entre la CNB y CHB aún está pendiente.

En México, en enero de este año, 2010, se publicó la Guía para CHB. Falta un diagnóstico situacional con una invitación entre pares para incluir la norma a los comités existentes y, a la vez, que la CNB enriquezca su metodología con la experiencia de los mismos.

Excepto España, que ha sido ejemplo para los países en Iberoamérica, ya que cuenta con una organización clara, con relación a la autoridad pero con respeto mutuo de autonomía de funciones, así como un presupuesto adecuado.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- La formación del CBH y su dependencia con la autoridad

Iniciaremos porque en los países analizados cuentan con diferentes denominaciones para los CHB aceptadas por la UNESCO.

En **España**⁹¹ es el Comité Local de Ética Clínica, CLEC; **Argentina**⁹², el Comité de Bioética Hospitalario, CBH; en **Uruguay**^{93, 94} Comité Hospitalario de Ética Clínico o Médico, CHEM; en **Chile**⁹⁵ Comité Local de Ética Clínica, CLEC y en **México**, en julio 2004, El Instituto Mexicano del Seguro Social adoptó el nombre de Comités Locales de Ética Clínica, CLEC, en 2007 la Comisión Nacional de Bioética asumió el de Comités de Bioética Hospitalaria,⁹⁶ y en la Ley de voluntades anticipadas⁹⁷, aparece ya el nombre de CBH.

En México la Ley General de Salud decretó⁹⁸, incorporar la obligación en hospitales del sector público, privado y asistencial para contar con CHB, mencionándose como requisito en la “ley de voluntad anticipada 2008-11-25 y 2009 en materia de cuidados paliativos y el tratamiento integral del dolor”. En octubre de 2009 se decretó la presencia de CBH en unidades de 2º y 3er nivel, como además de unidades de atención médica privada.

⁹¹ Insalud, Ley 14 _207 Observatorio de bioética, Barcelona .De Investigación Biomédica. Insalud (España) Comités asistenciales de ética. Circular 3/95. Comité Asistencial de Ética del Hospital de la Princesa (Madrid). Reglamento. Cuadernos de Bioética 33. 1998. 152-160

⁹² Art 6 El Senado ley, crean los CHB, para cada hospital del Sistema Público de Salud y Seguridad Social Provincial

⁹³ Gómez Haedo C 2008 UNESCO; Montano Gómez P J. Tratado de Asunción, MERCOSUR, República, Montevideo; Uruguay Fundado en el Tratado de Asunción, constitutivo del MERCOSUR, Protocolo de Ouro Preto2, Resolución 91/93 del Grupo Mercado Común, y la Recomendación N° 49/96 del Sub Grupo Técnico (SGT) N° 3 de la República, Montevideo, Uruguay. , http://www.iales.org/doc_espagnol/Comitesdeeticamedicaenelmercosur.pdf Universidad pmontano@adinet.com.uy

⁹⁴ Gómez Haedo C. Los Comités de Bioética. Perspectiva. Ponencia presentada el 22 de mayo 2008 en la 1era Jornada Regional de Bioética, realizada por la UNESCO, en el Paraninfo de la Universidad de la República. 151-161.

⁹⁵ Abel, F. Los comités de ética en el diálogo interdisciplinar Labor Hosp.209 (1988:3) 207-217

⁹⁶ Manual para La Integración y Funcionamiento de Comités de Ética Clínica Local CLECS DEL IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, 2005.

⁹⁷ Ley de voluntad anticipada 2008-11-25 y 2009

⁹⁸ México.De La Comisión De Salud, Con Proyecto De Decreto Que Adiciona Un Artículo 41bis, Art I La Ley General De Salud. Honorable Asamblea: A la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión fue turnada para su estudio y dictamen la minuta proyecto de decreto que adiciona un artículo 41 Bis a la Ley General de Salud, para incorporar la obligación de contar en los hospitales del sector público, privado y asistencial con comités hospitalarios de bioética

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

La Comisión de Salud ha puesto de manifiesto la necesidad de regular la instalación de CHB⁹⁹, los establecimientos en los que se extraen órganos y tejidos o se realicen trasplantes. Adicionalmente, deberán contar con un comité interno de trasplantes y con un coordinador de estas acciones, que serán supervisadas por el CBH. Pero persiste, la vaguedad de su ubicación en el organigrama en México.

España está adscrita al Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Órgano colegiado, independiente, en diferentes regiones de España están intentando contar con un sistema regulatorio.

En España, el CLEC funciona como un grupo asesor emitiendo sugerencias y recomendaciones con objeto de apoyar a cada integrante del hospital y principalmente, al paciente.

- Por lo que analiza casos que puedan comprometer la responsabilidad de los médicos, o de profesionales de colaboración médica o del Servicio de Salud.
- Como puede ser la falta de co-responsabilidad civil (de la familia a las autoridades).
- Informar a los pacientes sobre cuáles son sus derechos y responsabilidades mientras están en el hospital.
- Instancia de denuncia y defensa de los derechos violados o amenazados en el centro hospitalario.
- Hacer de soporte emocional para los profesionales que a diario tienen que enfrentarse a decisiones muchas veces relacionadas con la vida y con la muerte de sus pacientes.

Estos puntos son una salvaguarda contra eventuales conflictos de competencias sobre políticas sanitarias y criterios de gestión entre gerencia-dirección y estos comités.

Es factible que en el conflicto de valores se emita una recomendación de corresponsabilidad y el grupo multidisciplinario en contacto con el grupo solicitante concluyan para avisar a las áreas que correspondan o se tengan acuerdos conjuntos a las políticas y posibles inclusiones a la normatividad vigente para la resolución de los mismos.

Instancia pluralista de análisis y resolución de los conflictos éticos concretos que los profesionales o familiares de los pacientes no saben cómo resolver.

⁹⁹Los establecimientos en los que se extraigan órganos y tejidos o se realicen trasplantes, adicionalmente, deberán contar con un comité interno de trasplantes y con un coordinador de estas acciones, que serán supervisadas por el CBH

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Arbitrar sobre quien tiene que tener la última palabra al decidir, en caso de que el paciente esté inconsciente o sea incapaz.

Pero, de hecho un buen trabajo obligará antes o después, a tratar aspectos o incluir consideraciones sobre el carácter y la raíz socioeconómica de muchos problemas sanitarios.

Argentina crearán su propio reglamento interno de funcionamiento y cada hospital tendrá un plazo de noventa días para la constitución e implementación progresiva de los mismos, a partir de la fecha de la reglamentación de la ley relativa de 1996¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Ley 24.742

Comité Hospitalario de Ética. Funciones. Integración. Salud Pública.

Sancionada: 27/11/96. Promulgada: 18/12/96. Publicada: 23/12/96.

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de ley:

Art. 1. En todo hospital del sistema público de salud y seguridad social, en la medida en que su complejidad lo permita, deberá existir un Comité Hospitalario de Ética, el que cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surjan de la práctica de la medicina hospitalaria.

Art. 2. Los Comités Hospitalarios de Ética funcionarán como equipos interdisciplinarios integrados por médicos, personal paramédico, abogados, filósofos y profesionales de las ciencias de la conducta humana, que podrán pertenecer o no a la dotación de personal del establecimiento. Desarrollarán su actividad dependiendo de la dirección del hospital, y quedarán fuera de su estructura jerárquica.

Art. 3. Serán temas propios de los Comités Hospitalarios de Ética, aunque no en forma excluyente, los siguientes:

- a) Tecnologías reproductivas;
- b) Eugenesia;
- c) Experimentación en humanos;
- d) Prolongación artificial de la vida;
- e) Eutanasia;
- f) Relación médico-paciente;
- g) Calidad y valor de la vida;
- h) Atención de la salud;
- i) Genética;
- j) Trasplante de órganos;
- k) salud mental;
- l) Derechos de los pacientes;
- m) Secreto profesional;
- n) Racionalidad en el uso de los recursos disponibles.

Art. 4. Las recomendaciones de los Comités Hospitalarios de Ética no tendrán fuerza vinculante, y no eximirán de responsabilidad ética y legal al profesional interviniente ni a las autoridades del hospital.

Art. 5. El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas a las que se sujetará el desarrollo de las actividades de los Comités Hospitalarios de Ética.

Art. 6. La presente ley entrará en vigencia a los ciento ochenta (180) días de su publicación, lapso en que deberá ser reglamentada.

Art. 7. Invítase a las provincias a adherir al régimen de la presente.

Art. 8. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Uruguay. La reglamentación preverá la instrumentación de un Registro de CBH, Acreditación en el ámbito de la Provincia. Uruguay Representantes aprobó la ley, crea la Comisión Nacional de Bioética y los Comités De Ética Médica en el MERCOSUR 01 03 2004; y

Chile aún en proceso de regulación de los CBH¹⁰¹ se tardará de 5 a 8 años. Lolas comenta¹⁰² que en uno o dos años se logrará consolidar la presencia de CBH, por los tiempos políticos.

1.11 Las funciones del CBH

Las funciones de los comités son prácticamente semejantes en cuanto formación bioética para el CBH, función educativa interna para el CBH; y la función educativa externa corresponde propiciar una función educativa para el personal de la unidad de salud y con ello una cultura, bioética¹⁰³.

- Las recomendaciones éticas en situaciones conflictivas o riesgosas, tales como hemodiálisis, trasplantes, cirugía de muy alto riesgo, en problemas emergentes científicos o tecnológicos que involucren elementos bioéticos, como la fertilización asistida, transferencia de embriones, SIDA, donación de órganos, etcétera.
- Denuncias de casos que puedan comprometer la responsabilidad de los médicos, de profesionales de colaboración médica, o del Servicio de Salud, análisis de casos clínicos problemáticos en los que la responsabilidad puede ser corresponsabilidad con la familia y/o institucional y/o social
- La asistencia de los pacientes críticos.
- Asesoría el cuerpo directivo cuando existe conflicto de valores en el marco de los derechos humanos.
- Asesorías externas a otras unidades médicas o a otros CBH.

Pierrri - Ruckauf - Pereyra Arandia de Pérez Pardo - Piuzzi

¹⁰¹ Monografías de ACTA BIOETHICA se publica en 2009 con un aporte adicional de CONICYT Chile, concedido por concurso del Fondo de Publicación de Revistas Científicas 2008.

¹⁰² Comentario personal en la Reunión de la UNESCO en México nov 2009.

¹⁰³ *Ordre de creació del Comitès Ètics Assistencials (Generalitat de Catalunya, Ed. Funden Madrid. 1993)p.*

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Las Funciones excluidas de un CBH en los países estudiados se encuentran de acuerdo en los criterios de exclusión:

- El CBH debe evitar sustituir la toma de decisiones de otros.
- Aquéllos en los que una sola línea es la involucrada y no existe conflicto de valores; por ejemplo, los jurídicos, laborales, y los socio-económicos
- Tampoco participará en procesos de investigación en los que el modelo será obligatorio.

1.12 Qué se espera de los comités de bioética hospitalarios en los países de Iberoamérica

Lo esperado del CBH como grupo asesor que emite recomendaciones argumentadas pertinentes y evita el intrusionismo es semejante en cada uno de los países, pero existen expectativas diversas que deben ser analizadas.

- La tolerancia clave en el desarrollo de las funciones de los CBH.
- La importancia de crear reputación de competencia y no de intrusismo.
- No tendrán fuerza vinculante y no eximirán de responsabilidad ética y legal a los profesionales intervinientes ni a las autoridades del hospital.
- Respalda a los profesionales de la salud contra cualquier demanda judicial para que los asuntos morales o éticos sean tratados por un grupo especializado con el fin de que el resto del personal hospitalario se vea liberado de esos asuntos.
- Otras funciones son que el Comité beneficia a la institución o a los profesionales
 - Analizar casos que puedan comprometer la responsabilidad de los médicos, o de profesionales de colaboración médica o del Servicio de Salud. Como puede ser la falta de corresponsabilidad civil (de la familia a las autoridades).
 - Es factible que en el conflicto de valores se emita una recomendación de corresponsabilidad y el grupo multidisciplinario en contacto con el grupo solicitante concluyan para avisar a las áreas que correspondan o se tengan acuerdos conjuntos con las políticas y posibles inclusiones a la normatividad vigente para la resolución de los mismos.
 - Informar a los pacientes sobre cuáles son sus derechos y responsabilidades mientras están en el hospital.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- Instancia de denuncia y defensa de los derechos violados o amenazados en el centro hospitalario.
- Instancia pluralista de análisis y resolución de los conflictos éticos concretos, que los profesionales o familiares de los pacientes no saben cómo resolver.
- Hacer de soporte emocional para los profesionales que a diario tienen que enfrentarse a decisiones muchas veces relacionadas con la vida y con la muerte de sus pacientes.
- Arbitrar sobre quien tiene que tener la última palabra al decidir, en caso de que el paciente esté inconsciente o sea incapaz.

Contexto para establecer las sugerencias y recomendaciones

Las recomendaciones se realizan en el marco de la tolerancia sin un carácter intrusivista, con un carácter ético y un modelo optativo.

La recomendación debe ser argumentativa incluyendo todos los valores implicados

La recomendación se realiza por el CHB, grupo asesor por consenso o si no se logra priorizando el problema¹⁰⁴.

Las opiniones o informes de los CBH no reemplazan ni disminuyen de manera alguna la responsabilidad profesional y personal de los médicos, sólo es ayuda para decidir mejor, al contar con claros fundamentos bioéticos.

Conservar un informe para el comité, otro a la dirección y a la persona que lo solicitó, se le debe dar información amplia, en algunos comités consideran no entregar documento por escrito, y no dejar el informe en el expediente, salvo en los archivos del CBH.

¹⁰⁴ En la reunión de la UNESCO en el mes de noviembre 2009, en México, la representante de Bélgica señaló que en la argumentación en su país, se responde si existe mayoría en orden de prioridad incluyendo todas las propuestas que se realizaron.

2. MÉTODO

2.1 Planteamiento del problema

Conocer los ámbitos¹⁰⁵ de competencia de un CBH, ya que aunque existen Guías emitidas por la UNESCO¹⁰⁶, la Carta de los Derechos Humanos, El Manual para Comités Hospitalarios de Bioética de la Comisión Nacional de Bioética¹⁰⁷, y el Manual para Comités Locales de Ética Clínica, del Instituto Mexicano del Seguro Social, los CHB, al enfrentar un conflicto bioético, en la práctica cotidiana, carecen de precisión y se vuelven casuísticos y confusos para emitir recomendaciones en el área de la salud.

La confusión se presenta entre lo que es bioético y lo que corresponde a alguna otra disciplina con la que comparten funciones, como lo es la jurídica, la médica, social, ética, etcétera.

2.2 Justificación

El Comité de Bioética Hospitalario es la proyección en el tiempo de lo que representa la Corte de Nüremberg, sin ser pretencioso, sino responsable. Una conciencia social crítica, analítica y reflexiva que busca la armonía entre el vulnerable y su asistencia de salud, entre el paciente, la red de apoyo, el equipo de salud y la sociedad al resolver un conflictos de valores en el marco de la libertad, justicia y paz (Derechos Humanos), al ser fundados en el reconocimiento a la dignidad y la igualdad humana con la protección del régimen de derecho y la promoción de la Educación evitando desórdenes, e incluso la rebelión.

El ámbito de competencia de un CBH no es sencillo, requiere el análisis prudente, formal argumentado para la obtención de recomendaciones dignas al mejor ser humano, el que se encuentra frente a mí: mi paciente.

¹⁰⁵ La situación de los Comités de Ética Asistencial, de facto, en países de Iberoamérica no surgen de manera espontánea, sino que su puesta en marcha y funcionamiento ha pasado a considerarse ya un criterio de calidad en la gestión de las instituciones sanitarias, sobre todo de los grandes hospitales y centros de referencia. Comunicación personal del Dr. Miguel Moreno Muñiz, Miembro del Comité de Ética Clínica del Hospital del Murcia, con la Dra. Dafna Feinholz.

¹⁰⁶ La Guía N° 1. Creación de Comités de Bioética, UNESCO 2005, (Ver Anexo 1.)

La Guía No 2. Funcionamiento de los Comités de Bioética: procedimientos y políticas, UNESCO 2006, y (Ver Anexo 2). La Guía No 3. Capacitación de los Comités de Bioética, UNESCO 2007.(Ver Anexo 3)

¹⁰⁷ Manual para Comités Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Enero 2010

2.3 Objetivo general

Identificar el ámbito de competencia del Comité Hospitalario de Bioética para emitir recomendaciones en dilemas bioéticos.

El paciente con un conflicto de valores en el marco de los derechos humanos fundamentales (laboral, médico-legal, económica, social, de normas y/o de protocolos institucionales éticos o bioéticos) resultará beneficiado al realizar un análisis lo más completo posible de la circunstancia dilemática para obtener una recomendación del CBH y que puntualice los conflictos de valores y que tome la decisión más adecuada a los intereses del proyecto de vida del paciente mismo¹⁰⁸.

2.4 Objetivos particulares. CHB del HGR No1.

- Las características de integración CHB del HGR No 1 de acuerdo con otros comités que se han desarrollado en otros países.
Esta integración plural, que es enriquecedora, tiene que sortear dificultades por su asimetría educacional, como lo es entre una persona de intendencia, un administrativo, un médico, una enfermera, una trabajadora social u otra categoría.
- Las funciones de los CHB del HGR No 1, al puntualizar las funciones de cada uno de los integrantes del comité y el papel que desarrolla en el mismo, su cumplimiento y la preparación que realiza, no siempre las adecuadas. Algunas veces, los administrativos sólo quieren referirse a temas que sean de su área.
- Al identificar la ubicación del CHB en el organigrama de la institución, en forma comparativa con otros comités en los países elegidos, al conocer el ámbito de competencia e identificar las áreas en conflicto dentro del contexto del paciente (macronivel).

¹⁰⁸ Abad Zapata, D. Coordinador General de familias en acción Modulo Proyecto de Vida - Monografias.com. monografias.com/trabajos14/proyectovida/proyectovida.shtml. Famenaves[arroba]Hotmail.com. Proyecto de vida es una imagen futura de tu persona desarrollada sobre ti mismo, tomando en cuenta la realidad en la cual te desarrollas. Su finalidad es ser la guía de tu proyecto de vida personal, en un contexto de cambios y disminuir la posibilidad de que pierdas el rumbo. La visión es una apuesta movilizadora sumamente útil para un proyecto de vida, ya que nos sitúa en un perspectiva de mediano y largo plazo, haciéndose explícito el sentido y significado de nuestro trabajo, debe resaltar los distintos aspectos considerados relevantes para ti. La visión responde a: ¿quién soy?, ¿hacia dónde voy?, ¿cómo me veo en el futuro?, ¿cómo quiero que me vean en el futuro?

