



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES



TESIS

**El funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética: Estudio
comparativo de Comités**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN CIENCIA POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

(OPCIÓN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA)

PRESENTA:

GERARDO RIVERA MONROY

ASESOR:

MTRO. GABRIEL CAMPUZANO PANIAGUA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO 2016



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme crecer como ciudadano, profesional y ser humano gracias a la influencia de profesores y alumnos talentosos. También por apoyarme a conocer el mundo, al mismo tiempo que me enseñaba a amar a México como nunca antes.

Al Dr. Sergio Pérez de Lara Choy quien me apoyó en todo momento para desarrollar el trabajo de investigación en bioética. Le agradezco su iniciativa, ideas y pasión por su trabajo, además de profesar una entrega profunda por sus alumnos y la juventud para innovar en beneficio de la humanidad.

Al Mtro. Gabriel Campuzano Paniagua por apoyarme en mi formación como alumno, así como en la docencia y práctica profesional. Le agradezco por ser un amigo quien me brindó la oportunidad de trabajar en la mejora de la calidad y la docencia, donde encontré dos pasiones que me motivan a ser el mejor para apoyar y ver crecer a otros.

A la Mtra. Martha Erika Trejo Aguilar quien me ha brindado su amistad y consejos para crecer profesionalmente. Le agradezco su confianza en mi trabajo para superar adversidades. Además reconozco su sensibilidad y compromiso con las personas. Me llena de orgullo trabajar con alguien que es sensible al valor de la vida, ya que ello la hace una mejor profesional y un ejemplo de pasión por la excelencia en su labor.

A mis padres quienes me han mostrado que el mundo es tan inmenso como los sueños y que todo sueño es alcanzable. A mi papá José Antonio Rivera Colmenero por ser el hombre ideal en mi vida, el ejemplo de incondicionalidad y honestidad que me ha ayudado a distinguir que en la vida existen personas que dan todo y reciben mucho más gracias a la congruencia consigo mismos. A mi mamá María Cristina Monroy Colín por compartirme su pasión y sueños para generar un mayor bienestar en la personas, por ser un ejemplo de esfuerzo y éxito motivado por la compasión y amor hacia los demás. Les agradezco por ser una pareja perfecta y mis personas favoritas siempre.

A mis hermanos José Antonio Rivera Monroy y Miriam Rivera Monroy por apoyarme en todo momento de mi vida. Por estar conmigo en las decisiones que he tomado y por estar pendiente de mí. Gracias por ayudarme a entenderme mejor a partir de su experiencia y alegrías, son mis mejores amigos y compañeros de vida.

A la generación con quien compartí aprendizajes y alegrías, quienes me impulsan a ser mejor cada día gracias a su ejemplo. A Jonathan Hernández, Adriana Ramírez, Cristian Monsalvo, Marbella, Daniel Ortega, Rafael Marbán, Jimena, Enrique, Paulina, Irving y Eva por mostrarme lo inmenso que es el mundo, así como los infinitos sueños que caben en él.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1: COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA	11
Antecedentes y origen de los Comités Hospitalarios de Bioética.....	14
El ejercicio de derechos humanos ante dilemas bioéticos.....	21
Los Comités Hospitalarios de Bioética en México	25
Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética	30
Evaluación de los Comités Hospitalarios de Bioética	39
CAPÍTULO 2: LA PROTECCIÓN DE LA SALUD ENFOCADA AL USUARIO	45
La participación de los gobiernos en el cuidado de la salud	46
La salud como bien colectivo: su impacto sobre la productividad	51
La salud como insumo para el impulso de la productividad.....	54
La salud como estrategia de bienestar	58
La calidad enfocada al usuario en la atención de la salud	64
CAPÍTULO 3 ESTUDIO DE CASO: HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	71
Estudio comparativo de Comités Hospitalarios de Bioética	73
Conformación de Comités	76
Reglamentos, Programas y Procedimientos.....	80
Capacitación.....	85
Observaciones particulares para el CHB del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	90
El futuro para los Comités Hospitalarios de Bioética	95
CAPÍTULO 4: IMPULSO DE LAS MEJORES PRÁCTICAS DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA: PROPUESTAS Y CONCLUSIONES	103
Los Comités Hospitalarios de Bioética como órganos de influencia pública.....	106
Influencia y redes de cooperación de los Comités Hospitalarios de Bioética	107
Nuevo instrumento de autoevaluación de mejora continua de la calidad	115
Conclusiones	123
FUENTES DE INFORMACIÓN	129
ANEXOS	135

INTRODUCCIÓN

La administración pública y la bioética experimentan fenómenos comunes donde se demanda la participación de más actores en la discusión de su disciplina. La bioética es una ciencia que discute elementos éticos sobre la vida, lo cual pone en relieve el desarrollo de tecnologías y conocimientos que la pueden extender o extinguir. En este sentido, de forma etimológica, se compone por *bios* (vida) y *ethos* (ética) las cuales representan los intereses de esta disciplina. El análisis realizado por la bioética requiere de la participación de la medicina, psicología, antropología, economía, derecho, ciencia política, sociología y administración pública ya que sus propuestas alcanzan la discusión de procedimientos médicos, la prestación de servicios públicos y privados, el desarrollo industrial de las naciones, la inclusión y el bienestar social, los medios para adquirir conocimiento y el crecimiento poblacional.

La integración de más actores en la discusión de fenómenos sociales ha provocado que, desde la administración pública, se desarrollen prácticas y conceptos que requieren de la integración de actores gubernamentales, privados y la sociedad civil en el análisis, diseño, implementación y evaluación de políticas. En el ámbito de la protección de la salud, el desarrollo científico-tecnológico -aunado a una mayor esperanza de vida- ha provocado la discusión de nuevas cuestiones sobre la vida y la muerte. Este conocimiento introduce diferentes posturas para determinar lo que está vivo y aquello que indica la muerte. Al respecto, Jorge Linares afirma que la conciencia sobre la vida y la muerte caracterizan a la humanidad, donde el pensamiento occidental posiciona al ser humano como una *excepcionalidad* en la naturaleza.¹

La posición privilegiada de la humanidad legitimada por el pensamiento científico, filosófico y religioso ha impulsado el desarrollo de la medicina como medio para evitar la muerte. En este sentido Carlos Viesca Treviño observa que la humanidad

¹ González V., Juliana; Linares, Jorge (2013); *Diálogos de bioética nuevos saberes y valores de la vida*, Fondo de Cultura Económica, México, P. 20.

ha decidido, bajo distintos razonamientos, alargar la vida haciendo uso de los recursos y posibilidades tecnológicas disponibles de acuerdo con el momento histórico que se experimente.² La intervención deliberada de la humanidad por impedir la enfermedad ha conducido la prestación de servicios a favor del goce de mayor bienestar, incluso para mantener la vida de forma artificial. De esta forma la ciencia, tecnología y la administración pública confluyen para generar mejores condiciones vida aunque esto también provoca repensar la implementación servicios disponibles, la selección de beneficiarios, el acceso a medicamentos, la distribución de la riqueza y el uso de nuevas tecnologías.

El cuestionamiento sobre el dinamismo en el comportamiento de las personas, el desarrollo tecnológico y la actuación de los gobiernos ante estos fenómenos ha dado lugar a un mayor protagonismo de la bioética en la atención de la salud. La presencia de dilemas bioéticos es observable gracias al reconocimiento de la contraposición de valores en la atención médica, como la beneficencia (actuar en beneficio de los pacientes), no maleficencia (no causar daño innecesario de forma deliberada), justicia distributiva (atención de inequidades para el goce de servicios y un mejor bienestar) y autonomía (capacidad de los involucrados para decidir sobre sí mismos de manera informada). El análisis y discusión de dilemas ha sido llevado a cabo por diferentes actores a lo largo de la historia, sin embargo, con el desarrollo de la bioética se han creado Comités Hospitalarios de Bioética (CHB)³ los cuales son observados como órganos multidisciplinarios especializados en el análisis de casos clínicos con presencia de dilemas bioéticos.

De esa manera, el trabajo de los Comités Hospitalarios de Bioética se configura dentro de un esquema de gobernanza ya que se encuentran facultados para apoyar a los usuarios en la toma de decisiones respecto a su cuerpo y vida con base en la participación de usuarios, personal médico y especialistas de diferentes disciplinas. Asimismo, su labor puede alcanzar una mayor dimensión al maximizar su

² Viesca Treviño, Carlos (2013); La medicina ante la vida en: González V., Juliana; Linares, Jorge (2013); Óp. Cit. P. 299.

³ La palabra Comité(s) será utilizado como sinónimo de Comité(s) Hospitalario(s) de Bioética, así como de CHB.

vinculación con otros actores gubernamentales, privados y organizaciones de la sociedad civil gracias al impulso y difusión del análisis de dilemas bioéticos. Para ello es necesario encauzar acciones que orienten el trabajo de estos hacia un escenario donde sean un referente de atención de mayor calidad capaz de poner a disposición del público argumentos sobre el impacto social del impulso de nuevo conocimiento científico y tecnológico aplicado en la protección de la salud.

El potencial de los CHB ha sido analizado con base en enfoques científicos, pragmáticos y legislativos, sin embargo ha sido poco explorado su estudio a partir de elementos administrativos, como su construcción orgánica, funcionamiento y evaluación de resultados. Ante estas consignas, cabe cuestionar. ¿Cuál es el escenario actual de los Comités? ¿Cuál es su máximo potencial? ¿De qué manera es posible impulsar un mayor impacto en la comunidad? Para responder aquellas preguntas es necesario analizar su origen y presente en México con la finalidad de referenciarlos a partir de la experiencia nacional e internacional, la intención legislativa respecto a su obligatoriedad y las normas que rigen su funcionamiento. Asimismo, el enfoque de gobernanza y los planteamientos realizados por la bioética sobre los servicios de atención de la salud permiten generar estrategias para maximizar el potencial de los Comités al mismo tiempo que hace evidente la necesidad de impulsar el trabajo colaborativo entre profesionales de distintas disciplinas en el análisis, diseño, implementación y evaluación de políticas.

En consecuencia, este trabajo de investigación está orientado a referenciar el arquetipo de CHB, así como las estrategias para la mejora continua de la calidad en los servicios de salud. Para lograrlo se desarrollaron cuatro capítulos que conducen el estudio de los Comités. En el primer capítulo se analizará sus antecedentes y origen en México acentuando la demanda de mejores prácticas para la atención de los usuarios. Este análisis integra el estudio de su origen y funcionamiento, así como los mecanismos de evaluación destinados para su mejora. La comparación entre la construcción ideal de Comité y sus funciones permite visualizar el potencial que pueden adquirir desde la intención teórica y legislativa. Asimismo, el reconocimiento de la brecha entre el arquetipo de Comité y su diseño en México, muestra elementos

explícitos e implícitos en la estrategia destinada para su mejora continua desde el análisis de sus instrumentos de autoevaluación. Este estudio permite reconocer hacia qué escenario conduce la evaluación ya que esto puede limitar o impulsar el desarrollo de los CHB.