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- Conocer el ámbito de competencia para el análisis del contexto del paciente inmerso en el dilema bioético (micronivel), antes de la enfermedad, su tiempo de inicio y su proyecto de evolución de acuerdo con la medicina basada en evidencias, ya que la diferencia entre un paciente con un proceso agudo de recuperación inmediata, ej. una apendicitis con una evolución óptima y de rápida recuperación, integrándose a sus actividades en forma habitual, contra una secuela de una enfermedad cerebro-vascular que deja a un paciente parapléjico con pérdida de la autonomía, tanto para la toma de decisión libre para un consentimiento informado que estará limitado en su actividad motriz; secuela crónica que requiere además de apoyo, un paciente dependiente de redes de apoyo (familia o amigos), los que frecuentemente tendrán que tomar decisiones como tutores. Este esquema muestra dos: momento uno, tiempo y gravedad de la enfermedad coparticipando con la red de apoyo cercana y en otras, institucional.
- Favorecer la preparación en Bioética para el propio Comité, con objeto de conocer los tratados internacionales y los nacionales, las leyes del país y los derechos humanos universales como la normatividad vigente. Además de cómo analizar un caso bioético es necesario contar con un mínimo de herramientas bioéticas que permitan el análisis crítico y autocrítico como la argumentación de un problema. Para el equipo de de salud y la derechohabencia debe prepararse material didáctico, rota folios cápsulas informativas, sesiones generales, cursos de la problemática sobre derechos humanos que se presenten en el hospital y de interés, sociodramas, y todo lo que favorezca el conocimiento y la práctica de los derechos humanos universales. La bioética se vive día a día, es la manera de vivir, si la persona logra ejercer sus valores tendremos una sociedad virtuosa. Otra forma de participar en la educación y formación de la bioética es con asesorías internas en la unidad médica y externas a otras unidades.

2.5 Tipo de diseño. Análisis descriptivo casuístico.

El método en que se basó este estudio¹⁰⁹ es el análisis descriptivo de un solo caso consistente en un corte transversal con las siguientes características metodológicas¹¹⁰.

Método inductivo, por ser el proceso de análisis para un solo caso, cuyos resultados son tomados para extraer conclusiones de carácter general.

La investigación de acción trata de unir a la investigación con la práctica a través de la aplicación, y se orienta en la toma de decisiones de carácter holográfico.

Son los lineamientos de los Comités de Bioética Hospitalarios emitidos por las Guías 1, 2, 3, de la UNESCO¹¹¹, en la Carta de los Derechos Humanos, la Comisión Nacional de Bioética y los indicados en el Manual para Comités Locales de Ética Clínica, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.6 Participantes

El paciente con un conflicto de valores en el marco de los derechos humanos fundamentales (laboral, médico-legal, económica, social, de normas y/o de protocolos institucionales éticos o bioéticos) resultará beneficiado al realizar un análisis por el CBH en forma integral.

Criterios de exclusión

Los axiomas¹¹², que pertenecen al campo de la filosofía, no son tomados en cuenta en particular cuando se mezclan y por tanto no pueden generar conflicto. Ej. Amparo jurídico directo de las personas o del hospital, juicios sobre la ética profesional del personal sanitario, toma de decisiones en sustitución del personal responsable, análisis de los problemas socioeconómicos o aspectos directamente laborales

¹⁰⁹ Hulley, Stephen B Cummings Steven M. Grady Deborah G. Newman Thomas B. Diseño de Investigaciones Clínicas Wolter Klunwer. Lippincott. William & Wilkins. 2007. Traducción por Jacuotot Ma. del Sol, A.P.G. Estudi Gráfico, S.L USA. 3era ed. 2007, 59-59.

¹¹⁰ Grayson T.H. 2002

¹¹¹ V. cita Anexo 1, 2, 3.

¹¹² Del lat. axioma. 1. Proposición tan clara y evidente que se admite sin necesidad de demostración. Diccionario de la Real Academia Española. 22º ed. 2007.

2.7 Definición de variables

Variables Independientes o Predictiva:

Circunstancias de cada área: legal, social, médica, *praxis*, ética, bioética, etcétera.

Variable Dependiente o Resultado:

Conflicto de valores entre circunstancias laborales, médico-legales, económicas, sociales, normas y protocolos institucionales, bioéticas o éticas.

Variable de Control:

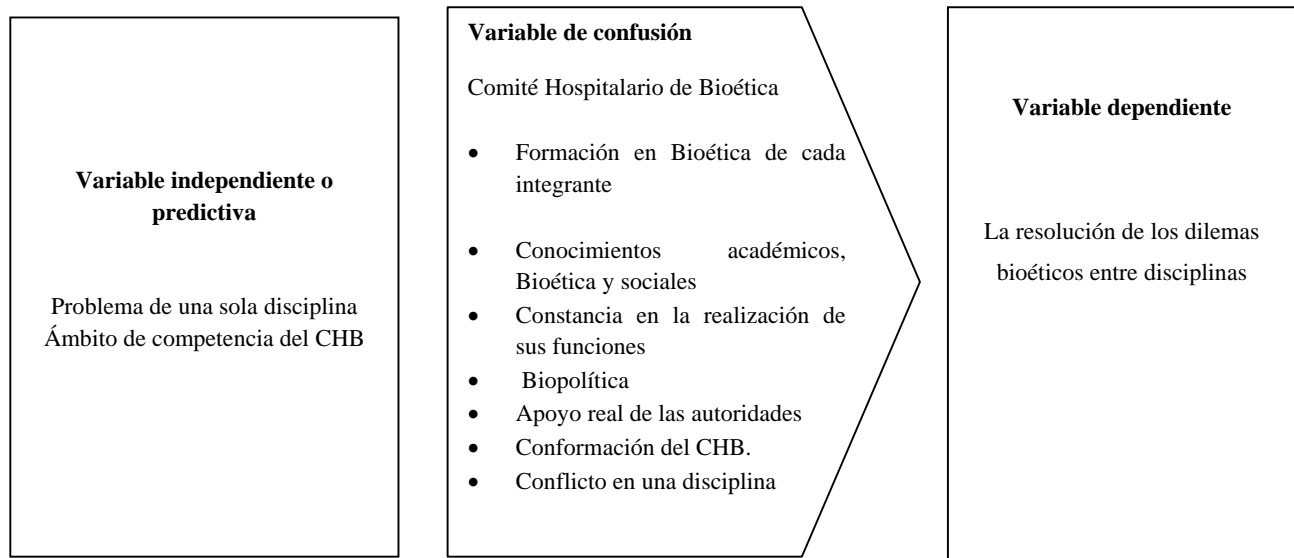
Comité Hospitalario de Bioética presenta situaciones que corresponden directamente al Comité, y los factores internos y otros, ajenos al mismo, los factores externos.

Los factores internos están en función de quiénes integran el Comité, diferencias de estratos sociales, los conocimientos académicos, bioéticos y sociales así como de constancia en la realización de sus funciones en el CHB.

Los externos son las políticas gubernamentales que repercuten en el desarrollo de las actividades del Comité, biopolítica, el apoyo real de las autoridades en la unidad médica y la conformación del CHB con respecto a la autoridad y su autonomía.

Otras situaciones importantes que no presenten conflicto de principios, valores e intereses.

Diagrama 1



RESULTADOS

3.1 Contexto del paciente

Ubicación de la persona en busca de prevención o del paciente, vulnerable en valores y principios que respetan su autonomía y dignidad de persona.

Con respecto al paciente al presentarse frente al médico o al equipo de salud sus circunstancias son desiguales por razones obvias. El paciente se encuentra enfermo y es inexperto en el arte de la medicina, condiciones que lo ponen en desventaja. De tal forma que, el paciente se encuentra dependiente del médico por diferencia de experiencia y conocimientos¹¹³.

Desde la perspectiva **social** existen diferencias entre los pacientes por causas de la edad, situación económica, cultural y estigmatización¹¹⁴. Además, el paciente, cuando su autonomía física o motriz se encuentra vulnerada, depende de otras personas como la familia, los amigos, la sociedad; esta red de apoyo que puede ser transitoria, en lo que el paciente se recupera o se adapta a su minusvalía. Otros no logran obtener su autonomía física total o parcial y quedan a expensas de la red de apoyo para su subsistencia, protección, cuidado y alimentación, lo que requiere de cambios de estilo de vida, no sólo del paciente sino también de la red de apoyo, lo que redundará en faltas al trabajo, renunciadas, representando altos costos familiares o sociales, mucho más cuando nuestra sociedad no está educada, capacitada y preparada para el manejo de pacientes crónico-degenerativos cuya incidencia se incrementa con el aumento de sobrevida en el país.

En el hospital al que pertenece el presente estudio, Hospital General Regional No 1 Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro¹¹⁵, IMSS.

¹¹³ Se recuperan los conceptos de *phýsis* y *téchnè* como elementos de los que surge el arte de la medicina. Se analiza su estructura mediante el saber y hacer médico circunscritos a un acompañamiento del ser humano por el mundo de la vida y, la situación-límite del paciente permite recuperar el consejo médico.

¹¹⁴ Estigmatización (del latín *stigma*, «marcar con hierro candente en señal de infamia»): Una vez elegida la víctima, comienza el acoso propiamente dicho. Las técnicas básicas de acoso para la progresiva destrucción psicológica de una persona. Boletín de noticias sobre acoso psicológico 15.11. 2002 p 174.

¹¹⁵ Fuente: Diagnóstico de Salud de la Zona "Gabriel Mancera" Instituto Mexicano del Seguro Social, DIMAC se encuentra organizada con : las Unidades de Medicina Familiar que son del 1er nivel de atención 1, 4, 9, 28, 38, 42 y del 2º nivel se encuentra el Hospital General Regional No. 1 "Gabriel Mancera" en total año 2007, 692,231 derechohabientes adscritos, 68.10 % hacen uso de los diferentes servicios que proporcionan las unidades médicas, un incremento del 6 % con respecto al año anterior.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Las diez enfermedades más frecuentes en la consulta externa de especialidades son enfermedades por VIH, diabetes mellitus, hipertensión arterial esencial, insuficiencia renal crónica, dorsalgia, hiperplasia de la próstata, enfermedad isquémica crónica del corazón, catarata senil incipiente, enfermedad cardíaca hipertensiva, epilepsia; todas ellas con el tiempo causan daños a otros órganos blanco y producen limitación y codependencia con su costo correspondiente.

Desde la perspectiva **legal** se debe tener presente los derechos y obligaciones del médico¹¹⁶, del equipo de salud¹¹⁷, del paciente¹¹⁸ y de la red de apoyo¹¹⁹.

En el ámbito **económico** los derechos y obligaciones a los que tiene el médico, el equipo de salud de ser remunerados y cumplir con una jornada determinada. Pero también los derechos económicos que por justicia corresponden al paciente como son los de la seguridad social.

¹¹⁶ Carta de los Derechos Generales de los Médicos. diciembre de 2001, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

¹¹⁷ Decálogo del equipo de Salud. Hospital General Regional No 1, Comité de Bioética Hospitalario 2006.

“Cada uno de los integrantes del hospital asumimos...

- Mantener una conducta honesta y leal en la atención.
- El compromiso que a cada uno le corresponde, en la prevención, cuidado, terapia, y la recuperación para una mejor calidad de vida.
- Proteger la integridad de los enfermos al otorgar una atención médica con el mayor beneficio y el menor riesgo posible.
- Establecer una relación profesional, humana, digna, respetuosa en la atención sin distinción de raza, estigmatización sexual, clase social, credo o preferencias políticas.
- Conservar discreción profesional con cuidado de la vigilancia epidemiológica.
- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para el que recibe la atención como para el que la otorga.
- Compartir las experiencias y conocimientos en beneficio de todos para proyectar un bien común.
- Propiciar una convivencia bioética entre los colegas en el ejercicio de la medicina.
- Promover la investigación básica, clínica y educativa para producir el desarrollo del conocimiento.
- Fomentar el cariño, la mística en el trabajo y el reconocimiento a la excelencia.

Un Hospital unido por la salud....

¹¹⁸ Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, diciembre de 2001, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

¹¹⁹ Destaca la notable significación de los principios de la concepción sistémica, de la objetividad, la multifactorialidad, el historicismo y de la práctica social transformadora, en su aplicación a la gestión asistencial y se argumenta que en las condiciones mundiales actuales del ejercicio de la medicina, la clásica relación médico-paciente se ha expandido a la relación equipo de salud-paciente-familiar. La relación equipo de salud-paciente-familiar ... establezca con el enfermo y los familiares sea positiva o negativa, pese a que ... y de que dicha responsabilidad se generalice a todo el equipo, para hacer

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

El carácter **ético** en el cumplimiento de la normatividad establecida por los Contratos colectivos y de trabajo.

El enfoque **bioético**, al encontrar al paciente con los derechos humanos correspondientes. El paciente y el equipo de salud se encuentran bajo responsabilidades tanto del paciente para su tratamiento y con respecto al equipo de salud, como equipo de salud ante el mismo y ante el paciente.

3.2 Intervención en un Hospital General Regional, de 2º y 3er nivel en México IMSS. Políticas e integración CLECS. IMSS

Educación Continua:

1. Contar con marco teórico básico para el desarrollo de las funciones del comité de bioética Código de Bioética del HGR no 1.
2. Calendario formal de actividades.
3. Cronograma de actividades anuales.
- 4 En la última semana de octubre Seminario de Ética Clínica 2009.
5. Sesión General del Hospital. 8 sesiones distribuidas de febrero a diciembre.
6. Comité Local de Ética Clínica. Cada tercer miércoles de cada mes a las 18:00hrs 1 Auditorio HGR no 1º en la cafetería. Pendiente
7. Sesiones: temática, caso clínico, socio drama e investigación. Pendiente
8. Iniciar sesiones del Comité itinerante, por la noche y en jornada acumulada, cada 2 meses. Pendiente
9. Invitación formal a los integrantes del comité con base en su trayectoria: de los miembros del comité y fusiones de acorde a la normatividad.
10. Difusión del Decálogo en el equipo de salud.
11. Programar y llevar a cabo Seminario de Información, de las Normas y Reglamentos Éticos Médicos del Hospital.
12. Participación reuniones de Ética Médica Nacionales e Internacionales.
13. Cápsulas informativas.
14. El Comité Hospitalario se encuentra constituido y trabajando.

Las características e integración

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Se conforma con miembros del equipo de salud con características multidisciplinarias además de:

- Voluntarios
- Miembros 5 y 25 (12)
- Vocales:
- Médico(s)
- Enfermera (s)
- Administrativo
- Trabajo social, Psicólogo,
- Técnicos, Administrativos,
- Asesores externos: Asesores religiosos: sacerdote católico, un presbiteriano, testigo de Jehová, judío, musulmán, etcétera.
- Abogados
- Paciente
- Miembro de la comunidad.
- Intercambio de integrantes porque se han retirado:
 - 3 médicos
 - 2 enfermeras
- Han ingresado
 - 3 médicos
 - 2 enfermeras
 - Instalación en 2005

3.3 Funciones del CBH del HGR No 1 Dr. Carlos Mac. Gregor Sánchez Navarro

- a. Crear prestigio de competencia: apreciación personal que se ha logrado.
- b. Educativas internas, CLEC, tarea constante.
 - Lecturas de documentos con crítica y autocrítica. Nivel central ha dado 3 cursos de sensibilización a la Bioética, incorporada a la Universidad Anáhuac

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- Talleres internos. Encuestas. Sesiones con expertos. Asesoría Posgrado Bioética UNAM. Cursos con la ANBM¹²⁰ Seminarios, sesiones de integración sociodrama, etcétera.
- Diplomados coordinados por Nivel central CMN
- Comisión Nacional de Bioética un curso para CBH al CBH

c, d, e, f,. Actividades educativas externas

Maestría en la UNAM. Bioética

Talleres

Ingreso a la Academia Nacional Mexicana de Bioética de 22 miembros del equipo de salud HGR No 1, incluyendo 2 directores y el subdirector y jefes de servicio, Terapia Médico Intensiva, Inhaloterapia, Algología y Atención del Enfermo Integral.

Se han dado sesiones con conferencias y mesas de discusión coordinada a otras unidades de 1er, 2º y 3er nivel IMSS del D.F. Hospital General de México. Estados. Puebla, Tlaxcala, Ensenada BC. Edo. de México, Veracruz.

e. f. Se cuenta con colección de información tanto de libros, Artículos bibliográficas, películas, etcétera.

Diagnóstico situacional de la Bioética en 2006 de CLECs en el área metropolitana.

g. Problemas éticos que afectan el desempeño de la práctica clínica.

De acuerdo con los casos que se han presentado

e. Un dx sobre *consentimiento informado* y otro en el área metropolitana sobre conceptos bioéticos.

f. y g Se han realizado capsulas informativas en número de 11 sobre temas bioéticos, además se elaboró un decálogo para el equipo de salud

h. Se ha colaborado con algunos servicios

i. No hemos obtenido un adecuado espacio ni físico ni de tiempo para que los integrantes del comité puedan prepararse más y tener mayor número de casos.

j. Comunicación con otras unidades y otras instituciones si UNAM, IPN, Universidad Anáhuac. ANMB, Comisión Nal. de Bioética, SS, ISSSTE

k. Ayuda al personal de salud a pensar sistemáticamente, y por ellos mismos, acerca de

¹²⁰ ANBM Academia Nacional de Bioética Mexicano

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

la vida, muerte y su ética si, paulatinamente y en labor hormiga, ya que la limitación es;

l. Tiempo y recursos.

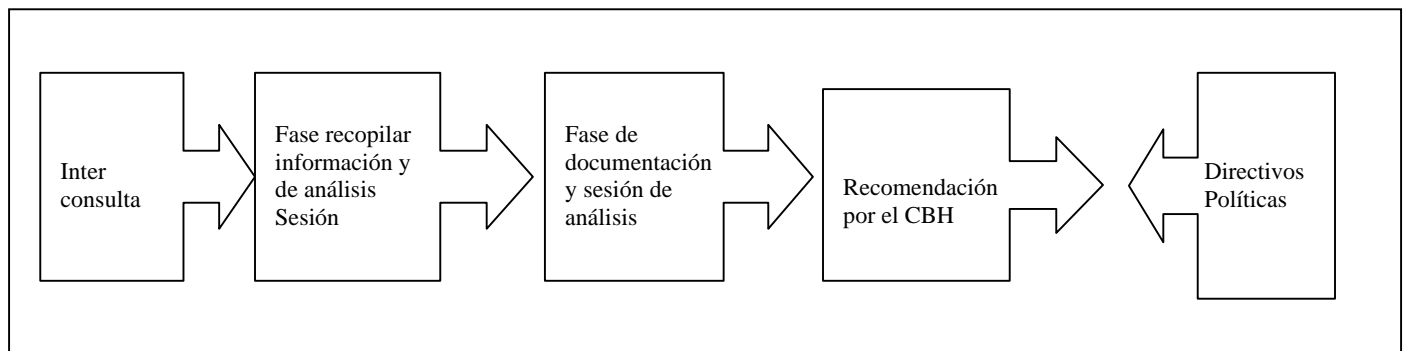
n. Se realizó un Código de ética del HGR No 1, se desea revisarlo y buscar apoyo para su publicación además de las cápsulas de información bioética.