El segundo capítulo está orientado hacia el análisis de las funciones de gobierno con respecto a la atención de la salud, por lo que es necesario identificar la evolución de las responsabilidades gubernamentales tomando en cuenta el dinamismo social provocado por el reconocimiento de derechos; un mayor bienestar; el cambio en la morbilidad y mortandad poblacional; y el desarrollo científico-tecnológico de la humanidad. Estos elementos de análisis determinan el tipo de atención demandada por los usuarios en un contexto donde requieren de libertad para acceder a los servicios y la capacidad para poder gozar de sus beneficios.

El acercamiento a los Comités Hospitalarios de Bioética se ciñe en el estudio de la atención enfocada a los usuarios desde la atención clínica. En este sentido, es necesario analizar qué se espera de la atención médica y qué situaciones pueden sobrepasar la relación ética y legal médico-paciente para la toma de decisiones ante dilemas bioéticos. Este planteamiento permite que -más adelante- se lleve a cabo el estudio de los Comités Hospitalarios de Bioética con base en la gobernanza y la mejora de la calidad de los servicios de atención de la salud.

El seguimiento de los elementos de evaluación de los Comités permite el reconocimiento de su estado actual y las acciones que llevan a cabo para desarrollar sus responsabilidades plasmadas en las leyes y normas aplicables. En este tenor, en el tercer capítulo se expondrá un estudio comparativo de Comités, el cual contrastará las prácticas realizadas por seis CHB para cumplir con el formato de autoevaluación diseñado por la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA). Gracias a ello, será posible determinar fortalezas, debilidades y recomendaciones para la mejora de los CHB.⁴ El análisis de Comités será segmentado para la comparación de su conformación, la posesión de documentos normativos y la

⁴ En adelante se usará *Centro Médico* para referenciar al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre como sinónimo.

capacitación en bioética, siendo el desempeño un elemento analizado de manera somera ya que el instrumento de autoevaluación no lo aborda.

Asimismo, el estudio de los instrumentos de evaluación 2013 y 2015 muestran cambios notables en los objetivos explícitos e implícitos en la manera de conducir a los Comités. Por lo que es necesario analizar qué escenario es denotado por el instrumento de evaluación 2015 en comparación con el instrumento 2013, ya que sus diferencias muestran vacíos que podrían ser superados gracias a la implementación de instrumentos de mejora continua de la calidad. Esta iniciativa será analizada en el cuarto capítulo donde se mostrará un formato de autoevaluación orientado a su mejora continua gracias a la recopilación de las prácticas que llevan a cabo estos para su integración y desempeño.

Además, se desarrollarán propuestas que maximicen la influencia de los Comités en la comunidad mediante el uso de redes de cooperación para la capacitación y difusión de la bioética. Estas propuestas denotan la necesidad de integrar a profesionales de la ciencias sociales, y -en específico- de la administración pública, para llevar a cabo acciones que impulsen la interiorización de la bioética en los hospitales y la comunidad con el propósito de posicionar el trabajo de los CHB en los debates públicos sobre la atención clínica y el resultado que aspiran los pacientes tras recibir el servicio solicitado ante dilemas bioéticos.

Por último, las conclusiones de este trabajo de investigación serán expresadas en el cuarto capítulo donde se expondrán argumentos que amplían la relación entre la administración pública y bioética. Con base en el estudio de los Comités Hospitalarios de Bioética es posible observar los puntos de convergencia entre ambas disciplinas, donde se destacará la puesta en marcha de políticas conducidas por los planteamientos generados desde la bioética en la atención de la salud. Tanto la mejora de la calidad de los servicios de atención de la salud, como el análisis de dilemas bioéticos, confluyen para llevar a cabo estrategias focalizadas a la satisfacción de los usuarios. En este sentido, la administración pública, a partir de la gobernanza, pone en relieve la necesidad de integrar a más actores en el análisis,

diseño, implementación y evaluación de políticas enfocadas al desarrollo de los planteamientos de la bioética.

De esta forma, el propósito del estudio de Comités, desde la perspectiva de la administración pública, es: identificar elementos para el diagnóstico y evaluación de los CHB; y ampliar el análisis de los postulados de la Bioética a partir de la Administración Pública, así como impulsar el interés por interiorizar el conocimiento de ambas disciplinas en mejores prácticas de gobierno y un mayor bienestar. Gracias al reconocimiento de los efectos positivos del goce de un mejor estado de salud y el ejercicio de derechos, será posible diseñar estrategias innovadoras para brindar servicios de prevención, atención y rehabilitación de la salud acordes con el dinamismo de la sociedad desde un enfoque multidisciplinario.

CAPÍTULO 1: COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA

Los CHB son órganos auxiliares para la toma de decisiones, los cuales no cuentan con una función deliberativa inapelable, más bien, actúan de manera coadyuvante para dotar de mayores elementos informativos, reflexivos y argumentativos al médico y el paciente para tomar decisiones de manera ética, apegada a la legalidad con base en las necesidades del paciente. Es decir, al existir una situación donde dos o más valores se contrapongan,⁵ el contraste de conocimientos de distintas disciplinas y opiniones permiten formular una gama más amplia de alternativas que puedan conciliar las aspiraciones del paciente, el cumplimiento de la ley y el goce de mayor bienestar.

El trabajo de los Comités se orienta a la discusión de casos clínicos con presencia de algún dilema bioético. A su vez, las resoluciones de los CHB también generan elementos de análisis para la capacitación y enseñanza de la práctica médica, dotando de mayores elementos teóricos y prácticos -al personal médico- para identificar y promover la participación de los Comités ante un dilema bioético. Al existir una mayor información y alternativas en la toma de decisiones se obtiene un mayor margen de acción donde se puedan conciliar las obligaciones técnicas y legales de la atención médica con los requerimientos de los pacientes, emanados de sus necesidades y expectativas sobre el servicio demandado.

Cada caso tratado por los CHB es único, ya que el contexto y aspiraciones de los pacientes son distintos, por lo cual, el uso retrospectivo de resoluciones de los Comités es usualmente utilizado para la capacitación y docencia en Bioética. La documentación y estudio analítico de casos permite fomentar una mayor

⁵ La metodología principialista para la atención de dilemas bioéticos señala que existen cuatro principios que deben regir la atención médica: la beneficencia (procurar el mayor bienestar del paciente); no maleficencia (no provocar o procurar los menores daños al paciente en la atención médica); justicia distributiva (los recursos, derechos y obligaciones deben ser administrados y distribuidos de manera racional y ética); y autonomía (el paciente debe decidir sobre sí mismo de manera informada sin coacción alguna de otros individuos). Schramm, Fermín Roland; Kottow, Miguel (2001); *Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*, Cad. Saúde Pública, Brasil, 17 (4), julio-agosto, P. 950.

sensibilización sobre la toma de decisiones con base en un estudio ético, pluridisciplinario y cercano a los intereses del paciente, o sus familiares en algunos casos. Esta dinámica permite generar criterios para actuar de manera oportuna e informada en situaciones donde el paciente tenga que decidir sobre la atención que desea recibir. En este sentido, al existir una fuerte coordinación médico-paciente es posible producir resultados de mayor calidad en la atención médica ya que se logra cumplir con los requerimientos técnicos y normativos en la atención, privilegiando la opinión de los pacientes y/o sus familiares para tomar decisiones de forma corresponsable.

Además, los Comités trabajan por romper con algunas inercias de la práctica médica, las cuales han generado repercusiones en el bienestar de los pacientes así como consecuencias negativas en aspectos económicos, administrativos y legales en los centros de atención médica. Entre estas prácticas destacan el paternalismo y relativismo ético en la atención médica. El paternalismo sostiene la primacía del médico para poder decidir, de manera unilateral, sobre la vida y cuerpo de los pacientes, lo cual provoca que no se tome en cuenta la autonomía, necesidades y el consentimiento del paciente para practicar tratamientos con algún grado de riesgo para su salud, cuerpo y vida.⁶

Por otra parte, en el caso del relativismo ético, se afirma que, ante la oposición de valores morales, ambas posturas pueden ser *correctas*, no obstante, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) argumenta que pueden existir acciones éticamente sustentadas que podrían catalogarse como *incorrectas* o *correctas* para poblaciones específicas aunque, en la práctica, logran contar con cierta aprobación de la misma sociedad

⁶ El paternalismo médico se presenta cuando existe una preponderancia del valor de la beneficencia, emanado de la intención del médico por provocar el mayor bien al usuario gracias al conocimiento que ha adquirido. No obstante, se contrapone a la autonomía, la cual establece que el paciente puede decidir sobre su cuerpo y vida, donde incluso puede reusarse a participar en algún tratamiento. Por otra parte, existen debates sobre las condiciones donde sea oportuno el paternalismo médico, cuando el paciente no pueda expresar su voluntad, a menos que la haya indicado de manera anticipada bajo ciertas condiciones. García Colorado, Gabriel; Ramírez Barba, Jaime (2011); *Diccionario Enciclopédico de Bioética*, Ed. Trillas, México, D.F., P. 110; Tomás Garrido, Gloria; Manero Richard, Elvira (2008); *Diccionario de Bioética para estudiantes*, Ed. Formación Alcalá, España, P. 252.

por medio de la justificación legal y racional de la postura adoptada, la cual podrá proponer criterios para supeditar un valor moral para tomar una decisión.⁷ Por lo tanto, los Comités no deben desechar ni privilegiar alternativas argumentativas, o decisionales, para el tratamiento y búsqueda del mayor bienestar de los pacientes, más bien, deben sustentar las posibles decisiones a tomar de manera ética sin menoscabo de la autonomía de los pacientes para decidir sobre su salud, vida y cuerpo.

Al respecto, es posible distinguir que la conducta de los pacientes se rige por principios adoptados por su contexto económico, social y cultural, siendo esto expresado en los razonamientos que rigen la toma de decisiones sobre su vida y cuerpo. Esto demuestra la necesidad de tomar en cuenta aspectos legales, técnicos, culturales, sociales, económicos, familiares y religiosos para formular alternativas ante un dilema bioético. Considerar el aspecto religioso no tergiversa la laicidad de los Comités, más bien, reconoce la multiculturalidad existente sin privilegio alguno de una postura religiosa específica. Por lo tanto, los CHB pueden consultar la opinión de teólogos ante dilemas bioéticos motivados por limitaciones en la toma de decisiones a causa de postulados religiosos. De esta forma, es posible establecer posibles alternativas para la atención clínica o terapéutica sin detrimento de los valores y costumbres del paciente.