Sesiones Generales de información se realizan al año un promedio de 8 sesiones y un Seminario anual. Contamos con el 5° Seminario Anual en 2010.

Requisitos de Instituciones extranjeras solicitan que el CLEC avale un protocolo de investigación.

3.4 Las recomendaciones en el Comité de Bioética Hospitalario del HGR No 1

Se comienza con la solicitud para el Comité de Bioética Hospitalario cuando se requiere de una consulta. Ésta se realiza en forma verbal o por escrito, la solicitud debe señalar cuál es el motivo de la interconsulta desde el punto de vista de quién lo solicita.



Flujograma para solicitar una recomendación al Comité Hospitalario de Bioética

Después de realizar el análisis del caso se procede a las recomendaciones:

- Se realizan evaluaciones de casos con conflicto de valores y principios, derechos humanos, se dialogan entre los miembros del comité con asistencia del asesor (es) externo(s) si se requiere para el caso en especial.
- Se emiten recomendaciones y el médico tratante en especial, en conjunto con su paciente y frecuentemente solamente éste toma la decisión.
- La recomendación se informa a la dirección y al que lo solicitó y queda un oficio argumentativo de acuerdo a prioridades en archivo del CLEC - CHB

Funciones excluidas el que hacer de un Comité de Bioética Hospitalario

- Por un periodo de 2 años el comité elaboró evaluación de protocolos de investigación como apoyo al Comité de investigación
- Actualmente se le ha solicitado cuando se requiere de un protocolo en conjunto con bancos de sangre internacionales.
- No intrusivo.
- No consejería
- No legales
- No laborales

3.5 Propuesta para abordar un caso clínico en el HGR No I al emitir recomendaciones

Se considera que para el abordaje de un caso clínico hay dos ejes el de las Y encontramos a la persona sana o enferma: con el ejercicio de los principios en el marco de los derechos humanos, una bioética de intervención¹²¹ con el derecho de las personas al acceso a los sistemas sanitarios y a los medicamentos esenciales en el mundo contemporáneo para su mayor bien-estar. La ubicación del estado de salud de acuerdo a la medicina basada en evidencias; con ello el punto A. corresponde al estado médico del paciente y el punto B a sus preferencias. Este eje Y se desplaza en el tiempo de inicio de la enfermedad con el momento del estudio, agudo, crónico, con respecto al momento estadístico y epidemiológico de la enfermedad¹²² de acuerdo a los principios fundamentales de los derechos humanos que se encuentran en el enfermo o persona vulnerada, esto permite ubicar a la persona de acuerdo a la autonomía y competencia, y con ello si se encuentra conservada para su autosuficiencia y el ejercicio de la toma de decisiones para sus preferencias.

¹²¹Garrafa, V. & Porto, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6): 399-416, 2003.

¹²² Se ha señalado que los objetivos fundamentales de la MBE son:

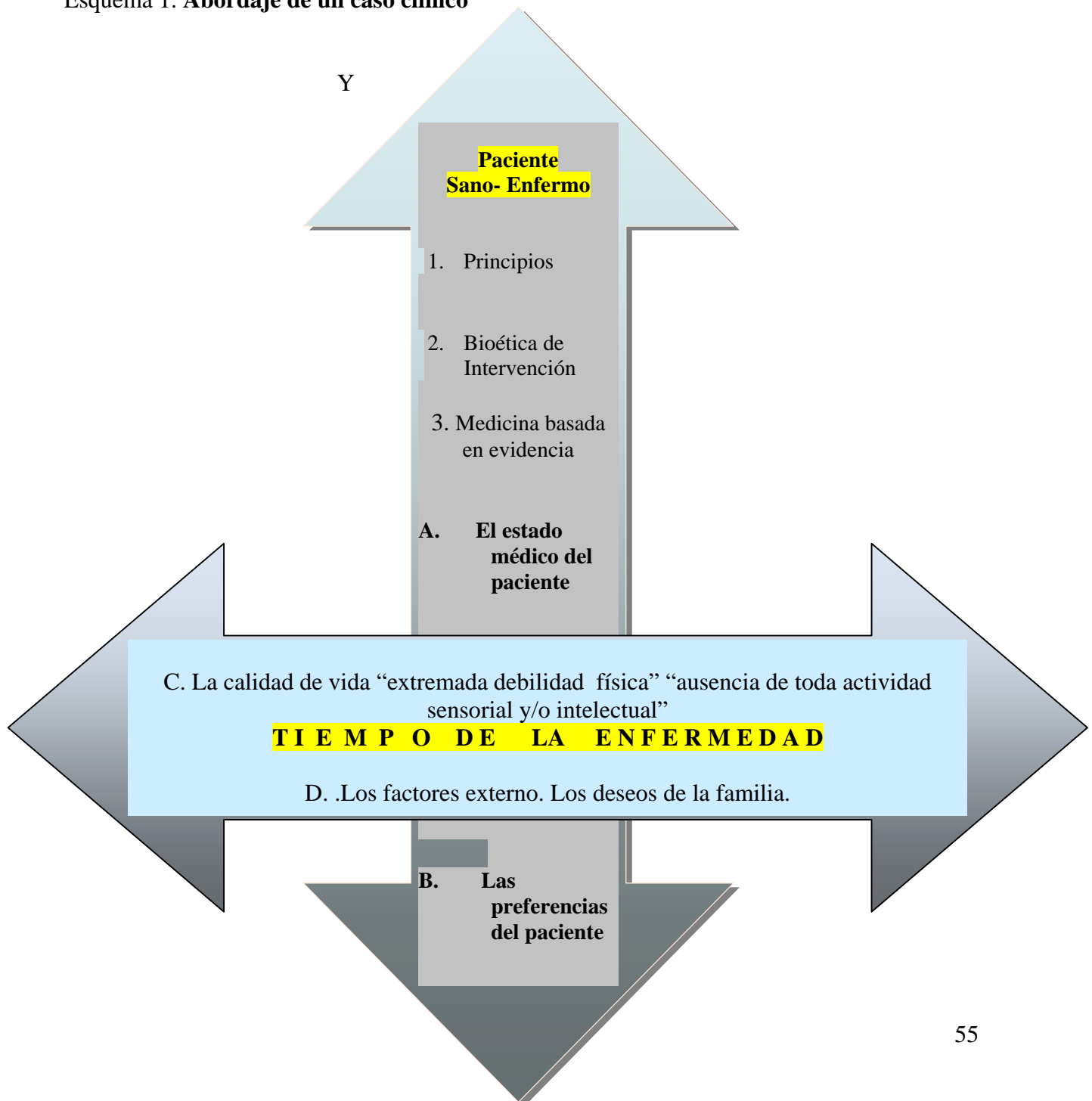
1. Evaluación de la literatura médica.
2. Reducción del margen de error.
3. Sistematización de la educación continuada.
4. Disminución del autoritarismo en la enseñanza y la práctica médica.
5. Racionalización de los costos.
6. Humanización de la relación médico-paciente.

Díaz Novás J., Gallego Machado BR. Medicina basada en evidencias. Controversias actuales. 3-4 Trabajos de Revisión Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(3)

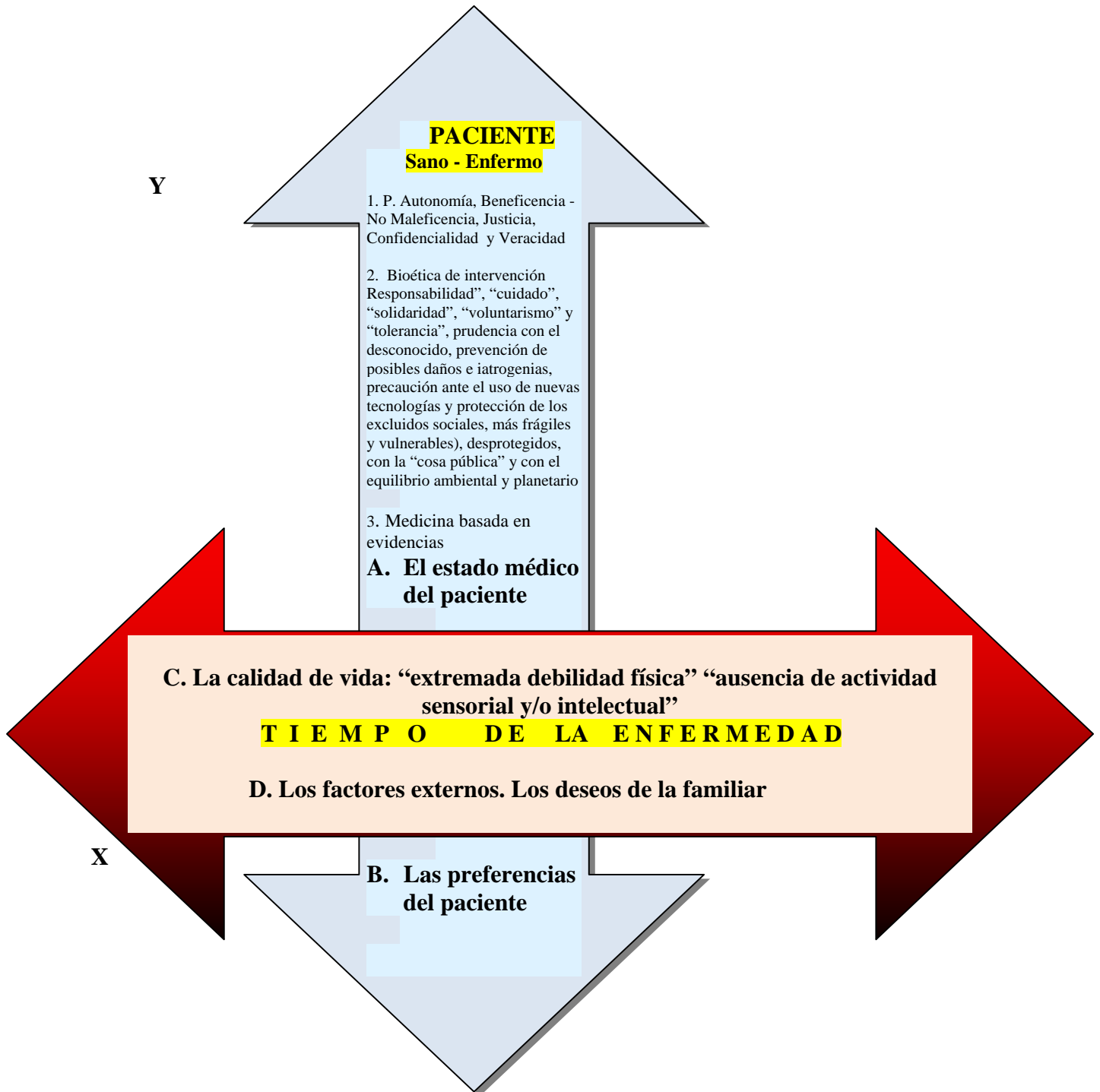
Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

El eje de la X corresponde al tiempo en el que el paciente ha sufrido la enfermedad, C. la calidad de vida y el proyecto vital que le otorgan características de “extrema debilidad física” “ausencia de toda actividad sensorial y/o intelectual” que estarán marcando la codependencia y la necesidad de una red de apoyo, punto D, que involucra los factores externos con los deseos de la familia o red de apoyo, que en no pocas ocasiones corresponderá a ser alguno de ellos el tutor o representante legal, a partir de este momento la autonomía será muy restringida y mayor su codependencia. (Esquema 1 y 2. Abordaje de un caso clínico)

Esquema 1. Abordaje de un caso clínico



Esquema 1. Propuesta para un caso clínico en su ámbito de competencia



El resultado de este análisis logra establecer el ámbito de competencia en el micronivel o atención del paciente, favorece el quehacer del CHB con objeto de proporcionar una mejor

calidad de atención al paciente, a la familia, además de una opción de colaboración para el equipo de salud.

3.6 Tres casos prácticos

Caso1

Solicitud. Dra. X

Servicio. Clínica de SIDA.

Paciente. Femenina de 21 años con GII PI Ab 0 C0 FUR 15 de dic 2007.

Antecedentes. A los 16 años parto eutócico, con una hija sana, poco después se separa del papá.

A los 19 años ingresa al hospital (junio de 2005) con VIH Estadio B2 y tuberculosis pulmonar. La carga viral inicial era de 202,000 copias, y los CD4 de 280 células. Se inicia tratamiento para tuberculosis por 8 semanas y previa confirmación de no embarazo se agrega tratamiento antirretroviral, ARV, con zidovudina, lamivudina y efavirenz. La respuesta inicial fue buena, llegando a carga viral menor a 50 copias y CD4 de 330 células cuatro meses después de iniciado el tratamiento antirretroviral. En enero de 2006, tenía ya 6 meses de tratamiento antituberculoso, y se realiza carga viral que resulta en 7000 copias, con CD4 de 320. Se interroga a la paciente y se confirma que ha suspendido algunas dosis, se le conmina a continuar ambos tratamientos de forma adecuada y se cita en 3 meses. Cumple 9 meses de tratamiento ARV, incrementa 10 Kg de peso, se encuentra en buenas condiciones generales, pero la carga viral continúa en incremento llegando a 34,000 copias en mayo de 2006. Se realiza un genotipo que hace evidentes mutaciones para efavirenz y para lamivudina y se modifica a abacavir, didanosina y atazanavir reforzado. Las citas posteriores de la paciente son irregulares y en noviembre de 2006 la carga viral está ya en 210,000 copias y los CD4 se mantienen en 300 células, se le interroga sobre apego y refiere que ha decidido suspender el tratamiento ARV por indicaciones de su pastor. Desde esa ocasión se le insiste en reiniciar tratamiento, pero la paciente no acepta sino hasta marzo de 2007, y nuevamente logra carga viral indetectable en julio de 2007, pero en la cita de noviembre de 2007 nuevamente la carga viral se eleva en esta ocasión hasta 280,000 copias con CD4 de 290 células. Se le convence de tomar los retrovirales nuevamente, pero la paciente no acude a resurtir medicamentos hasta que se presenta en marzo del 2008 con 3 meses de embarazo, e informa

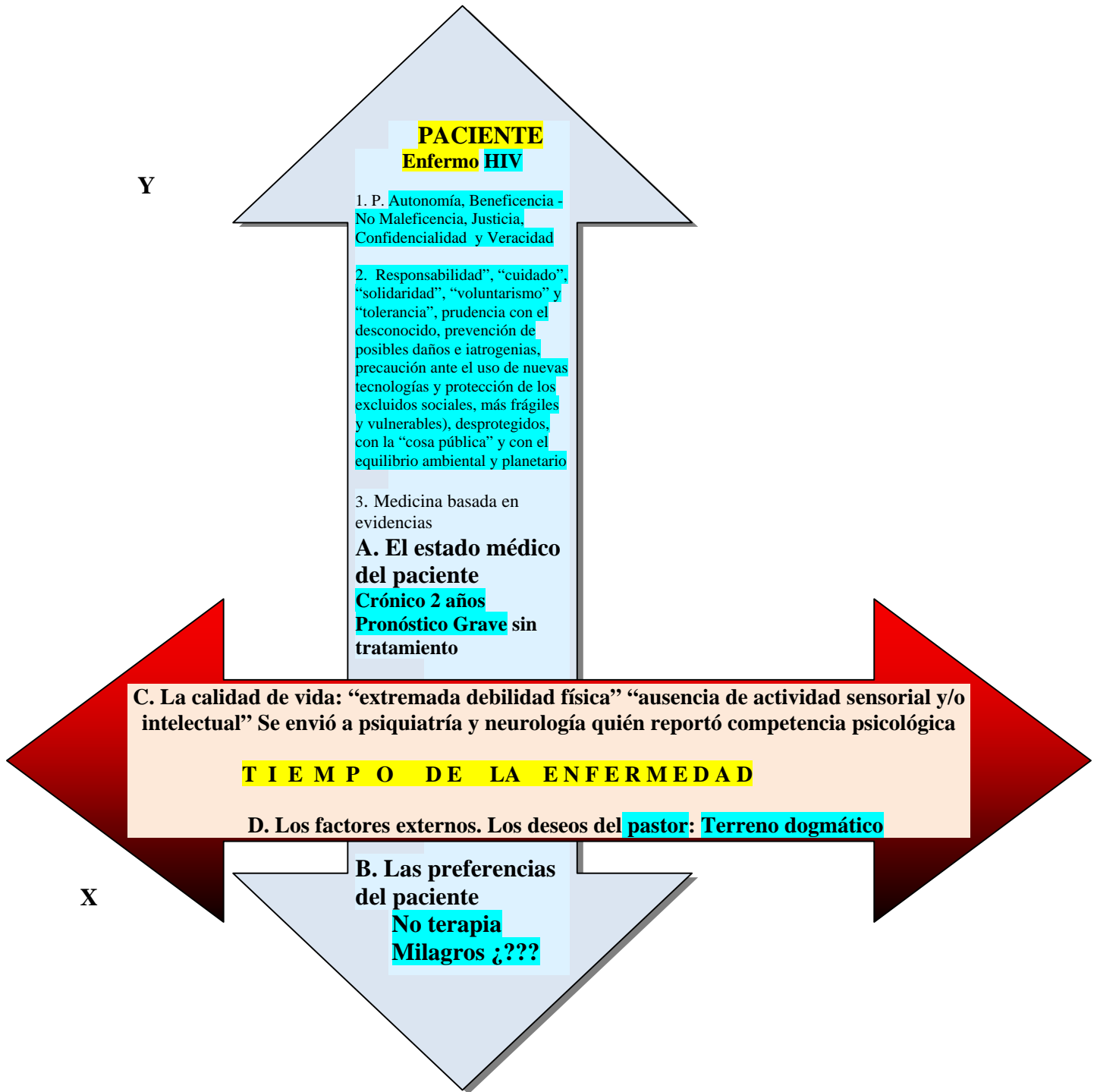
Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

que conoció a un “pastor” y le asegura que la fe es suficiente para tener salud, tanto ella como el bebé. Se le informa en esa cita que hay posibilidades de que el bebé nazca infectado si no toma ARV, y que en cambio si los toma hay cerca del 100 % de posibilidades de que nazca sano, al parecer se le convence de tomar medicamentos, pero en la consulta de junio del 2008, con 6 meses de embarazo informa que durante los últimos 8 meses no se ha tomado los medicamentos, cuando los recibe los regala a los pacientes que están en la consulta de VIH. Refiere sentirse bien y que su hijo también porque la fe la va a curar.

La médica de CLISIDA le reitera que si toma los retrovirales existe casi un 100% de que su hijo nazca sano. Pero la paciente insiste que el “pastor” dice que por la fe, va a estar bien y el bebé también, sin tratamiento, y los medicamentos los va ha seguir regalando por lo que no quiere las recetas. En los estudios de laboratorio se detecta anemia que, posterior a estudios de laboratorio se concluye que es por actividad viral, con Hb que desciende de 15 gr/dL a 10.8 gr/dL, carga viral 420,000 copias con CD4 de 170 células.

Intervención del CHB

Esquema1. Propuesta para un caso clínico No 1 en su ámbito de competencia



Identificación de conflicto de valores:

Paciente y madre de una niña y en el 2º semestre de embarazo: con mal proyecto para la vida y la función por tener una enfermedad crónica grave que produce inmunodeficiencia y haber presentado ya tuberculosis, con baja reserva fisiológica

Producto alto riesgo para la contaminación en el momento del parto.

Red de apoyo. No se encuentra apoyo familiar y el social de influencia coincide con un pastor que evita y sugiere no realizar tratamiento.

Institución limitada para algún manejo preventivo del producto ante la autonomía de la madre, además de que se retiran los medicamentos de alto costo y en su libertad regala los medicamentos que pueden beneficiar a otros perfectamente indicados por los médicos tratantes.

Recomendación. Insistir por parte del médico y dos médicos más en diferentes momentos para reportar la importancia y beneficio para ella y el producto de este embarazo e incluso de la hija aceptar su tratamiento La información de los datos de la OMS de que el producto del embarazo resulta sin complicaciones en un promedio que va del 85% hasta el 92%. No aceptó.

Se canalizó a su UMF para control prenatal ante el deseo de no manejarse con terapia de Antiretrovirales.

Caso 2

Solicitud del médico tratante.

Servicio. Medicina Interna.

Paciente. Femenina de 16 años soltera del estudiante preparatoria procedente del D.F., de la colonia Netzahualcóyotl, católica, tabaquismo 5 cigarros diario desde los 12 años. Etilismo 2 días a la semana llegando a la embriaguez desde los 14 años. Drogadicción desde los 14 años. Vida sexual activa desde los 13 años. No de parejas sexuales varias. Refiere la madre que sale con sus amigos y se meten en una alberca sin conservación a nadar. Inicia su padecimiento actual 4 meses antes de su ingreso con cefalea frontooccipital con constipación nasal y descarga retrofaríngea, fiebre precedida de escalofrío hasta de 40oC , tos, expectoración purulenta fétida, ocasionalmente con hemoptoicos, dolor torácico no incapacitante, disneizante, cianosis distal y labial, disuria inicial, transmiciconal y post miccional, flujo

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

pruriginoso fétido verdoso. Evacuaciones diarreicas en número de 7 a 8 al día con pujo y tenesmo cólico para evacuar, arrojando parásitos (gusanos redondo). Epigastralgia de 6 meses de evolución con melena en 3 ocasiones antes de su ingreso. La placa de tórax con infiltrado micro y macronodular derecha con derrame pleural derecho de 20 %. Lab Hb de 8 Hto de 24 Leucos de 18 000 con predominio de neutrófilos. Urocultivo con E. coli más de 100 000 colonias. Prueba de VIH neg. BAAR pendientes de orina y expectoración

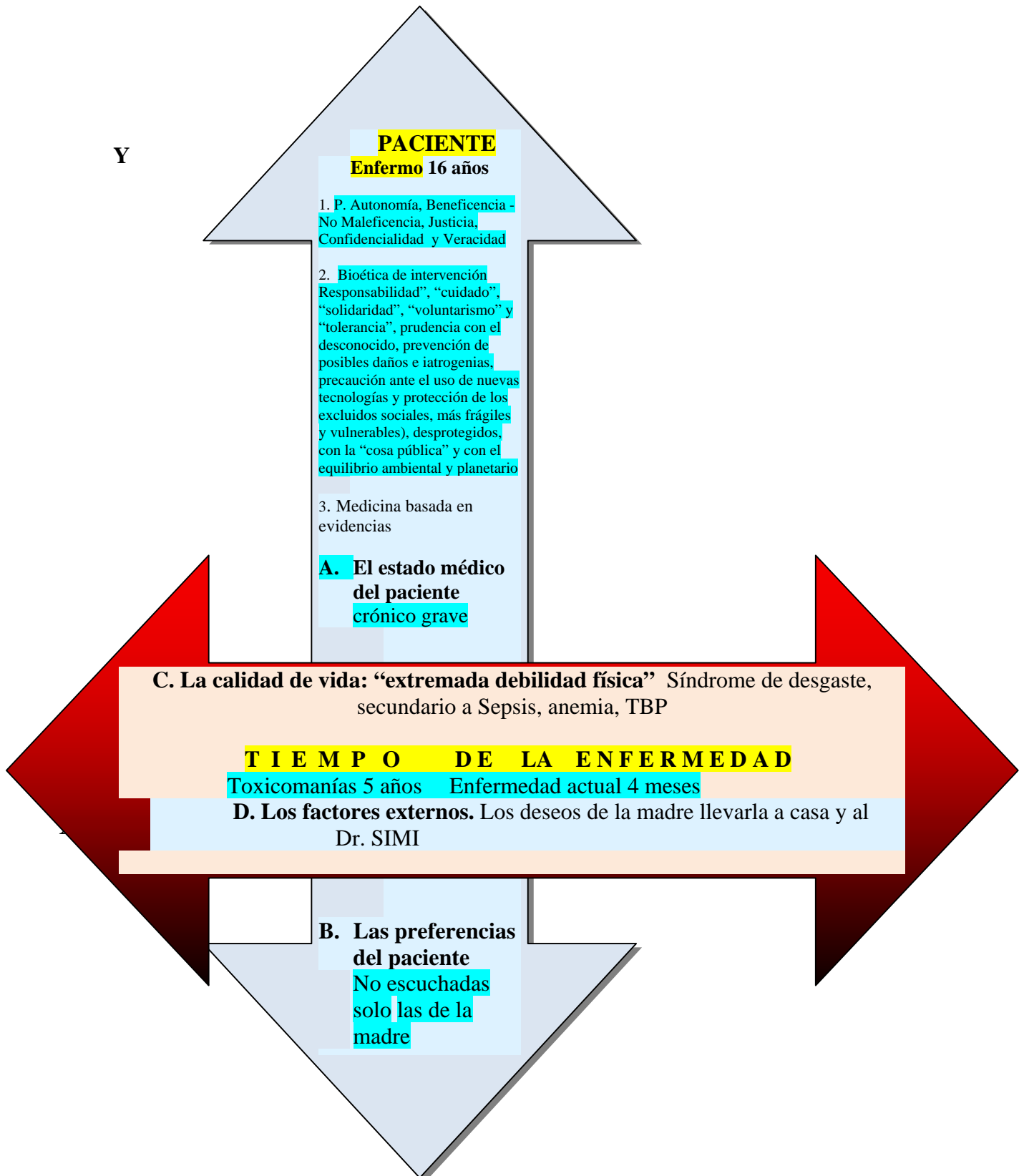
Impresión Diagnóstica:

- Hábito tabáquico, alcohólico y drogas.
- Sepsis: Neumonía adquirida en la comunidad, sinusitis, parasitosis, infección de vías urinarias, vulvovaginitis en remisión.
- Sangrado de tubo digestivo se realizó panendoscopia y presentaba esofagitis B de los Ángeles, gastritis y duodenitis por lo que se inició tratamiento con omeprazol y metoclorpromida su evolución fué adecuada.
- Síndrome anémico mejoró con infusión de hierro dextran, Ac. fólico y complejo B.
- Descartar TBP.

Se manejó con triple esquema de antibióticos teniendo franca mejoría pero al día inició con fiebre nuevamente de predominio vespertino nocturno. Cultivos en esta ocasión negativos BH con Hb 9 Hto de 27 Leucos de 7070 con predominio de linfocitos. y cultivos negativos Prob TB Hematógena los BAARes negativos. La evolución tórpida, con fiebre vespertina hasta de 40oC y síndrome de desgaste. La madre solicita alta voluntaria a pesar de la insistencia del médico tratante.

Caso 2. Propuesta para un caso clínico en su ámbito de competencia

Y



Intervención del CBH

Paciente que fue valorada ante la negativa de la madre para que permaneciera en el Hospital, el cuadro clínico de gravedad y las amenazas de demanda.

Paciente: el P. Autonomía se vio limitado por la edad de la paciente y que no era una joven emancipada. Grave con mal pronóstico sin tratamiento y evolución fatal como sucedió

La institución: Beneficencia en ese momento el tratamiento para tuberculosis no lo autorizaba epidemiología hasta tener los datos positivos, lo que restringió el tratamiento como prueba terapéutica, ahora ya se autoriza.

Madre: competencia de la madre e irresponsabilidad, en este caso era una jovencita de 16 años con abandono materno, con etilismo, tabaquismo y drogadicción, además de probable promiscuidad, la madre tarda 4 meses en llevarla al hospital y pide su alta a pesar de haberla visto grave para llevarla con el Dr. SIMI. Se debió haber enviado a la madre al neurólogo, psicólogo y al psiquiatra con objeto de evaluar su competencia y buscar una responsiva notarial, pero se consideró competente y se egresó.

La Norma oficial del expediente clínico dice que cuando un paciente se da de alta voluntaria debe llegar un médico para hacerse responsable del paciente y no se hizo.

Después de 10 días del alta el cultivo y PCR para TB se recibieron positivos. En ese momento el tratamiento para Tuberculosis no lo autorizaba epidemiología hasta tener los datos positivos lo que restringió el tratamiento como prueba terapéutica, ahora ya se autoriza.

Se localiza a través de trabajo social a la madre quién refiere haberla llevado con el Dr. SIMI y que falleció 8 días después del alta.

Caso 3

Solicitud de la dirección al Comité de Bioética. Poner una nota al expediente.

Servicio. Hematología.

Paciente. Femenina de 16 años, con antecedentes de importancia:

Constelación familiar: madre sola, con otros 2 hijos además de la paciente, con una relación reciente pero se encuentra con gran ansiedad.

La paciente estuvo internada una semana antes, en otra unidad hospitalaria en la que se realizó diagnóstico de Leucemia monoblástica aguda activa, sin aceptar tratamiento ya que la madre consideró que no era cierto y la llevaba de paseo. Px médico

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

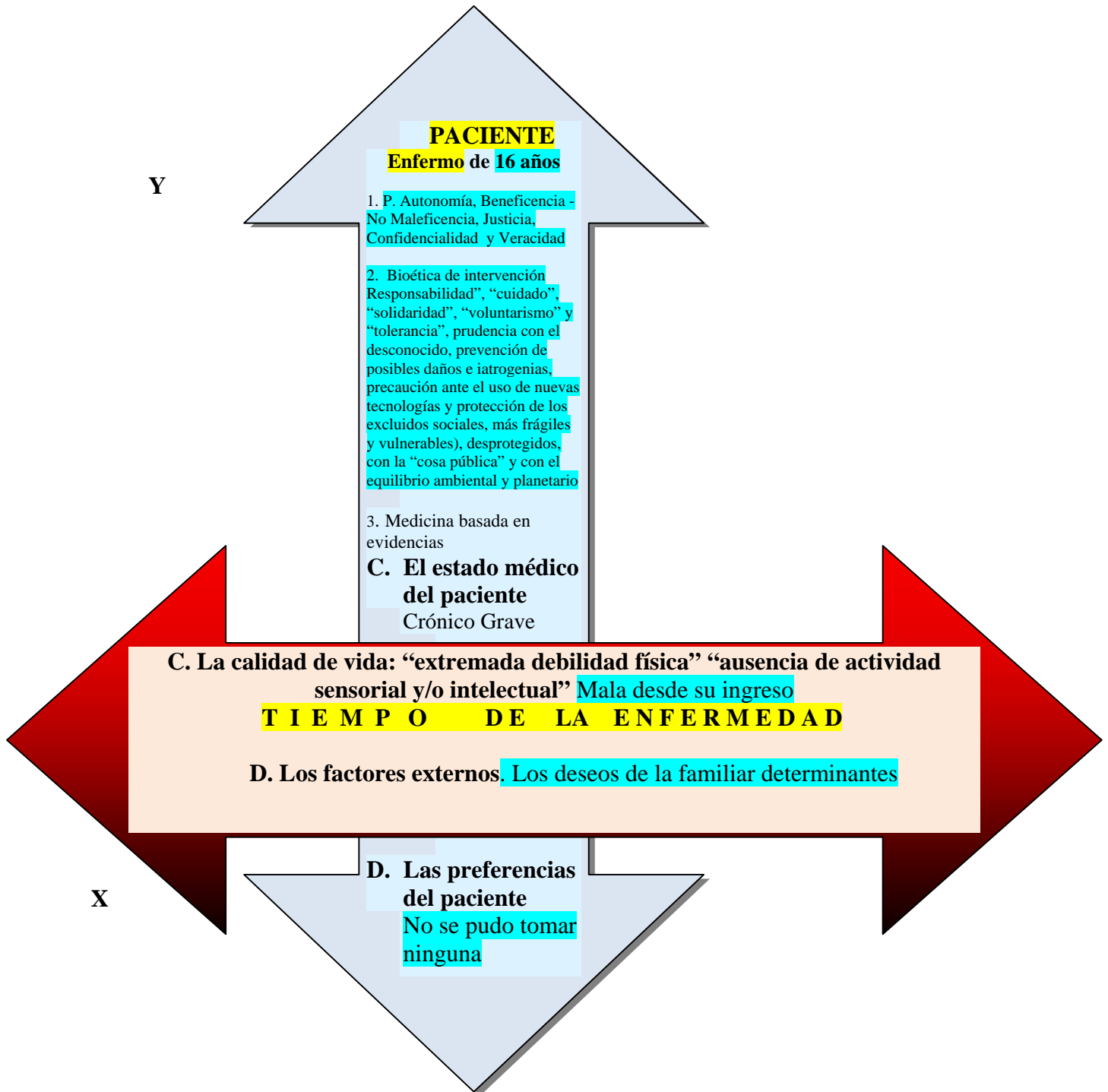
Ingresa procedente de la terminal de camiones, por haberse desmayado, diagnóstico anemia con Hb de 5, trombocitopenia de 25000 plaquetas y leucos a base de blastos y con reacción leucemoide de 50 000 se había informado de la gravedad de la paciente y se preparaba para iniciar quimioterapia cuando presenta una crisis convulsiva con hemorragia cerebral corroborada con Tomografía axial computarizada, queda en coma persistente, con datos de descerebración, inicia sangrado de tubo digestivo, se agrava la patología y se da apoyo mecánico ventilatorio. La paciente fallece a las 4 horas siguientes.

Dilema: madre no competente con depresión ansiosa, amenazas de demanda legal contra el hospital y familiares agresivos.

Identificación de conflicto de valores. Los principios involucrados son: vulnerabilidad, co-dependencia, responsabilidad, tutoría, menor protegido, dignidad, respeto, Competencia de la paciente y de la madre.

Recomendación. Se realizó la nota en la que se incluía el que era una paciente en ese momento, no recuperable y que se había actuado conforme dicta la Medicina.

Caso 3. Propuesta para un caso clínico en su ámbito de competencia



Identificación de conflicto de valores. Niña con ninguna posibilidad de sobrevivir con daño en los siguientes principios: Autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, equidad, responsabilidad, riesgo beneficio, vulnerabilidad, codependencia, dignidad, respeto, Competencia de la paciente y de la madre.

Recomendación. La abogada señaló irresponsabilidad materna.

CONCLUSIONES

Situaciones para el desarrollo de las funciones del Comité de bioética Hospitalario.

El inicio de este trabajo fue el encontrar como se realizaba un análisis de un dilema bioético lo que en un inicio parecía solamente eso, se extendió a un mayor ámbito debido a la escasa experiencia del comité en acertar que correspondía al conflicto de valores con otras muchas circunstancias que rodeaban al caso, si era puramente médico, social, económico, legal, etc. así como los factores que rodeaban al propio comité en su tarea, y la importancia de la argumentación.

Al analizar diferentes CHB en otros países y las circunstancias propias, se estableció el diagnóstico de problemas externos al comité y que influyen en su trabajo, siendo en realidad otro conflicto de valores que debe ser aclarado, legislado y cumplido por las instituciones, si se pretende que se cumpla en beneficio del paciente y del equipo de salud.

El conflicto de valores en donde se encuentra inmerso el paciente cuenta con situaciones especiales y al abordar un dilema bioético en dos niveles: un micronivel que es el paciente directamente y un macronivel el paciente en su interrelación con la red de apoyo el equipo de salud y la sociedad.

Situaciones

- En las unidades hospitalarias son necesarios los Comités Hospitalarios de Bioética ante una medicina que cuenta con herramientas biotecnológicas que plantean dilemas en situaciones que requieren clarificar una disyuntiva no frecuentemente agradable en la toma de decisiones para beneficio del paciente en su calidad de atención.
- Los CHB para cumplir sus funciones deben contar con una legislación clara de los compromisos contraídos en Acuerdos Internacionales de la UNESCO, que reconozca y dé lineamientos claros para cumplir con su función de órgano asesor.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- Este órgano asesor, CHB, debe estar incluido en el Comité de Calidad.
- La dependencia con el cuerpo de gobierno ha de ser respetuosa, clara y capaz de hacer una argumentación suficiente en pro del paciente¹²³ y sus Derechos Humanos, evitar ser juez y parte, es conveniente que el presidente, vicepresidente y secretario sean diferentes a las autoridades del hospital¹²⁴, ¹²⁵. lo que establece pensar en la complejidad, para enfrentarla sin simplificarla y respetando la diversidad.¹²⁶
- Los miembros del CHB deben estar capacitados con educación continua con un programa mínimo indispensable que soporte sus argumentos claramente, propicie el dialogo crítico y autocrítico.
- EL CHB debe contar con por lo menos un miembro que tenga formación formal en la Bioética, para favorecer la formación de sus miembros y que se preparen y dispongan en emitir documentación, conferencias, cursos, seminarios e investigación que logren centrar los objetivos de vivir la bioética.