Por lo anterior, este capítulo analizará los antecedentes y el origen de los CHB con el objetivo de identificar los aspectos históricos, políticos y legales que sustentan la puesta en marcha de los Comités; después explicaré su establecimiento en México para observar los referentes deseados sobre su funcionamiento, así como sus alcances, de acuerdo a la experiencia internacional, incluso desde la intención legislativa que produjo la reforma al artículo 90 y la adición del artículo 41 Bis de la Ley General de Salud. Posteriormente, consideraré los efectos y reglamentos que condujo aquella reforma con el propósito de analizar las funciones y atribuciones de

⁷ División de Ética de la Ciencia y la Tecnología de la UNESCO (2007); *Guía 3: Capacitación de los comités de bioética*, UNESCO, Francia, París, P. 15.

los CHB, de esta forma será posible establecer elementos para la evaluación de los Comités con base en el cumplimiento de la ley y su desempeño.

En el aspecto normativo, los CHB han devenido obligatorios en los centros de atención de la salud del sector público, social y privado gracias a la reforma del artículo 98 y la adición del artículo 41 Bis de la Ley General de Salud. Este aspecto permite generar puntos de análisis para evaluar la calidad y los resultados de los Comités en los servicios de atención de la salud desde la óptica de los hospitales públicos o privados. En consecuencia, este capítulo expondrá y analizará los referentes de los CHB, con el propósito de sentar las bases para el estudio de los Comités, ya sea desde el sector público o el sector privado.

Antecedentes y origen de los Comités Hospitalarios de Bioética

Los antecedentes de los CHB se caracterizan por fundarse bajo percepciones teóricas y prácticas para tomar decisiones en situaciones donde la ética médica se contraponga a los deseos de los pacientes, o sus familiares. En este tenor, en Estados Unidos, se desarrollaron casos médicos trascendentes que devinieron en cambios sustantivos en la atención médica, ya que instancias legales aconsejaron la creación de comités pluridisciplinarios en los hospitales, los cuales servirían para ayudar a tomar decisiones a los médicos y pacientes cuando existiera un dilema ético en la atención médica. Esta preocupación también fue expresada por K. Teel, médico pediatra estadounidense, quien -en el año 1975- afirmó que existía la necesidad de capacitar al personal médico para identificar, tratar y resolver dilemas éticos difíciles debido a las repercusiones civiles y penales que pueden generar alrededor de la toma de decisiones sobre la salud, cuerpo y vida de los pacientes.⁸

En este sentido, cabe destacar un caso relevante para la integración de los CHB, el cual se desarrolló en torno a la implementación de la hemodiálisis en pacientes con problemas crónicos renales, en el año 1960. Este tratamiento representaba grandes costos para el Seattle Artificial Kidney Center, además, su demanda superaba ampliamente las capacidades del Centro para atender a los pacientes. Por lo tanto,

⁸ Tarasco Michel, Martha (2007); *Comités Hospitalarios de Bioética*, Ed. Manual Moderno, México, P. 30.

el centro de atención médica creó un Comité de Admisión y Política (Admissions and Policy Committee) con el objetivo de seleccionar a las personas aptas para recibir el tratamiento con base en la opinión de un ministro, un abogado, un constructor, un empresario, un líder laboral y dos médicos con especialidad distinta a la nefrología (estudio de la estructura y función renal).⁹ Si bien, este caso representó fuertes críticas en su operación, sirvió como referente para establecer límites en las resoluciones de los comités de ética y abrió la posibilidad de integrar una participación pluridisciplinaria para atender dilemas éticos ante el rápido avance e innovación tecnológica y de los tratamientos médicos.

Por otra parte, en 1976, tras una resolución de la Suprema Corte del estado de Nueva Jersey, los padres de una paciente ordenaron a los médicos que removieran el apoyo respiratorio artificial que mantenía con vida a su hija. Este caso produjo pronunciamientos por parte de la Suprema Corte y Paul W. Armstrong, consejero de la familia, quienes sugirieron la creación de comités de ética que pudiesen asistir a los familiares y personal médico para tomar decisiones ante una situación tan delicada como la remoción de equipos que mantienen, de forma artificial, la vida de los pacientes.¹⁰

La toma de decisiones ante dilemas bioéticos provoca que se formulen nuevas interrogantes ante el desarrollo científico y tecnológico. La noción de dignidad humana ha promovido discusiones éticas y legales sobre cuándo se alcanza la cualidad de persona y si los individuos en estado vegetativo pueden considerarse con vida aunque sus funciones básicas (alimentación y pulso) sean ejecutadas por medio de procedimientos artificiales (como sondas y dispositivos auxiliares). En este sentido, es ampliamente retomada las observaciones realizadas por Kant, quien expresa lo siguiente:

⁹ Comisión Nacional de Bioética (2013); *Óp. Cit.* P.8.

¹⁰ Tarasco Michel, Martha (2007); *Óp. Cit.* P. 31.

“Siendo valiosa la humanidad en la propia persona o en la persona de cualquier otro, no debe tratarse nunca como un medio sino como un fin en sí mismo.”¹¹

Al considerar a un individuo como persona, facultado para gozar de sus derechos, pone en relieve la ponderación de alternativas decisionales sobre el aborto, la reproducción y muerte asistida. En el caso del aborto, se discute la cualidad del embrión (vida humana desde la primera hasta la doceava semana de gestación) para considerarse persona, pese a que no cuenta con una corporalidad humana desarrollada. La discusión en este caso provoca las siguientes preguntas: ¿Es posible entender al embrión como individuo? ¿Cuándo inicia la vida humana? ¿La dependencia en alimentación y energía por parte del embrión le quita individualidad?¹² A estos cuestionamientos cabe agregar: ¿De qué forma se toma la decisión de impedir el nacimiento? Y ¿Acaso el nacimiento es el indicador fehaciente de la existencia de un ser humano?

Si consideramos al embrión como persona será necesario discutir sobre los procedimientos de reproducción asistida, donde la fecundación in vitro provoca la generación de embriones fuera del cuerpo humano. Después de ese momento, se introducen entre tres a cinco embriones para su implantación en el útero con la intención de provocar el embarazo en la mujer.¹³ Esto ha impulsado discusiones sobre casos de selección de embriones más sanos (con mayor viabilidad para implantarse en el útero); sobre la cualidad jurídica de los embriones desechados; y la maternidad subrogada donde, por consentimiento o como prestación de un servicio, una mujer lleva el embarazo para luego entregar al niño/niña a otra persona. En este último caso intervienen los donantes de gametos, la persona quien lleva el embarazo y las personas que al final reciben al infante¹⁴. Cabe cuestionarse en este aspecto ¿quién debe tener la tutela del niño o niña? ¿Acaso el cuerpo de

¹¹ Vázquez, Rodolfo (2004); *Del aborto a la clonación: principio de una bioética liberal*, Fondo de Cultura Económica, México, Distrito Federal, P. 13.

¹² Garza Garza, Raúl (2013); *Bioética la toma de decisiones en situaciones difíciles*, Ed. Trillas, México, Distrito Federal, Pp. 125-133.

¹³ *Ibíd.* P. 195.

¹⁴ *Ibíd.* P. 212-213.

las mujeres es utilizado únicamente como un medio para gestar embriones? ¿La paternidad y maternidad debe determinarse por quién proporciona los gametos o a partir de quien lleva el embarazo?

Por otra parte, en el análisis de casos de muerte asistida se reconocen acciones u omisiones que conducen a la muerte de una persona. Para tales efectos se puede abordar la eutanasia activa como la intervención médica destinada a provocar la muerte de personas para evitar que experimenten un dolor innecesario. En contraste, la eutanasia pasiva consiste en interrumpir la intervención médica con el propósito de que los padecimientos y enfermedades terminen con la vida de una persona de forma natural.¹⁵ En el último caso se han reportado situaciones donde la voluntad del paciente es interpretada por distintos actores cercanos, por ejemplo se pueden citar el caso de Terri Schiavo quien falleció 15 años después de haber presentado un estado vegetativo. La suspensión de su tratamiento fue causado por una orden judicial que facultó el retiro de la sonda que la alimentaba. El proceso legal para obtener tal efecto fue promovido por su esposo Michael Schiavo quien afirmaba cumplir con el deseo de Terri de no mantenerla con vida artificialmente, en contraste, los padres de la paciente, Bob y Mary Schindler, mantuvieron una lucha legal por constatar que su hija presentaba signos de pensamiento, reacción y conciencia con el propósito de evitar su muerte. El desarrollo del conflicto provocó que fuera desconectada y conectada la sonda en tres ocasiones, provocando la intervención de diferentes instancias jurídicas y el Congreso de Estados Unidos.¹⁶

Ante este tipo de situaciones, los médicos deben decidir sobre el mantenimiento de la vida de los pacientes, lo cual implica –en cualquier escenario- el uso de recursos materiales y financieros, de tal suerte que si se decide mantener la vida del paciente de forma indefinida también se reduce la capacidad de los hospitales para atender a otros pacientes ya que se invierte el trabajo del personal médico y el uso de

¹⁵ *Ibíd.* P.245-249.

¹⁶ Novoa, Fernando (2007); *La historia de Terri Schiavo*, en Revista Chilena de neuro-psiquiatría, vol. 45, núm. 3, Santiago, septiembre 2007, pp. 232-234. Recuperado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272007000300009&lang=pt (Consultado el 14/08/2016).

recursos materiales, e infraestructura, para la atención de aquellos pacientes. En este sentido, el personal médico debe decidir sobre el mayor bienestar del paciente con base en la voluntad de sus tutores o familiares teniendo en cuenta el diagnóstico y prospectiva de recuperación del usuario. Al respecto, se han generado debates, criterios y reflexiones sobre las acciones administrativas y resolutivas sobre casos clínicos, además, ello ha impulsado la definición de normas que protegen al paciente, además de justificar la toma de decisiones del personal médico responsable en situaciones éticamente complejas.