¹²³ Giddens nos dice que la acción es la duración de una conducta continua que implica un ejercicio de reflexividad (monitoreo que puede explicar por qué actuamos cuando actuamos) que es a la vez intencional (tenemos motivos) y racional (podemos dar razones). Estos dos elementos integran la *praxis*, siempre vinculada al poder dentro de una sociedad estratificada por la desigualdad pero también por la diferencia, y que se genera en contextos contingentes, que si bien opera mediante acciones que pueden vincularse a patrones regularizados de interacción, también reclaman creatividad. De ahí que la estructura (como reglas y recursos) se reproduce a través de una serie de prácticas sociales sucesivas situadas contextualmente, que se presentan en los sistemas sociales (como patrones regularizados de interacción), bajo la forma de prácticas de los agentes reproducidas cotidianamente, que cuando adquieren arraigo en el tiempo y en el espacio, se puede hablar de instituciones. Giddens, Anthony (1996), Más allá de la izquierda y la derecha. El futuro de las políticas radicales, Cátedra, Madrid.

¹²⁴ El reto entonces es pensar cuales son las nuevas relaciones entre estructuras, subjetividades y acciones desde otros puntos de partida, pues sus marcos de reflexividad están transformándose no solo porque su racionalidad es diferente (ya no hay horizonte a largo plazo) sino y sobre todo porque su intencionalidad ha cambiado (se asume el riesgo y la incertidumbre como condición para obtener mejores beneficios) y todo se da con *estructuras* (es decir, reglas y recursos) cada vez con patrones menos regularizados de interacción, problematizando este mismo concepto pues ya no proporcionan guías seguras y además se encuentran en diferentes niveles desde las de carácter económico-reproductivo hasta las estrictamente subjetivas, donde no hay coherencia total. Así una parte depende del individuo, y otra de la sociedad que lo presiona.

De la Garza T., Enrique (2006), “Neoinstitucionalismo ¿alternativa a la elección racional?: una discusión entre la Economía y la Sociología” en, E. De la Garza Toledo (Coord.), *Teorías Sociales y Estudios del Trabajo: Nuevos enfoques*, Antrophos/UAM-I, Madrid, pp. 25-48.

¹²⁵ De la Garza T. (1994), “Las teorías de la elección racional y el marxismo analítico”, *Estudios Sociológicos*, vol. XII, núm. 35, El Colegio de México, México, pp. 357-379.

¹²⁶ José Antonio Pérez Islas. Sociólogo mexicano. Coordinador del Seminario de Investigación en Juventud, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). (email: perezislas@yahoo.com). Este texto forma parte del *Curso: Jóvenes, educación y trabajo. Nuevas tendencias y desafíos*, FLACSO-Argentina, 2010.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- Es necesario contar con un CHB preparado en su quehacer, ya que si no lo está sería mejor evitarlo. Un CHB, una vez iniciadas sus labores, tarda de 1 año a 1 año y medio en poder realizar argumentos en dilemas bioéticos, es una preparación continua constante siendo difícil señalar un periodo finito, ya que como la Medicina, la Bioética es un estudio constante, apasionante y operativo.
- La Bioética no es una disciplina aislada; la bioética es una manera de desarrollarse en el marco de los Derechos Humanos, convirtiendo a una sociedad en armónica, respetuosa y virtuosa.
- Debe existir un CHB que pueda ser abordado en cualquier momento ya sea integrantes en todos los turnos o estar al alcance para las urgencias y convocar por lo menos a un 30% de los integrantes del CHB.
- Acudir a reuniones nacionales e internacionales ya que puede uno encontrar respuestas a las interrogantes locales.

El derecho y la aportación a los Comités de bioética Hospitalarios

- Es prioritaria la legislación correspondiente sobre Comités Hospitalarios de Bioética con objeto de ser un grupo colegiado útil para la seguridad del paciente y del equipo de salud.

Macronivel

- Concierta frecuencia en los dilemas bioéticos se mezclan los problemas en que está inmerso el Comité, con la dificultad de precisar áreas que corresponden al análisis, y con la problemática directamente en el contexto del paciente, es por esto que se debe ejercitar el comité para lograr determinar su ámbito de competencia.
- Los consensos no son obligatorios en la argumentación si, el análisis la crítica el debate, el saber escuchar y aceptar otras ideas y sopesarlas, revisar documentos y si no se llega a un consenso, priorizar las posturas y anotarlas todas.
- El CHB con respeto y trabajo puede desarticular áreas de crisis y lograr un ambiente sano mediante el diálogo.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- El CHB debe aspirar a no ser solamente 10 o 20 personas en un Hospital, sino a ser el mayor número en la unidad.
- El gran compromiso del CHB es la seguridad del paciente en cada uno de los procesos de atención, al utilizar y reforzar los principios de precaución y responsabilidad al emitir recomendaciones con argumentos críticos y autocríticos al cuerpo directivo como parte de la planeación estratégica.
- Favorecer el conocimiento sobre los Derechos Humanos y su ejercicio tanto en paciente para su atención como al equipo de salud con objeto de armonizar la atención de salud en forma íntegra, reflexiva, honesta y compasiva.
- El CHB debe permanecer alerta en el aprendizaje bioético y presto para generar documentos o técnicas de enseñanza para el resto del equipo de salud y de la derechohabencia.
- Los CHB deben contar con el apoyo de un bioeticista en su integración y/o tener un asesor cercano que además de colaborar en las acciones del CHB se encuentre y pueda responder al llamado de urgencia del mismo.
- Favorecer que la bioética se conciba como un recurso para el análisis de conflictos de valores para la derechohabencia y para los integrantes del equipo de salud.
- Establecer una comunicación libre, respetuosa y digna con las autoridades de la unidad de salud, que busca realizar una crítica responsable en beneficio de todos.
- Fomentar que las recomendaciones que se generen se informen a la dirección y al cuerpo de gobierno para su consideración en políticas si fuera necesario en la búsqueda de un proceso armónico en la atención de salud.
- Ser humildes ante la ignorancia para crecer con el estudio y ser dignos de tan gran honor de pertenecer a un CHB.

El micronivel

Conflicto de valores del paciente y en la que no pocas veces el directamente responsable o tutor y/o amigo cercano deciden en ese momento el futuro inmediato.

- Y el otro punto es el **macronivel** caracterizado por las circunstancias específicas que rodean al paciente y responden a los conflicto en momentos que tienden a ser momentos mediatos y se presentan entre disciplina y a veces hasta en biopolíticas.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- El abordar un caso clínico dilemático una vez ubicada la circunstancia del conflicto de valores ha de considerarse si el estatus del paciente basado en las evidencias es agudo o crónico, sus principios de valores en ejercicio personal
- La bioética representa una aportación a la seguridad de la atención del paciente y con ello debe manejarse una argumentación clara para la toma de decisiones, digna y respetuosa, tomando todos los puntos de vista y si en el CHB no se logró un consenso deberá hacerse la lista de recomendaciones por prioridad.
- Fomentar el número de los CHB en las Unidades médicas con información y con formación bioética para beneficio del paciente.
- El apoyo que se otorgue a los CHB se verá superado por mejoras claras en las actividades de una unidad de salud al disminuir los conflictos y las inconformidades.
- La Bioética debe dar pasos seguros y fuertes en la búsqueda de una sociedad humanizada que inmersa en la biotecnología, pueda encontrar límites en el progreso científico y evitar excesos, lo que sólo se logrará teniendo conciencia de los Derechos Humanos Universales y su aplicación.
- La Bioética es base de la sociedad en el diálogo, el análisis y la argumentación; simboliza un camino para una sociedad de respeto y crecimiento.
- Los CHB son el gran paso para una medicina responsable no defensiva, humanista de comprensión y de compromiso para cada momento y oportunidad en el proceso de la vida y su finitud.
- Los CHB acercan fraternalmente a los miembros del hospital para desarrollar el arduo trabajo que cada día presenta un reto de acompañamiento al paciente, obligación principal del médico.
- Los CHB deben ser humildes ante el vulnerado para conocer en el tiempo su futuro trazado en el presente y marcado por sus antecedentes al dar una argumentación responsable.
- Los sistemas de salud, es especial la Comisión de Salud debe regular la existencia y la función de los CHB, se tiene que mencionar a pesar que quede fuera del alcance de un tesista.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Los comités de bioética hospitalaria en las unidades de salud aportan un apoyo para lograr calidad en la atención para el paciente y satisfacción del equipo de salud, a través de la educación reflexiva sobre los derechos humanos, los valores y principios que cada uno reconoce en el de enfrente y para sí mismo; al emitir recomendaciones argumentadas, con un análisis crítico y reflexivo en busca de que se enumere y ubique por prioridades las alternativas ante los dilemas bioético, basado en la evidencia médica, de una manera clara, sencilla, objetiva, coherente, digna y respetuosa para el binomio médico- paciente, equipo de salud – red de apoyo, inmersos en la sociedad que pretende ser responsable en busca de equidad en la atención, y favorecer un proceso armónico en el sistema de salud de la unidad médica.

En el momento de presentarse un conflicto con sus valores se agolpan en el paciente en momentos críticos también sus anti-valores, con sus realidades y posibilidades, un fin amenazador no conocido, largo o corto pero siempre incierto y precario, ante él mismo, con la familia, amigos y/o con el equipo de salud. La importancia esencial es la argumentación en momentos claves de la vida y de la salud.

REFERENCIAS

1. Van Rensselaer Potter nació el 27 de agosto de 1911 y falleció el 6 de septiembre de 2001. Destacado bioquímico estadounidense, que ostentó el cargo de Profesor de Oncología en el McArdle Laboratory for Cancer Research, de la Universidad de Wisconsin-Madison, durante más de 50 años. Se le considera el acuñador del término Bioética, un derivado de la unión de dos palabras griegas, *bios*—vida— y *ethos* —carácter, ética—. Esta paternidad se le atribuye porque la primera vez que apareció el término Bioética en una publicación fue en un artículo suyo de 1970, titulado «Bioethics: The science of survival» —Bioética: La ciencia de la supervivencia. En su libro de 1971 *Bioethics: Bridge to the future — Bioética: Puente hacia el futuro*— vuelve a aparecer, confirmando su paternidad.
 2. Garrafa Volnei. De una “Bioética de principios” a una “Bioética Interventiva” crítica y socialmente comprometida. Rev Argentina de Cirugía Cardiovascular. Vol. III - N° 2 / Junio - Julio - Agosto 2005, p. 3-6.
 3. Abel, F. Los Comités de ética en bioética. Azucena Coiceoro ed. Bioética para Clínicos. Madrid, Triacastela, 2001.
 4. Entrevista o comunicación personal del Dr. Miguel Moreno Muñoz, Miembro del Comité de Ética Clínica del Hospital del Murcia, con la Dra. Dafna Feinholz. Nov 2008
 5. II. CONTENIDO DE LA INICIATIVA de LEY
 6. La Iniciativa que origina el presente dictamen tiene la finalidad de que los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del Sistema Nacional de Salud, cuenten con los siguientes comités:
 7. Un comité hospitalario de bioética que será responsable del análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto de los problemas o dilemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica, la atención médica, o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanente de sus miembros y del personal del establecimiento, y
- E. La existencia de normas jurídicas que regulen el que hacer de las profesiones de la salud, del funcionamiento de los centros hospitalarios, así como la capacidad técnica y científica de estos, para contribuir a la certificación y alta calificación profesional y

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

deontológico de los médicos y científicos que en nuestro país trabajan en los diversos centros de investigación y docencia, así como de asistencia, deben formar parte de las normas que propicien la generación de comités internos de ética que aseguren el pluralismo, la confrontación de opiniones, el logro y avance de la ciencia, sin intereses y motivaciones ideológicas, económicas y religiosas.

F. Por lo anterior, la adición de un artículo 41 Bis constituye que en cada establecimiento del Sistema Nacional de Salud, exista un comité hospitalario de bioética y un comité de ética en la investigación.

El primero de ellos será responsable del análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones sobre los problemas o dilemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica, la atención médica o en la docencia; así como en la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales; de igual forma promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento.

PDF] Creación de Comités de bioética; 2005. 289k - Adobe PDF –

... hospitalaria", generalmente creados a nivel local; y 4) "comités de ética en ... que justifican y fomentan el interés en la creación de comités de bioética: ...reeme.arizona.edu/materials/Creacion de Comites de Bioeti...

Comisión Nacional de Bioética, enero 2010

Instalación de Comités Locales Ética Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social en México 2005.

8. Misión de algunas Instituciones como la Fundación Víctor Grífols i Lucas que promueve el estudio de la Bioética en el ámbito de las ciencias de la vida y la salud. <http://www.fundaciogrifols.org/>
9. Lozano J. Félix, Siurana Juan Carlos LAS Comisiones Éticas como Mecanismo de Integración de la Ética en las Organizaciones. Fundación ÉTNOR. Papeles de Ética, Economía y Dirección, nº 5, 2000, p.1
10. En 1991, La División de los Derechos Humanos, la Democracia, la Paz y la Tolerancia de la UNESCO, recomienda Que los Comités Hospitalarios constituyen la repuesta a los problemas de bioética (Asistencia Médica)(2) de Ética.
11. Rillo Arturo G. 2006; 142(3); 253-260 Considerando la tradición médica se recuperan los conceptos de phýsis y téchnè como elementos de los que surge el arte de la medicina. Se

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

analiza su estructura mediante el saber y hacer médico circunscritos a un acompañamiento del ser humano por el mundo de la vida y, la situación-límite del paciente permite recuperar el consejo médico.

12. Potter. “Desde el comienzo, he considerado a la bioética como el nombre de una nueva disciplina que cambiaría el conocimiento y la reflexión. La bioética debería ser vista como un enfoque cibernético de la búsqueda continua de la sabiduría, la que yo he definido como el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y para mejorar la condición humana . En conclusión les pido que piensen en la bioética como una nueva ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural y que intensifica el sentido de la humanidad”
13. La revolución naturalista: febrero 2008
En las últimas dos ediciones de Beyond belief, en la universidad californiana de La Jolla, Churchland trató..... Snow, *C.P., Las dos culturas y un segundo enfoque*, Alianza editorial, *Madrid, 1977* .Charlie Rose is back on the brain - Heidi Tan from the Charlie Rose *show* sent me an announcement about a recent ...
www.revolucionnaturalista.com/2008_02_01_archive.html
14. Coiceoro,1999
15. Hottois 1990. trad. 1991.
16. Mary Berry Gamble recordada habitualmente por el apellido de su segundo esposo, Scholendorff trabajaba como profesora en San Francisco cuando el gran terremoto de abril de 1906 la decidió a mudarse a Nueva York donde vivía su hijo.
Meses más tarde, en enero de 1907 ingresa en el Hospital de Nueva York para estudio y tratamiento de un malestar digestivo.
The World of Benjamin Cardozo: Personal Values and the Judicial Process
By Richard Polenberg Harvard University Press, 1999
ISBN 0674960521, 9780674960527
17. Anexo 2. Código de Núremberg.
18. Carta de los DDHH Anexo 3
19. La contribución de la Iglesia Católica al desarrollo de la Bioética

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

En este artículo se muestra que la Iglesia Católica ha hecho importantes aportes ... a partir del Concilio Vaticano II, que desarrolla un "personalismo cristológico" ...
escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica16/Contribucion.html

20. Reporte Belmont Anexo 4: Principios Éticos Y Directrices Para La Protección De Sujetos Humanos De Investigación Biomédica y de Comportamiento. El Decreto Sobre Investigación Nacional se convirtió en ley el 12 de Julio de 1974 (Ley Pública 93348), Determinó los principios éticos básicos que deben regir la investigación biomédica y de comportamiento que incluya sujetos humanos y desarrollar las directrices a seguir para garantizar que tal investigación se lleve a cabo. Los "principios éticos básicos" son tres apropiados a la ética de investigaciones que incluyen sujetos humanos: los *principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia*.
21. Guía No 1. para Comités de Bioética. UNESCO
22. García Rubio, Mari Paz. La experiencia jurídica italiana en materia de fecundación asistida. Consideraciones respecto del derecho civil español Rev. Tapia, año VII, N 36. *Octubre 1987, Pág. 73*
23. Losoviz A. I. Trabajo leído por su autora el día 20 de abril de 2007 en 23º Congreso Argentino de Psiquiatría A.P.S.A. 19 al 22 de abril de 2007 - Mar del Plata, Argentina
24. Centro de Ética David Hume: El *suicidio asistido*
El *suicidio asistido*. El *estado* de Washington aceptó el 5 de marzo pasado. Las leyes de estos dos *estados* de la *Unión Americana* descriminalizan esa ayuda
centro davidhume.blogspot.com/.../el-suicidio-asistido.html
25. Principio Precautorio La tecnociencia es un bien, pero con ella existe la aparición de riesgos cada vez más imprevisibles, inciertos, e incuantificables pero posiblemente catastróficos (organismos genéticamente modificados, cambio climático etc.) que han impusieron a la sociedad un modelo de carácter preventivo, para proteger a los seres humanos y al entorno frente a los riesgos inciertos resultantes de la acción del hombre.
26. Valero, Ma. *el mundo. es salud. 2005*
27. Realizan en Barcelona el primer trasplante de cara total
[23 Abril 2010] ALT1040 — La guía del geek ... Últimamente el mundo de las videoconsolas está más movido que nunca, se acercan las navidades y puede que muchos de vosotros estéis ... ~ by Axel Marazzi (25 comments)

- alt1040.com/2010/04/realizan-en-barcelona-el-primer.
28. BBC Mundo | Ciencia y Tecnología | Exitoso trasplante de manos
La primera mujer que recibió un trasplante de las dos manos fue dada de alta en el hospital La Fe en Valencia, España.
news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_6212000/6212935.stm -
29. El hombre que recibió el primer trasplante de mano pide que ...
El hombre que recibió el primer trasplante de mano pide que se la corten. Octubre 20, 2000 Actualizado: 9:08 AM EDT (1308 GMT) LONDRES -- Clint Hallam, el ...
hipocrates.tripod.com/artigos/mano.htm -
30. La vida - 'Bebé medicamento' - ADN.es
[15/10/2008] Nace tras aplicarle la selección genética | Las células de su cordón umbilical ayudarán a su hermano, que sufre anemia severa (2 Comentarios)
www.adn.es/impresa/lavida/20081015/NWS-0247-adn.html
Transplante de piernas. - Taringa!
31. La Organización Nacional de Trasplantes autoriza el primer trasplante de piernas La Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha ...
www.taringa.net/.../5600093/Transplante-de-piernas_.html
32. El científico de EEUU Craig Venter crea el primer genoma.
[viernes 25/01/2008 14:35 (CET)] El científico de EEUU Craig Venter crea el primer genoma artificial de la Historia Craig Venter, padre del Proyecto Genoma Humano, acaba de fabricar en su laboratorio el ...
www.elmundo.es/elmundo/2008/01/24/ciencia/1201194350.html -
33. Gilbert Hottois, nació en marzo 29 de 1946, es un académico y filósofo de Bélgica especialista en cuestiones de ética y tecnociencia. Profesor en la Universidad libre de Bruselas, miembro de algunos Comités de Ética, es el autor o director de alrededor de treinta trabajos, de los cuales una novela atípica de ciencia ficción, Las Especies Técnicas. este libro se escribió en 1981, y publicado solamente 20 años más tarde.
34. Jefe el Depto de Historia y Filosofía de la Medicina. Coordinador de Maestría y Doctorado en Bioética Fac. de Medicina UNAM.