Por otra parte, en el año 1983, se presentó un caso denominado *Baby Doe*, en el cual, un juez dictaminó la capacidad jurídica de los padres de un niño con síndrome de Down para tomar la decisión de impedir una cirugía necesaria para salvar la vida del infante. Este caso provocó que en Estados Unidos se buscara la integración de comités de ética en todo el país para la atención de casos similares en niños recién nacidos.¹⁷ Esta dinámica hizo que, en 1997, la comisión acreditadora de organizaciones al cuidado de la salud *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, incluyera como requisito, para la acreditación de establecimientos hospitalarios, la conformación de mecanismos que coadyuven a la enseñanza y atención de casos donde la discusión de valores éticos influyeran en el cuidado de la salud, lo cual se cumple con la integración de comités de ética clínica.¹⁸

Estos casos han revelado cambios en la atención médica de manera pragmática ante dificultades que se presentan en la implementación de nuevos tratamientos y tecnologías, así como en la puesta en marcha de razonamientos enfocados al respeto de los derechos humanos y la voluntad de los pacientes. Si bien, la ética médica se ha presentado a lo largo de la historia de la humanidad, bajo distintos roles sociales para denotar a las personas encargadas del cuidado de la salud en una comunidad, la bioética ha impulsado nuevos análisis éticos sobre la práctica médica y el desarrollo de la humanidad al reconocer: a) los acelerados cambios

¹⁷ Tarasco Michel, Martha (2007); *Óp. Cit.* P. 31.

¹⁸ *Ibíd.* P. 32.

tecnológicos desde mediados del siglo XX (tratamientos para trasplantar órganos, el mantenimiento de la vida de manera artificial y el desciframiento del genoma humano, por ejemplo); b) los cambios en la morbilidad y mortandad de las personas (el uso de cuidados paliativos para atender enfermedades crónico-degenerativas, así como el estudio de la tanatología y eutanasia); c) el respeto de los derechos humanos; d) el cuidado del medio ambiente; y e) la relación existente entre los seres humanos y todos los seres vivos.

A su vez, los CHB fueron una consecuencia de cambios sociales y normativos motivados por los acuerdos entre instituciones nacionales e internacionales. En el aspecto internacional, los derechos humanos han detonado reflexiones éticas sobre el papel del médico en su relación y atención de pacientes, así como en su actuar en la investigación con seres humanos. El debate propuesto por estos derechos ha permitido generar acuerdos y lineamientos que pueden contribuir al mejoramiento de la calidad en los servicios de atención de la salud por medio de guías, declaraciones y pronunciamientos. En este sentido, destaco las siguientes normas internacionales que antecedieron y fundamentan la concepción de los CHB para la protección y bienestar de las personas:

Normatividad	Postulados
Declaración Universal de los Derechos Humanos	En el artículo 25 se establece que toda persona tiene derecho a un nivel adecuado de vida donde se le asegure su salud, alimentación, asistencia médica y servicios sociales necesarios para su bienestar, por lo tanto tiene derecho a los seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus miembros de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. ¹⁹
Código de Núremberg	Fue publicado en 1947, en él, se establece la obligación de presentar el consentimiento informado de los pacientes para practicarles tratamientos médicos, así como para ser partícipes en una investigación en seres humanos, de tal suerte que ésta sea benéfica para los

¹⁹ Naciones Unidas; *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, recuperado en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (Consultado el 30/04/2015).

	pacientes, y la sociedad, evitando daños innecesarios. ²⁰
Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos	En el artículo 2 se establece que todo individuo tiene derecho al respeto de su dignidad y derechos cualesquiera que sean sus características genéticas, de tal forma que se respete su carácter único y su diversidad. ²¹
Declaración Universal sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras.	En el artículo 2 de esta declaración se establece que deben llevarse a cabo acciones para que las generaciones actuales y futuras puedan elegir libremente su sistema político, económico y social, así como preservar su diversidad cultural y religiosa respetando los derechos humanos y las libertades fundamentales. ²²
Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.	Del artículo 3 al 17 de esta declaración se establecen los principios éticos para la atención médica a pacientes, además, en su artículo 19, se expresa la necesidad de crear comités de ética independientes, pluridisciplinarios, pluralistas para realizar asesorías sobre problemas éticos en casos clínicos así como para fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética. ²³

Cuadro de elaboración propia.

Los acuerdos internacionales muestran cambios notables en la atención médica debido al avance de la tecnología y un mayor empoderamiento del usuario para ejercer sus derechos. Ello se expresa con: la universalidad del goce de la salud y la seguridad social; la obligación de ejercer el consentimiento informado, de manera autónoma, por parte de los pacientes; la adaptación de normas para la práctica de

²⁰ Comisión Nacional de Bioética; *Código de Núremberg*, recuperado en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf (Consultado el 30/04/2015).

²¹ Comisión Nacional de Bioética; *Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos*, recuperado en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/8.INTL_Dec_Univ_Genoma_y_Der_Humanos.pdf (Consultado el 30/04/2015).

²² UNESCO; *Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras*, recuperado en: <http://www.unesco.org/cpp/sp/declaraciones/generaciones.htm> (Consultado el 30/04/2015).

²³ UNESCO (2005); *Óp. Cit.*

nuevas tecnologías en la atención médica; el debate sobre dilemas éticos en la atención clínica y la educación; así como la capacitación del personal médico para identificar y atender los casos clínicos –éticamente- complejos en los servicios de atención de la salud.