35. La «hermenéutica filosófica» es independiente de la lingüística y busca determinar las condiciones trascendentales de toda interpretación. Es decir, interpreta las actividades del hombre.
36. Radbruch Gustav (1878-1950) Nació en la ciudad de Lübeck (Alemania). Fue Profesor en Heidelberg, Koenisberg y Kiel. De 1920 a 1924, miembro del Reichstag y ministro de Justicia con Wirth y con Stresemann. Desde 1925, profesor de derecho penal en Heidelberg. es.wikipedia.org/wiki/Gustav_Radbruch -
37. Radbruch, Gustav El hombre en el derecho, Edit. De Palma, Buenos Aires, 1980, p. 103.
38. Fox Reneé C. Swazey Judith P. ‘Medical Morality is not Bioethics – Medical Ethics in China and the United States’. Abridged from Perspective in Biology and medicine”, Vol. 27, University of Chicago Press, 1984.
39. La República, 5.459e
40. Aristóteles, Moral a Nicómaco, Volumen 1. Libro Segundo, V. Traduc. Patricio de Azcárate
41. Toda perfección de algo distinguiendo virtud del cuerpo y virtud del alma, en la ética aristotélica las virtudes son las virtudes del alma, y en ellas distingue: las virtudes que perfeccionan el intelecto o virtudes intelectuales o dianoéticas; las virtudes que perfeccionan la voluntad o virtudes éticas y morales. Aristóteles, Moral a Nicómaco, Volumen 1. Libro Segundo, V. Traduc. De Azcárate Patricio.
42. Herranz G. Trad. del griego al castellano, 2002, véase anexo 10.
43. Anexo 10. Juramento Hipocrático
44. Sorano de Éfeso, sobre el cual se sabe poco, fue el primer biógrafo de Hipócrates A los 13 años comenzó sus estudios de medicina y le abrieron las puertas del [Asclepeion](#) (de Asclepio, dios mitológico de la medicina). Luego viajó a Egipto para terminar su formación. Dejó una obra compuesta por 70 escritos que fue recogida por sus discípulos en el *Corpus hippocraticum*.
45. Definición de persona viene de la raíz griega *personorum* que significa “Lo que vibra detrás de la máscara” y el concepto de *Per-Sonare* es la vibración de un encuentro entre dos personas, en este caso el encuentro entre la persona-enfermo y la persona-Médico. O como fue definida la medicina: Una confianza que se entrega a una conciencia. López

Álvarez M. Deontología y ética médica. Hospital Alemán-Nicaragüense Managua, Nicaragua. p 3

Persona en el sentido más común del término, el hombre en sus relaciones con el mundo y consigo mismo. Según Hobbes, la persona civil en este sentido es “aquella a la que se le atribuyen palabras y acciones humanas, propias o de otros, si se le atribuyen acciones propias se trata de una persona natural si se atribuyen de otros se trata de una persona artificial. Abbagnano Nicola. Diccionario de Filosofía. Actualizado y aumentado por Fornero Giovanni. Fondo de Cultura Económica. 4ª ed en español 2004 y 2ª reimposición, 2008. 809-810.

46. Engelhardt, T., Los Fundamentos de la Bioética. Paidós, 1995. 6.
47. Beauchamp, T.L, Childress J.F *Principios de ética biomédica*. Masson, Barcelona. 2009, 7.
48. Deontología término utilizado por Bentham –Deontology or the Science of Morality, en 1834. Rama de la Ética cuyo fundamentos del deber y las normas morales. Se debe a un conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia. Conocida también como “Teoría del deber” y, junto con la Axiología, es una de las dos ramas principales de la Ética normativa.
49. Costa Alcaraz Ana Mª; Almendro Padilla C. El análisis de problemas éticos. Fistera.com. Actualizada el 01/06/2009
50. Jeremy Bentham en el Diccionario soviético de filosofía /1965
Diccionario soviético de filosofía. Jeremy Bentham (1748-1832). Moralista y jurisconsulto inglés.
www.filosofia.org/enc/ros/bentham.htmBentham, Jeremy [Internet Encyclopedia of Philosophy]
51. Melo- Martín I, El papel de la utilidad, obligaciones y virtudes en la toma de decisiones clínicas, Valdez Edith, Bioética Ética Clínica Grupo Ixel Editores. 2009, 37.
52. Pragmatismo (del inglés *pragmatism*); sust. m. Tendencia filosófica según la cual el único criterio de validez de cualquier teoría científica, ética o religiosa debe basarse en los efectos prácticos de la misma: el pragmatismo ha sido una de las tendencias más discutidas en el ámbito de la filosofía de la ciencia actual. San Baldomero J. M. Ucar

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- Pragmatismo. Teoría Del Conocimiento. ENCICLONET, www3.enciclonet.com, 2001. Original .Visitada el 12 04 10.
53. Deontología y Ética Médica. Documento elaborado por el Dr. Marlon López Álvarez, Cirujano General del Hospital Alemán- Nicaragüense. Managua, Nicaragua.
54. Abbagnano N. Diccionario de filosofía. Actualizado y aumentado por ForneroGiovanni. Cuarta Ed. en español 2004; 2ª reimpresión 2008 p 33
55. Convenio de Asturias de Bioética Oviedo, 4 de abril de 1997. Anexo 4.
56. **Tealdi, J.C. Bioética de los Derechos Humanos. Universidad Nacional Autónoma de México. 2008. 61-63.**
57. Anexo11. The United Nations System and Human Rights: Guideliness and information for Resident Coordinator System, Ginebra, 2000.
58. Tealdi Juan Carlos. Médico, Director del Programa de Bioética del Hospital de Clínicas de la UBA
59. **Tealdi, J.C. Bioética de los Derechos Humanos. Universidad Nacional Autónoma de México. 2008. 61-63.**
60. Fabelo, J.R. La formación de valores en las nuevas generaciones. --La Habana: Ed Ciencias Sociales, 1996. —702.
61. La palabra virtud, del latín *virtus*, igual que su equivalente griego, *areté*,
62. *Beauchamp T.L and Childress JF. Principios de Ética Biomédica. Ed. Masson S.A. 2009, 402*
63. Marigochi E. Medicina basada en evidencias: un novo paradigma para a medicina. Med Consel Feder 1999;14(3):18-9.
64. Niceto Blázquez. Business &Economics. 2000, 354.
65. *Beauchamp T.L and Children JF. Principios de Ética Biomédica. Ed. Masson S.A. 2009, 402.*
66. UNESCO Guía N° 1. Creación de comités de bioética. Printed in France. 2005 p 9.
67. Feito., et al, García Férez, J. Alarcos F.J. 2002.
68. La tecnociencia representa la absorción de la ciencia y la tecnología por parte del capitalismo, al que transforma. Actúa como *fuera productiva* fundamental y característica de la sociedad informacional que ella misma ha creado en buena medida: una sociedad donde más que ciudadanos hay clientes, usuarios, consumidores. Echeverría,

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

- J. "Tecnociencia y sistema de valores", En: J. A. López Cerezo y J. www.oei.es/revistactsi/numero5/libro2. Se visitó el 16 8 10
69. López Álvarez M. Deontología y Ética Médica. Cirujano General del Hospital Alemán-Nicaragüense, Managua, Nicaragua. p. 3
70. López Álvarez M. Deontología y Ética Médica. Cirujano General del Hospital Alemán-Nicaragüense, Managua, Nicaragua. p. 3
71. ¹OMS. Temas de salud. Contenido principal. Enfermedad crónica... Cara a cara con la enfermedad crónica. INFORMACIÓN ESENCIAL SOBRE LA OMS. Director General www.who.int/topics/chronic_disease/es -
72. *Ibidem*. Esta organización indica que del total de 58 millones de defunciones previstas para 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales. Es decir el 60% de todas las defunciones se deben a enfermedades crónicas. Los datos presentados en este panorama general fueron estimados por la OMS empleando métodos normalizados a fin de maximizar la comparabilidad entre países, y no coinciden necesariamente con las estadísticas de los Estados Miembros.

73. Gregory, Derek; Johnston, Ron; Pratt, Geraldine et al., eds (June 2009). «Quality of Life». Dictionary of Human Geography (5th ed). Oxford: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-4051-3287-9. Calidad de vida concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos. Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectural, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social. Un indicador común para medir la calidad de vida es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), cuyo cálculo se realiza a partir de las siguientes variables: 1. Esperanza de vida. 2. Educación, (en todos los niveles). 3. PBN *per Capita*.
74. Cumple IMSS 10 años de atender a domicilio al enfermo crónico.
LaSalud.com.mx - Porque la salud es primero ... de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC) del Instituto Mexicano del ...
lasalud.com.mx/2007/04/09/IMSS/Descubren.en.el/1447.html?... - paciente con padecimientos crónico-degenerativos como podrían ser: pié diabético y úlceras varicosas, entre otros.
75. UNESCO, 2007
76. Lozano J. Félix, Siurana Juan Carlos. Las Comisiones Éticas como Mecanismo de Integración de la Ética en las Organizaciones. Fundación ÉTNOR. Papeles de Ética, Economía y Dirección, nº 5, 2000, p.1
77. Gracia, Diego. psiquiatra y reconocido bioeticista español, es uno de los especialistas mundiales en esta disciplina que se ha dedicado a analizar en las últimas décadas temas como clonación humana, muerte cerebral, terapia génica y eutanasia, entre otros. Revista Electrónica de Portales Medicos.com ISSN 1886-8924. 1999-2010; portalesmedicos.com/publicaciones/articles/901/2/... - **53k** - En caché
78. Id. Ética de los Confines de la Vida. Ed. El Buho Tomo III, 2004 p106.
79. F. Abel. “Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento”, Couceiro A. Bioética para Clínicos, Tricastela. Madrid. 1999,241-267, 241.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

80. Lolas Steplke Prof. Fernando (Chile) Vicerrector Univ.Chile y representante Bioética OPS.
81. Lolas Steplke F. OPS, Bioética. Mediterráneo. Montevideo. 2ª ed. 2002, p 182.
82. Tealdi Juan Carlos. UNESCO. Diccionario Latinoamericano de Bioética 2008, p 256.
83. Gracia, D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Madrid, Buho,1998, p.11-31
84. Garrafa V. 2005.
85. Garrafa V. Profesor titular y coordinador de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Brasilia, Brasil; presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética (2001-05); presidente del Consejo Director de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de UNESCO (REDBIOÉTICA); vice-presidente de la sección Latino-Americana de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI).
86. La Declaración Internacional sobre Datos Genéticos Humanos, octubre 2003.
87. Art. 19 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
88. Couceiro A. Bioética para Clínicos. Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo. Ed. Tricastella Madrid 1999. 269-281
89. Frances Abel, S:J, op cit., p. Capítulo. Los Comités de ética. Azucena Coiceoro ed. Bioética para Clínicos. Ed. Triacastela 2006, 241 – 265
90. Frances Abel, S. J. Capítulo. Los Comités de Ética. Azucena Coiceoro ed. Bioética para Clínicos. Ed. Triacastela2001, pp. 241 - 265
91. Insalud, Ley 14 _207 Observatorio de bioética, Barcelona .De Investigación Biomédica. Insalud (España) Comités asistenciales de ética. Circular 3/95. Comité Asistencial de Ética del Hospital de la Princesa (Madrid). Reglamento. Cuadernos de Bioética 33. 1998. 152-160
92. Art 6 El Senado ley, crean los CHB, para cada hospital del Sistema Público de Salud y Seguridad Social Provincial
93. Gómez Haedo C 2008 UNESCO; Montano Gómez P J. Tratado de Asunción, MERCOSUR, República, Montevideo; Uruguay Fundado en el Tratado de Asunción, constitutivo del MERCOSUR, Protocolo de Ouro Preto2, Resolución 91/93 del Grupo Mercado Común, y la Recomendación N° 49/96 del Sub Grupo Técnico (SGT) N° 3 de la República, Montevideo, Uruguay. ,

http://www.iales.org/doc_espagnol/Comitesdeeticamedicaenelmercosur.pdf Universidad pmontano@adinet.com.uy

94. Gómez Haedo C. Los Comités de Bioética. Perspectiva. Ponencia presentada el 22 de mayo 2008 en la 1era Jornada Regional de Bioética, realizada por la UNESCO, en el Paraninfo de la Universidad de la República. 151- 161.
95. Abel, F. Los comités de ética en el diálogo interdisciplinar Labor Hosp.209 (1988:3) 207-217
96. Manual para La Integración y Funcionamiento de Comités de Ética Clínica Local CLECS DEL IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, 2005.
97. Ley de voluntad anticipada 2008-11-25 y 2009
98. México.De La Comisión De Salud, Con Proyecto De Decreto Que Adiciona Un Artículo 41bis, Art I La Ley General De Salud. Honorable Asamblea: A la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión fue turnada para su estudio y dictamen la minuta proyecto de decreto que adiciona un artículo 41 Bis a la Ley General de Salud, para incorporar la obligación de contar en los hospitales del sector público, privado y asistencial con comités hospitalarios de bioética
99. Los establecimientos en los que se extraigan órganos y tejidos o se realicen trasplantes, adicionalmente, deberán contar con un comité interno de trasplantes y con un coordinador de estas acciones, que serán supervisadas por el CBH
100. **Ley 24.742**

Comité Hospitalario de Ética. Funciones. Integración. Salud Pública.

Sancionada: 27/11/96. Promulgada: 18/12/96. Publicada: 23/12/96.

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de ley:

Art. 1. En todo hospital del sistema público de salud y seguridad social, en la medida en que su complejidad lo permita, deberá existir un Comité Hospitalario de Ética, el que cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surjan de la práctica de la medicina hospitalaria.

Art. 2. Los Comités Hospitalarios de Ética funcionarán como equipos interdisciplinarios integrados por médicos, personal paramédico, abogados, filósofos y profesionales de las ciencias de la conducta humana, que podrán pertenecer o no a la dotación de personal del

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

establecimiento. Desarrollarán su actividad dependiendo de la dirección del hospital, y quedarán fuera de su estructura jerárquica.

Art. 3. Serán temas propios de los Comités Hospitalarios de Ética, aunque no en forma excluyente, los siguientes:

Tecnologías reproductivas;

Eugenesia;

Experimentación en humanos;

Prolongación artificial de la vida;

Eutanasia;

Relación médico-paciente;

Calidad y valor de la vida;

Atención de la salud;

Genética;

Trasplante de órganos;

salud mental;

Derechos de los pacientes;

Secreto profesional;

Racionalidad en el uso de los recursos disponibles.

Art. 4. Las recomendaciones de los Comités Hospitalarios de Ética no tendrán fuerza vinculante, y no eximirán de responsabilidad ética y legal al profesional interviniente ni a las autoridades del hospital.

Art. 5. El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas a las que se sujetará el desarrollo de las actividades de los Comités Hospitalarios de Ética.

Art. 6. La presente ley entrará en vigencia a los ciento ochenta (180) días de su publicación, lapso en que deberá ser reglamentada.

Art. 7. Invítase a las provincias a adherir al régimen de la presente.

Art. 8. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Pierrri - Ruckauf - Pereyra Arandia de Pérez Pardo - Piuzzi

101. Monografías de ACTA BIOETHICA se publica en 2009 con un aporte

102. adicional de CONICYT Chile, concedido por concurso del Fondo de

103. Publicación de Revistas Científicas 2008.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Comentario personal en la Reunión de la UNESCO en México nov 2009.

Ordre de creació del Comitès Ètics Assistencials (Generalitat de Catalunya, Ed. Funden Madrid. 1993)p.

104. En la reunión de la UNESCO en el mes de noviembre 2009, en México, la representante de Bélgica señaló que en la argumentación en su país, se responde si existe mayoría en orden de prioridad incluyendo todas las propuestas que se realizaron.
105. La situación de los Comités de Ética Asistencial, de facto, en países de Iberoamérica no surgen de manera espontánea, sino que su puesta en marcha y funcionamiento ha pasado a considerarse ya un criterio de calidad en la gestión de las instituciones sanitarias, sobre todo de los grandes hospitales y centros de referencia. Comunicación personal del Dr. Miguel Moreno Muñiz, Miembro del Comité de Ética Clínica del Hospital del Murcia, con la Dra. Dafna Feinholz.
106. La Guía N° 1. Creación de Comités de Bioética, UNESCO 2005, (Ver Anexo 1.) La Guía No 2. Funcionamiento de los Comités de Bioética: procedimientos y políticas, UNESCO 2006, y (Ver Anexo 2). La Guía No 3. Capacitación de los Comités de Bioética, UNESCO 2007.(Ver Anexo 3)
107. Manual para Comités Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Enero 2010
108. Abad Zapata, D. Coordinador General de familias en acción Modulo Proyecto de Vida – Monografias.com. monografias.com/trabajos14/proyectovida/proyectovida.shtml. Famenaves[at]Hotmail.com. Proyecto de vida es una imagen futura de tu persona desarrollada sobre ti mismo, tomando en cuenta la realidad en la cual te desarrollas. Su finalidad es ser la guía de tu proyecto de vida personal, en un contexto de cambios y disminuir la posibilidad de que pierdas el rumbo. La visión es una apuesta movilizadora sumamente útil para un proyecto de vida, ya que nos sitúa en un perspectiva de mediano y largo plazo, haciéndose explícito el sentido y significado de nuestro trabajo, debe resaltar los distintos aspectos considerados relevantes para ti. La visión responde a: ¿quién soy?, ¿hacia dónde voy?, ¿cómo me veo en el futuro?, ¿cómo quiero que me vean en el futuro?
109. Hulley, Stephen B Cummings Steven M. Grady Deborah G. Newman Thomas B. Diseño de Investigaciones Clínicas Wolter Klunwer. Lippincott. William & Wilkins.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

2007. Traducción por Jacuotot Ma. del Sol, A.P.G. Estudi Gráfico, S.L USA. 3era ed. 2007, 59-59.
110. Grayson T.H. 2002
111. V. cita Anexo 1, 2, 3.
112. Del lat. axioma. 1. Proposición tan clara y evidente que se admite sin necesidad de demostración. Diccionario de la Real Academia Española. 22º ed. 2007.
113. Se recuperan los conceptos de *phýsis* y *téchnè* como elementos de los que surge el arte de la medicina. Se analiza su estructura mediante el saber y hacer médico circunscritos a un acompañamiento del ser humano por el mundo de la vida y, la situación-límite del paciente permite recuperar el consejo médico.
114. Estigmatización (del latín *stigma*, «marcar con hierro candente en señal de infamia»): Una vez elegida la víctima, comienza el acoso propiamente dicho. Las técnicas básicas de acoso para la progresiva destrucción psicológica de una persona. Boletín de noticias sobre acoso psicológico 15.11. 2002 p 174.
115. Fuente: Diagnóstico de Salud de la Zona “Gabriel Mancera” Instituto Mexicano del Seguro Social, DIMAC se encuentra organizada con : las Unidades de Medicina Familiar que son del 1er nivel de atención 1, 4, 9, 28, 38, 42 y del 2º nivel se encuentra el Hospital General Regional No. 1 "Gabriel Mancera" en total año 2007, 692,231 derechohabientes adscritos, 68.10 % hacen uso de los diferentes servicios que proporcionan las unidades médicas, un incremento del 6 % con respecto al año anterior.
116. Carta de los Derechos Generales de los Médicos. diciembre de 2001, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).
117. Decálogo del equipo de Salud. Hospital General Regional No 1, Comité de Bioética Hospitalario 2006.

a) *“Cada uno de los integrantes del hospital asumimos...*

Mantener una conducta honesta y leal en la atención.

El compromiso que a cada uno le corresponde, en la prevención, cuidado, terapia, y la recuperación para una mejor calidad de vida.

Proteger la integridad de los enfermos al otorgar una atención médica con el mayor beneficio y el menor riesgo posible.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Establecer una relación profesional, humana, digna, respetuosa en la atención sin distinción de raza, estigmatización sexual, clase social, credo o preferencias políticas.

Conservar discreción profesional con cuidado de la vigilancia epidemiológica.

Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para el que recibe la atención como para el que la otorga.

Compartir las experiencias y conocimientos en beneficio de todos para proyectar un bien común.

Propiciar una convivencia bioética entre los colegas en el ejercicio de la medicina.

Promover la investigación básica, clínica y educativa para producir el desarrollo del conocimiento.

Fomentar el cariño, la mística en el trabajo y el reconocimiento a la excelencia.

Un Hospital unido por la salud...

118. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, diciembre de 2001, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

119. Destaca la notable significación de los principios de la concepción sistémica, de la objetividad, la multifactorialidad, el historicismo y de la práctica social transformadora, en su aplicación a la gestión asistencial y se argumenta que en las condiciones mundiales actuales del ejercicio de la medicina, la clásica relación médico-paciente se ha expandido a la relación equipo de salud-paciente-familiar. La relación equipo de salud-paciente-familiar ... establezca con el enfermo y los familiares sea positiva o negativa, pese a que ... y de que dicha responsabilidad se generalice a todo el equipo, para hacer

bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu11306.htm

120. ANBM Academia Nacional de Bioética Mexicano

121. Garrafa, V. & Porto, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6): 399-416, 2003.

Se ha señalado que los objetivos fundamentales de la MBE son:

Evaluación de la literatura médica.

Reducción del margen de error.

Sistematización de la educación continuada.

Disminución del autoritarismo en la enseñanza y la práctica médica.

Racionalización de los costos.

Humanización de la relación médico-paciente.

122. Díaz Novás J., Gallego Machado BR. Medicina basada en evidencias. Controversias actuales. Trabajos de Revisión Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(3-4)
123. Giddens nos dice que la acción es la duración de una conducta continua que implica un ejercicio de reflexividad (monitoreo que puede explicar por qué actuamos cuando actuamos) que es a la vez intencional (tenemos motivos) y racional (podemos dar razones). Estos dos elementos integran la *praxis*, siempre vinculada al poder dentro de una sociedad estratificada por la desigualdad pero también por la diferencia, y que se genera en contextos contingentes, que si bien opera mediante acciones que pueden vincularse a patrones regularizados de interacción, también reclaman creatividad. De ahí que la estructura (como reglas y recursos) se reproduce a través de una serie de prácticas sociales sucesivas situadas contextualmente, que se presentan en los sistemas sociales (como patrones regularizados de interacción), bajo la forma de prácticas de los agentes reproducidas cotidianamente, que cuando adquieren arraigo en el tiempo y en el espacio, se puede hablar de instituciones. Giddens, Anthony (1996), Más allá de la izquierda y la derecha. El futuro de las políticas radicales, Cátedra, Madrid.
124. El reto entonces es pensar cuales son las nuevas relaciones entre estructuras, subjetividades y acciones desde otros puntos de partida, pues sus marcos de reflexividad están transformándose no solo porque su racionalidad es diferente (ya no hay horizonte a largo plazo) sino y sobre todo porque su intencionalidad ha cambiado (se asume el riesgo y la incertidumbre como condición para obtener mejores beneficios) y todo se da con *estructuras* (es decir, reglas y recursos) cada vez con patrones menos regularizados de interacción, problematizando este mismo concepto pues ya no proporcionan guías seguras y además se encuentran en diferentes niveles desde las de carácter económico-reproductivo hasta las estrictamente subjetivas, donde no hay coherencia total. Así una parte depende del individuo, y otra de la sociedad que lo presiona.
125. De la Garza T., Enrique (2006), “Neoinstitucionalismo ¿alternativa a la elección racional?: una discusión entre la Economía y la Sociología” en, E. De la Garza Toledo (Coord.), *Teorías Sociales y Estudios del Trabajo: Nuevos enfoques*, Antrophos/UAM-I, Madrid, pp. 25-48.
De la Garza T. (1994), “Las teorías de la elección racional y el marxismo analítico”, *Estudios Sociológicos*,

vol. XII, núm. 35, El Colegio de México, México, pp. 357-379.

126. Pérez Islas J. A., Sociólogo mexicano. Coordinador del Seminario de Investigación en Juventud, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). (email: perezislas@yahoo.com). Este texto forma parte del *Curso: Jóvenes, educación y trabajo. Nuevas tendencias y desafíos*, FLACSO-Argentina, 2010.

ANEXOS

Anexo 1. Juramento Hipocrático

JURO por Apolo, médico, por Asclepio, y por Higía y Panacea, y por todos los dioses y diosas del Olimpo, tomándolos por testigos, cumplir este juramento según mi capacidad y mi conciencia:

TENDRÉ al que me enseñó este arte en la misma estimación que a mis padres, compartiré mis bienes con él y, si lo necesitara, le ayudaré con mis bienes. Consideraré a sus hijos como si fueran mis hermanos y, si desean aprender el arte médico, se lo enseñaré sin exigirles nada en pago. A mis hijos, a los hijos de mi maestro y a los que se obligaran con el juramento que manda la ley de la Medicina, y a nadie más, les enseñaré los preceptos, las lecciones y la práctica.

APLICARÉ mis tratamientos para beneficio de los enfermos, según mi capacidad y buen juicio, y me abstendré de hacerles daño o injusticia. A nadie, aunque me lo pidiera, daré un veneno ni a nadie le sugeriré que lo tome. Del mismo modo, nunca proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo.

VIVIRÉ y ejerceré siempre mi arte en pureza y santidad. No practicaré la cirugía en los que sufren de cálculos, antes bien dejaré esa operación a los que se dedican a ella. Siempre que entrare en una casa, lo haré para bien del enfermo. Me abstendré de toda mala acción o injusticia y, en particular, de tener relaciones eróticas con mujeres o con hombres, ya sean libres o esclavos.

GUARDARÉ silencio sobre lo que, en mi consulta o fuera de ella, vea u oiga, que se refiera a la vida de los hombres y que no deba ser divulgado. Mantendré en secreto todo lo que pudiera ser vergonzoso si lo supiera la gente.

SI FUERA FIEL a este juramento y no lo violara, que se me conceda gozar de mi vida y de mi arte, y ser honrado para siempre entre los hombres. Si lo quebrantara y jurara en falso, que me suceda lo contrario. Creación: Escuela Hipocrática (s.

V aC)

Lengua original: Griego

Traducción castellana: Gonzalo Herranz

Copyright de la traducción castellana: Gonzalo Herranz

Comprobado el 10 de julio de 2002

Anexo 2. Código de Nuremberg

En abril de 1947, el Dr. Leo Alexander sometió a consideración del Consejo para los Crímenes de Guerra seis puntos que definían la investigación médica legítima. El veredicto del juicio adoptó estos puntos y añadió cuatro más. Estos diez puntos son los que constituyen el Código de Núremberg.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Entre ellos, se incluye el consentimiento informado y la ausencia de coerción, la experimentación científica fundamentada y la beneficencia del experimento para los sujetos humanos involucrados.

Los diez puntos son:

Es absolutamente esencial el **consentimiento voluntario** del sujeto humano. Esto significa que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar consentimiento; su situación debe ser tal que pueda ser capaz de ejercer una elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de constreñimiento o coerción; debe tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos implicados que le capaciten para hacer una decisión razonable e ilustrada. Este último elemento requiere que antes de que el sujeto de experimentación acepte una decisión afirmativa, debe conocer la naturaleza, duración y fines del experimento, el método y los medios con los que será realizado; todos los inconvenientes y riesgos que pueden ser esperados razonablemente y los efectos sobre su salud y persona que pueden posiblemente originarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad para asegurarse de la calidad del consentimiento residen en cada individuo que inicie, dirija o esté implicado en el experimento. Es un deber y responsabilidad personales que no pueden ser delegados impunemente.

El experimento debe ser tal que dé resultados provechosos para el **beneficio de la sociedad**, no sea obtenible por otros métodos o medios y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.

El experimento debe ser proyectado y basado sobre los resultados de experimentación animal y de un conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otro problema bajo estudio, de tal forma que los **resultados previos justificarán la realización del experimento**.

El experimento debe ser realizado de tal forma que **se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario** y todo daño.

No debe realizarse ningún experimento cuando exista una razón a priori que lleve a creer el que pueda sobrevenir muerte o daño que lleve a una incapacitación, excepto, quizás, en aquellos experimentos en que los médicos experimentales sirven también como sujetos.

El grado de riesgo que ha de ser tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de ser resuelto con el experimento.

Deben realizarse preparaciones propias y proveerse de facilidades adecuadas para **proteger al sujeto** de experimentación contra posibilidades, incluso remotas, de daño, incapacitación o muerte.

El experimento debe ser realizado **únicamente por personas científicamente calificadas**. Debe exigirse a través de todas las etapas del experimento el mayor grado de experiencia (pericia) y cuidado en aquellos que realizan o están implicados en dicho experimento.

Durante el curso del experimento el **sujeto humano debe estar en libertad** de interrumpirlo si ha alcanzado un estado físico o mental en que la continuación del experimento le parezca imposible.

Durante el curso del experimento el científico responsable tiene que **estar preparado para terminarlo en cualquier fase**, si tiene una razón para creer con toda probabilidad, en el ejercicio de la buena fe, que se requiere de él una destreza mayor y un juicio cuidadoso de modo que una continuación del experimento traerá probablemente como resultado daño, discapacidad o muerte del sujeto de experimentación

Anexo 3 Carta Internacional de los Derechos Humanos

Libertad, garantía de una vida digna, irrevocables, inalienables, intransmisibles e irrenunciables, atemporales e independientes del contexto social e histórica. Se centra en libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos¹ que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Son independientes de factores particulares como el estatus, sexo, etnia o nacionalidad; y son independientes o no dependen exclusivamente del ordenamiento jurídico vigente. Desde un punto de vista más relacional, los derechos humanos

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

se han definido como las condiciones que permiten crear una relación integrada entre la persona y la sociedad, que permita a los individuos ser personas, identificándose consigo mismos y con los otros.²

Habitualmente, se definen como inherentes a la persona, irrevocables, inalienables, intransmisibles e irrenunciables. Por definición, el concepto de derechos humanos es universal (para todos los seres humanos) e igualitario, así como incompatible con los sistemas basados en la superioridad de una casta, raza, pueblo, grupo o clase social determinados.³ Según la concepción iusnaturalista tradicional, son además atemporales e independientes de los contextos sociales e históricos.⁴

Los derechos humanos, herederos de la noción de derechos naturales,⁵ son una idea de gran fuerza moral⁶ y con un respaldo creciente.⁷ Legalmente, se reconocen en el Derecho interno de numerosos Estados y en tratados internacionales. Para muchos, además, la doctrina de los derechos humanos se extiende más allá del Derecho y conforma una base ética y moral que debe fundamentar la regulación del orden geopolítico contemporáneo. La Declaración Universal de los Derechos Humanos se ha convertido en una referencia clave en el debate ético-político actual, y el lenguaje de los derechos se ha incorporado a la conciencia colectiva de muchas sociedades.⁷ Sin embargo, existe un permanente debate en el ámbito de la filosofía y las ciencias políticas sobre la naturaleza, fundamentación, contenido e incluso la existencia de los derechos humanos;⁸ y también claros problemas en cuanto a su eficacia, dado que existe una gran desproporción entre lo violado y lo garantizado estatalmente.⁹

La doctrina ha realizado un importante esfuerzo por clasificar y sistematizar los derechos humanos. Normalmente se dividen en dos categorías: derechos positivos y derechos negativos. Los derechos negativos, como el derecho a la intimidad, se definen exclusivamente en términos de obligaciones ajenas de no injerencia; los derechos positivos, por el contrario, imponen a otros agentes, tradicionalmente –aunque ya no de manera exclusiva– el Estado,¹⁰ la realización de determinadas actividades positivas.¹¹ Otra clasificación muy extendida es la que ordena los derechos humanos en tres o más generaciones, atendiendo por lo general al momento histórico en que se produjo o produce su reivindicación.

Anexo 4 Consejo de Europa Convenio de Asturias de Bioética Oviedo, 4 de abril de 1997. 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 sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. Versión en español del Ministerio de Asuntos Exteriores

Preámbulo

Los Estados miembros del Consejo de Europa, los demás Estados y la Comunidad Europea, signatarios del presente Convenio,

Considerando la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948;

Considerando el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950;

Considerando la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961;

Considerando el Pacto Internacional de derechos civiles y políticos y el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales de 16 de diciembre de 1966;

Considerando el Convenio para la Protección de las Personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal, de 28 de enero de 1981;

Considerando igualmente la Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989;

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Considerando que la finalidad del Consejo de Europa es la de conseguir una unión más estrecha entre sus miembros y que uno de los medios para lograr dicha finalidad es la salvaguardia y el fomento de los derechos humanos y de las libertades fundamentales;

Conscientes de los rápidos avances de la biología y la medicina,

Convencidos de la necesidad de respetar al ser humano a la vez como persona y como perteneciente a la especie humana y reconociendo la importancia de garantizar su dignidad;

Conscientes de las acciones que podrían poner en peligro la dignidad humana mediante una práctica inadecuada de la biología y la medicina;

Afirmando que los progresos en la biología y la medicina deben ser aprovechados en favor de las generaciones presentes y futuras;

Subrayando la necesidad de una cooperación internacional para que toda la Humanidad pueda beneficiarse de las aportaciones de la biología y la medicina;

Reconociendo la importancia de promover un debate público sobre las cuestiones planteadas por la aplicación de la biología y la medicina y sobre las respuestas que deba darse a las mismas;

Deseosos de recordar a cada miembro del cuerpo social sus derechos y responsabilidades;

Tomando en consideración los trabajos de la Asamblea Parlamentaria en este ámbito, comprendida la Recomendación 1160 (1991) sobre la elaboración de un Convenio de Bioética;

Decididos a adoptar las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones de la biología y la medicina, para garantizar la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona;

Han convenido en lo siguiente:

Capítulo I. Disposiciones generales.

Artículo 1. Objeto y finalidad.

Las Partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

Cada Parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio.

Artículo 2. Primacía del ser humano.

El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.

Artículo 3. Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad.

Las Partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a los beneficios de una sanidad de calidad apropiada.

Artículo 4. Obligaciones profesionales y normas de conducta.

Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la investigación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables en cada caso.

Capítulo II. Consentimiento.

Artículo 5. Regla general.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Artículo 6. **Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento.**

1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley.

La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la ley.

La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.

5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.

Artículo 7. **Protección de las personas que sufran trastornos mentales.**

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

Artículo 8. **Situaciones de urgencia.**

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.

Artículo 9. **Deseos expresados anteriormente.**

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

Capítulo III. **Vida privada y derecho a la información.**

Artículo 10. **Vida privada y derecho a la información.**

1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud.

2. Toda persona tendrá derecho a conocer toda la información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada.

3. De modo excepcional, la ley podrá establecer restricciones, en interés del paciente, con respecto al ejercicio de los derechos mencionados en el apartado 2.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Capítulo IV. Genoma humano.

Artículo 11. No discriminación.

Se prohíbe toda forma de discriminación de una persona a causa de su patrimonio genético.

Artículo 12. Pruebas genéticas predictivas.

Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado.

Artículo 13. Intervenciones sobre el genoma humano.

Únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma de la descendencia.

Artículo 14. No selección de sexo.

No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada al sexo.

Capítulo V. Investigación científica.

Artículo 15. Regla general.

La investigación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente, a reserva de lo dispuesto en el presente Convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano.

Artículo 16. Protección de las personas que se presten a un experimento.

No podrá hacerse ningún experimento con una persona, a menos que se den las siguientes condiciones:

- i. que no exista un método alternativo al experimento con seres humanos de eficacia comparable,
- ii. que los riesgos en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento,
- iii. que el proyecto de experimento haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objetivo del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético,
- iv. que la persona que se preste a un experimento esté informada de sus derechos y las garantías que la ley prevé para su protección,
- v. que el consentimiento a que se refiere el artículo 5 se haya otorgado expresa y específicamente y esté consignado por escrito. Este consentimiento podrá ser libremente retirado en cualquier momento.

Artículo 17. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento a un experimento.

1. Sólo podrá hacerse un experimento con una persona que no tenga, conforme al artículo 5, capacidad para expresar su consentimiento acerca del mismo, cuando se den las siguientes condiciones:

- i. que se cumplan las condiciones enunciadas en el artículo 16, párrafos i a iv;
- ii. que los resultados previstos del experimento supongan un beneficio real y directo para su salud;
- iii. que el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos capaces de prestar su consentimiento al mismo;
- iv. que se haya dado específicamente y por escrito la autorización prevista en el artículo 6, y
- v. que la persona no exprese su rechazo al mismo.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, podrá autorizarse un experimento cuyos resultados previstos no supongan un beneficio directo para la salud de la persona si se cumplen las condiciones enumeradas en los párrafos i, iii, iv y v del apartado 1 anterior, así como las condiciones suplementarias siguientes:

- i. el experimento tenga por objeto, mediante una mejora significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfermedad o de su trastorno, contribuir a lograr en un determinado plazo resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o para otras personas de la misma categoría de edad o que padezcan la misma enfermedad o el mismo trastorno, o que presenten las mismas características,
- ii. el experimento sólo represente para la persona un riesgo o un inconveniente mínimo.

Artículo 18. **Experimentación con embriones in vitro.**

1. Cuando la experimentación con embriones in vitro esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión.
2. Se prohíbe la constitución de embriones humanos con fines de experimentación.

Capítulo VI. Extracción de órganos y de tejidos de donantes vivos para trasplantes.

Artículo 19. **Regla general.**

1. La extracción de órganos o de tejidos para trasplantes sólo podrá efectuarse de un donante vivo en interés terapéutico del receptor y cuando no se disponga del órgano o del tejido apropiados de una persona fallecida ni de un método terapéutico alternativo de eficacia comparable.
2. El consentimiento a que se refiere el artículo 5 deberá ser expresa y específicamente otorgado, bien por escrito o ante una autoridad.

Artículo 20. **Protección de las personas incapacitadas para expresar su consentimiento a la extracción de órganos.**

1. No podrá procederse a ninguna extracción de órganos o de tejidos de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento conforme al artículo 5.
2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, la extracción de tejidos regenerables de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento podrá autorizarse si se cumplen las condiciones siguientes:
 - i. si no se dispone de un donante compatible capaz de prestar su consentimiento,
 - ii. si el receptor es hermano o hermana del donante,
 - iii. si la donación es para preservar la vida del receptor,
 - iv. si se ha dado específicamente y por escrito la autorización prevista en los apartados 2 y 3 del artículo 6, según la ley y de acuerdo con la autoridad competente,
 - v. si el donante potencial no expresa su rechazo a la misma.

Capítulo VII. Prohibición del lucro y utilización de una parte del cuerpo humano.

Artículo 21. **Prohibición del lucro.**

El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro.

Artículo 22. **Utilización de una parte extraída del cuerpo humano.**

Cuando una parte del cuerpo humano haya sido extraída en el curso de una intervención, no podrá conservarse ni utilizarse con una finalidad distinta de aquella para la que hubiera sido extraída, salvo de conformidad con los procedimientos de información y de consentimiento adecuados.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Capítulo VIII. Contravención de lo dispuesto en el Convenio.

Artículo 23. Contravención de los derechos o principios.

Las Partes garantizarán una protección jurisdiccional adecuada con el fin de impedir o hacer cesar en breve plazo cualquier contravención ilícita de los derechos y principios reconocidos en el presente Convenio.

Artículo 24. Reparación de un daño injustificado.

La persona que haya sufrido un daño injustificado como resultado de una intervención tendrá derecho a una reparación equitativa en las condiciones y modalidades previstas por la ley.

Artículo 25. Sanciones.

Las Partes deberán prever sanciones apropiadas para los casos de incumplimiento de lo dispuesto en el presente Convenio.

Capítulo IX. Relación del presente Convenio con otras disposiciones.

Artículo 26. Restricciones al ejercicio de los derechos.

1. El ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección contenidos en el presente Convenio no podrán ser objeto de otras restricciones que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas.

2. Las restricciones a que se refiere el párrafo precedente no podrán aplicarse a los artículos 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 y 21.

Artículo 27. Protección más amplia.

Ninguna de las disposiciones del presente Convenio deberá interpretarse en el sentido de que limite o atente contra la facultad de cada Parte para conceder una protección más amplia con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina que la prevista por el presente Convenio.

Capítulo X. Debate público.

Artículo 28. Debate público.

Las Partes en el presente Convenio se encargarán de que las cuestiones fundamentales planteadas por los avances de la biología y la medicina sean objeto de un debate público apropiado, a la luz, en particular, de las implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas pertinentes, y de que sus posibles aplicaciones sean objeto de consultas apropiadas.

Capítulo XI. Interpretación y seguimiento del Convenio.

Artículo 29. Interpretación del Convenio.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos podrá emitir dictámenes consultivos, con independencia de todo litigio concreto que se desarrolle ante un órgano jurisdiccional, sobre cuestiones jurídicas relativas a la interpretación del presente Convenio, a solicitud de:

- el Gobierno de una de las Partes, una vez informadas las demás Partes,
- el Comité instituido por el artículo 32, en su composición restringida a los representantes de las Partes en el presente Convenio, mediante decisión adoptada por mayoría de dos tercios de los votos emitidos.

Artículo 30. Informes sobre la aplicación del Convenio.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Cualquier Parte, a instancias del Secretario General del Consejo de Europa, proporcionará las explicaciones requeridas acerca del modo en que su legislación interna garantiza la aplicación efectiva de todas las disposiciones del presente Convenio.

Capítulo XII. Protocolos.

Artículo 31. Protocolos.

Podrán redactarse protocolos de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32, con el fin de desarrollar, en los ámbitos específicos, los principios contenidos en el presente Convenio.

Los protocolos quedarán abiertos a la firma de los signatarios del Convenio. Serán sometidos a ratificación, aceptación o aprobación. Un signatario no podrá ratificar, aceptar o aprobar los protocolos, sin haber ratificado, aceptado o aprobado el Convenio con anterioridad o simultáneamente.

Capítulo XIII. Enmiendas al Convenio.

Artículo 32. Enmiendas al Convenio.

1. Las tareas encomendadas al «Comité» en el presente artículo y en el artículo 29 se llevarán a cabo por el Comité Director para la Bioética (CDBI) o por cualquier otro Comité designado a este efecto por el Comité de Ministros.
2. Sin perjuicio de las disposiciones específicas del artículo 29, todo Estado miembro del Consejo de Europa, así como toda Parte en el presente Convenio que no sea miembro del Consejo de Europa, podrá hacerse representar en el seno del Comité cuando aquél desempeñe las tareas confiadas por el presente Convenio, y si dispone de voto en el mismo.
3. Todo Estado a que se refiere el artículo 33 o que haya sido invitado a adherirse al Convenio de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34, que no sea Parte en el presente Convenio, podrá designar un observador ante el Comité. Si la Comunidad Europea no es Parte, podrá designar un observador ante el Comité.
4. Con el fin de tener en cuenta los avances científicos, el presente Convenio será objeto de un estudio en el seno del Comité en un plazo máximo de cinco años a partir de su entrada en vigor, y en lo sucesivo, a intervalos que determinará el Comité.
5. Toda propuesta de enmienda al presente Convenio, así como toda propuesta de Protocolo o de enmienda a un Protocolo, presentada por una Parte, el Comité o el Comité de Ministros, será comunicada al Secretario General del Consejo de Europa y se transmitirá por mediación del mismo a los Estados miembros del Consejo de Europa, a la Comunidad Europea, a todo Signatario, a toda Parte, a todo Estado invitado a firmar el presente Convenio conforme a lo dispuesto en el artículo 33 y a todo Estado invitado a adherirse al mismo conforme a lo dispuesto en el artículo 34.
6. El Comité examinará la propuesta no antes de dos meses a partir de que le haya sido transmitida por el Secretario General, conforme al párrafo 5. El Comité someterá a la aprobación del Comité de Ministros el texto adoptado por mayoría de dos tercios de los votos emitidos. Una vez aprobado, este texto será comunicado a las Partes para su ratificación, aceptación o aprobación.
7. Toda enmienda entrará en vigor, con respecto a las Partes que la hayan aceptado, el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha en que hayan comunicado al Secretario General su aceptación cinco Partes, comprendidos al menos cuatro Estados miembros del Consejo de Europa. Para toda Parte que lo acepte posteriormente, la enmienda entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha en que la mencionada Parte haya comunicado al Secretario General su aceptación.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Capítulo XIV. Cláusulas finales.

Artículo 33. **Firma, ratificación y entrada en vigor.**

1. El presente Convenio queda abierto a la firma de los Estados miembros del Consejo de Europa, de los Estados no miembros que hayan participado en su elaboración y de la Comunidad Europea.
2. El presente Convenio será sometido a ratificación, aceptación o aprobación. Los instrumentos de ratificación, aceptación o aprobación se depositarán en poder del Secretario General del Consejo de Europa.
3. El presente Convenio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha en que cinco Estados, que incluyan al menos a cuatro Estados miembros del Consejo de Europa, hayan expresado su consentimiento en quedar vinculados por el Convenio conforme a lo dispuesto en el apartado precedente.
4. Para todo Signatario que exprese posteriormente su consentimiento en quedar vinculado por el Convenio, el mismo entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación o aprobación.

Artículo 34. **Estados no miembros.**

1. Una vez entrado en vigor el presente Convenio, el Comité de Ministros del Consejo de Europa podrá invitar a adherirse al presente Convenio, previa consulta a las Partes, a cualquier Estado no miembro del Consejo de Europa, mediante una decisión adoptada por la mayoría prevista en el artículo 20, párrafo d, del Estatuto del Consejo de Europa, y por unanimidad de los votos de los representantes de los Estados Contratantes que tengan derecho a estar representados en el Consejo de Ministros.
2. Para todo Estado adherente, el Convenio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha del depósito del instrumento de adhesión ante el Secretario General del Consejo de Europa.

Artículo 35. **Aplicación territorial.**

1. Todo Signatario, en el momento de la firma o en el momento del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación o aprobación, podrá designar el territorio o territorios a los que se aplicará el presente Convenio. Cualquier otro Estado podrá formular la misma declaración en el momento de depositar su instrumento de adhesión.
2. Toda Parte, en cualquier momento posterior, podrá extender la aplicación del presente Convenio, mediante una declaración dirigida al Secretario General del Consejo de Europa, a cualquier otro territorio designado en la declaración y del que asuma las relaciones internacionales o para el que esté habilitado para adoptar decisiones. El Convenio entrará en vigor con respecto a este territorio el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha de recepción de la declaración por el Secretario General.
3. Toda declaración hecha en virtud de los dos apartados precedentes podrá ser retirada, en lo que se refiere a cualquier territorio designado en dicha declaración, mediante notificación dirigida al Secretario General. La retirada surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha de recepción de la notificación por el Secretario General.

Artículo 36. **Reservas.**

1. Cualquier Estado y la Comunidad Europea podrán formular, en el momento de la firma del presente Convenio o del depósito del instrumento de ratificación, una reserva con respecto a una disposición particular del Convenio, en la medida en que una ley vigente en su territorio no sea conforme a dicha disposición. Las reservas de carácter general no se autorizan según los términos del presente artículo.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

2. Toda reserva emitida conforme al presente artículo incluirá un breve informe de la ley pertinente.
3. Toda Parte que extienda la aplicación del presente Convenio a un territorio designado en una declaración prevista en aplicación del apartado 2 del artículo 35, podrá formular una reserva para el territorio de que se trate, conforme a lo dispuesto en los apartados precedentes.
4. Toda Parte que haya formulado la reserva indicada en el presente artículo podrá retirarla por medio de una declaración dirigida al Secretario General del Consejo de Europa. La retirada surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha de recepción por el Secretario General.

Artículo 37. **Denuncia.**

1. Toda Parte podrá denunciar el presente Convenio, en cualquier momento, mediante notificación dirigida al Secretario General del Consejo de Europa.
2. La denuncia surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha de recepción de la notificación por el Secretario General.

Artículo 38. **Notificaciones.**

El Secretario General del Consejo de Europa notificará a los Estados Miembros del Consejo, a la Comunidad Europea, a todo Signatario, a toda Parte y a cualquier otro Estado que haya sido invitado a adherirse al presente Convenio:

- a. toda firma;
- b. el depósito de todo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión;
- c. toda fecha de entrada en vigor del presente Convenio, conforme a sus artículos 33 o 34;
- d. toda enmienda o Protocolo adoptado conforme al artículo 32, y la fecha en la que dicha enmienda o protocolo entren en vigor;
- e. toda declaración formulada en virtud de lo dispuesto en el artículo 35;
- f. toda reserva y toda retirada de reserva formuladas conforme a lo dispuesto en el artículo 36;
- g. cualquier otro acto, notificación o comunicación que tenga relación con el presente Convenio.

En fe de lo cual, los abajo firmantes, debidamente autorizados a estos efectos, han firmado el presente Convenio.

Hecho en Oviedo (Asturias), el 4 de abril de 1997, en francés y en inglés, siendo ambos textos igualmente auténticos, en un solo ejemplar que será depositado en los Archivos del Consejo de Europa. El Secretario General del Consejo de Europa transmitirá copia certificada conforme del mismo a cada uno de los Estados Miembros del Consejo de Europa, a la Comunidad Europea, a los Estados no miembros que hayan participado en la elaboración del presente Convenio y a todo Estado invitado a adherirse al presente Convenio.

{ Versión española transcrita de la edición impresa publicada por la Imprenta del Ministerio de Asuntos Exteriores de España (Depósito Legal M-10.383-1997), 19 páginas. }

Anexo 5 Reporte Belmont

Principios Éticos Y Directrices Para La Protección De Sujetos Humanos De Investigación Biomédica y de Comportamiento. El Decreto Sobre Investigación Nacional se convirtió en ley el 12 de Julio de 1974 (Ley Pública 93348), Determinó los principios éticos básicos que deben regir la investigación biomédica y de comportamiento que incluya sujetos humanos y desarrollar las directrices a seguir para garantizar que tal investigación se lleve a cabo. Los "principios éticos básicos" son tres apropiados a la ética de investigaciones que incluyen sujetos humanos: los *principios de respeto a las personas*,

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

beneficencia y justicia. Respeto a las personas incorpora dos convicciones éticas: los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y las personas con *autonomía* disminuida tienen derecho a ser protegidas. Respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de personas autónomas al mismo tiempo que se evita obstruir sus acciones, a menos que éstas sean claramente en detrimento de otros.

Finalmente, siempre que una investigación financiada con fondos públicos dé como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, *la justicia* demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellas personas que puedan pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación.

Las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación nos llevan a considerar los siguientes requisitos: *consentimiento consciente, evaluación de riesgo/beneficio y la selección de sujetos de investigación.*

Consentimiento Consciente El respeto a las personas requiere que se dé a los sujetos, en la medida en que sean capaces, la oportunidad de elegir lo que les sucederá. Esta oportunidad se proporciona cuando se satisfacen las normas adecuadas para obtener un consentimiento consciente. Mientras la importancia del consentimiento consciente es indiscutible, la controversia persiste sobre la naturaleza y la deben dar respuestas verdaderas a preguntas directas sobre la investigación.

Anexo 6 Declaraciones de Ginebra (utilizado en la actualidad)

Adoptada por la 2ª Asamblea General de la A.M.M. en Ginebra, Suiza, en septiembre de 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, septiembre 1994 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005, y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2006.

EN EL MOMENTO DE SER ADMITIDO COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA:

PROMETO SOLEMNEMENTE consagrar mi vida al servicio de la humanidad;

OTORGAR a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen;

EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente;

VELAR ante todo por la salud de mi paciente;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente;

MANTENER, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

CONSIDERAR como hermanos y hermanas a mis colegas;

NO PERMITIRÉ que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas, incluso bajo amenaza;

HAGO ESTAS PROMESAS solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

Anexo 7 Declaración de Ginebra de 1948. Juramento Hipocrático Siglo V A. C.

Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo.

Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer pesarios abortivos. Pasare mi vida y ejerceré mi arte en la inocencia y en la pureza.

No cortaré a nadie ni siquiera a los calculosos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.

Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser públicos, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro.

Anexo 8. Declaración de Helsinki

Asociación Médica Mundial (AMM)

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con sujetos humanos adoptada por:

18.^a Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Helsinki, Finlandia), en junio de 1964 y enmendada por:

29.^a Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Tokio, Japón), en octubre de 1975

35.^a Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Venecia, Italia), en octubre de 1983

41.^a Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Hong Kong, República China), en septiembre de 1989

48.^a Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Somerset West, Sudáfrica), en octubre de 1996

52.^a Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Edimburgo, Escocia), en octubre de 2000

Nota aclaratoria al párrafo 29, añadida en la 54.^a Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Washington, Estados Unidos), en octubre de 2002.

A. INTRODUCCIÓN

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación de material humano o de datos identificables.

2. Es deber del médico promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial obliga al médico a seguir la fórmula "Ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que «el médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente».

4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos,

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

diagnósticos y terapéuticos, así como comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la actual práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costes.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a aquéllos sometidos a investigación combinada con su atención médica.

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS BÁSICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe realizarse de acuerdo con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, o en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Durante la investigación hay prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales empleados en los experimentos.

13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este protocolo debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar con arreglo a las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiación, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar expresamente que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe estar precedido por una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son mayores que los beneficios

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo supera al riesgo inherente y a los costes para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

19. La investigación médica sólo está justificada si existen posibilidades razonables de que la población que es objeto de la investigación, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Las personas objeto del proyecto de investigación deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para respetar la intimidad de la persona y la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente para otorgar el consentimiento, o legalmente menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

25. Si una persona considerada incapaz por la ley, como es el caso de un menor de edad, está capacitado de dar su consentimiento para participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física o mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la mayor brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiación, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no respeten los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SE COMBINA CON LA ATENCIÓN MÉDICA

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que la investigación esté

Ámbito de Competencia de los Comités de Bioética Hospitalarios

justificada por su potencial valor preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, se aplican normas adicionales para proteger a los pacientes que son sujetos pasivos de la investigación.

29. Los posibles beneficios, riesgos, costes y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Ello no excluye que se pueda emplear un placebo, o la ausencia de tratamiento, en estudios para los que no hay procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados. [Ver nota]

30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.

31. El médico debe informar con detalle al paciente de los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

32. Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles no existen o han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede libremente utilizar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta Declaración.

NOTA ACLARATORIA AL PÁRRAFO 29 DE LA DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM

La AMM por la presente reafirma su posición de que se debe tener muchísimo cuidado al utilizar ensayos con placebo y que, en general, esta metodología sólo debería ser utilizada en ausencia de una terapia probada ya existente. No obstante, un ensayo con placebo puede ser éticamente aceptable, incluso si la terapia probada está disponible, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- cuando por razones apremiantes y científico-metodológicas su utilización sea necesaria para determinar la eficacia o seguridad de un método preventivo, diagnóstico o terapéutico, o
- cuando se investiga un método preventivo, diagnóstico o terapéutico de importancia menor y los pacientes que reciben el placebo no están sometidos a cualquier riesgo adicional de perjuicio grave o irreversible.

Se deben seguir todas las otras disposiciones de la Declaración de Helsinki, en especial la necesidad de una revisión científica y ética adecuada.