En consecuencia, la experiencia, los debates y acuerdos internacionales han provocado impactos en nuestro país en torno al impulso de los CHB, a partir de su legislación y obligatoriedad. No obstante, su desarrollo y aceptación presentó particularidades que deben ser analizadas a partir de los elementos teóricos, legales y prácticos que detonaron y fundamentaron su establecimiento. En lo práctico, se puede analizar la institucionalización de la innovación en la atención médica con la conformación de comités de ética, tomando como referente aquellos comités promovidos por asociaciones de médicos para garantizar la calidad y atención enfocada al paciente en los hospitales. Por otra parte, la discusión legislativa y los efectos normativos que generó para referenciar y definir las obligaciones de los CHB constituyen un modelo ideal de comité, construido a partir de la teoría y el análisis de la experiencia internacional.

El ejercicio de derechos humanos ante dilemas bioéticos

Desde la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la discusión sobre la atención de la salud y la investigación en seres humanos ha sido desarrollada en distintos ámbitos sociales provocando la aprobación de acuerdos y leyes a favor de las personas ante los cambios científicos y tecnológicos experimentados desde la mitad del siglo XX. Como ejemplo de ello, dentro del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en sus artículos 12, 18, 19, 21 y 22 se establecen acciones para proteger la salud pública sin detrimento del ejercicio de otros derechos permitiendo la intervención de los Estados para procurarla.²⁴ En este tenor, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce en sus artículos 10 y 12 el goce del mayor grado de salud posible a partir

²⁴ Organización de las Naciones Unidas (1976); *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, recuperado en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx> (Consultado el 25/09/2016).

de la reducción de la mortandad y morbilidad; la prevención de enfermedades; mejoramiento de la higiene en el trabajo y el medio ambiente; así como el acceso universal a servicios de atención médica.²⁵

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece en el artículo 11 que *“toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”*²⁶ A esto es posible agregar que la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece en sus artículos 12, 13, 15, 16 y 22 la intervención de los Estados para asegurar la salud pública y el ejercicio de derechos de las personas.²⁷

Este marco general de derechos ha servido de guía para que los Estados regulen el orden legal que los rige. La procuración de los derechos humanos difiere en cada país de acuerdo a sus recursos disponibles y la aprobación de leyes que contemplen el dinamismo social interno, así como los efectos externos del desarrollo de la humanidad. En este sentido, el desarrollo de la ciencia y la tecnología ha provocado que distintos países legislen y acuerden acciones sobre dilemas éticos relacionados con la clonación, reproducción asistida, trasplante y donación de órganos, genoma humano, voluntad anticipada, biotecnología, objeción de conciencia en la práctica médica y la cooperación internacional para la prestación de servicios de atención de la salud. Gracias al reconocimiento de la importancia de estos fenómenos sociales en distintos países y organismos internacionales, la bioética ha podido tener un mayor protagonismo en el análisis de asuntos de interés público.

²⁵ Organización de las Naciones Unidas (1976); *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, recuperado en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (Consultado el 25/09/2016).

²⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1948); *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, recuperado en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp> (Consultado el 25/09/2016).

²⁷ Organización de los Estados Americanos (1969); *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, recuperado en: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm (Consultado el 25/09/2016).

Como ejemplo, en el caso de la clonación de personas, las normas españolas (1995) prohíben y castigan la clonación de personas con el propósito de generar una selección racial; en Argentina (1997) se prohíben todo experimento de clonación de células humanas; Estados Unidos (2001) pena con diez años de prisión y un millón de dólares en multa por realizar cualquier tipo de clonación; Dinamarca (1992) prohíbe la producción de individuos genéticamente idénticos; Francia (1994) pena con veinte años de prisión a las personas que practiquen experimentos de clonación humana; Suecia (1991) prohíbe la clonación de embriones; Alemania (1990) determina como un delito la creación de embriones, fetos o personas idénticas genéticamente; Perú prohíbe la clonación de seres humanos y la fecundación de óvulos con propósitos distintos a la reproducción; la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2000) prohíbe a los países miembros de la Unión Europea la creación de seres humanos idénticos.²⁸

La legislación sobre la reproducción asistida señala elementos técnicos, usos, propósitos y sanciones para quienes generen modificaciones genéticas o busquen la clonación humana. Este tema ha sido tratado por los legisladores de España, Alemania, Austria, Brasil, Canadá, Estados Unidos, India, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y la Unión Europea²⁹.

En el caso de la donación de órganos, la experiencia internacional muestra la importancia de la protección de los donantes para evitar que decidan sobre su cuerpo bajo la influencia de algún tipo presión por parte de terceros. Para su consentimiento, todo individuo debe actuar con conocimiento de las consecuencias de sus decisiones sobre su salud. Asimismo, la discusión de la donación de órganos y tejidos ha provocado el establecimiento de mecanismos para su administración y otorgamiento a pacientes a partir de la implementación de comités especializados en ello. Tanto países europeos y latinoamericanos han demostrado avances en esta

²⁸ García Colorado, Gabriel; López Brito, Francisco Salvador (2003); *Legislar en Bioética legislando para el futuro*, Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, México, Pp. 54-63.

²⁹ *Ibíd.* Pp. 373-375.

discusión al mismo tiempo que México ha aprobado leyes a favor de la protección de donantes y beneficiarios.³⁰

Por otra parte, la UNESCO, a través de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, señala que entre los Estados “*deben respetar y promover la práctica de la solidaridad con los individuos, familias o poblaciones particularmente expuestos a las enfermedades o discapacidades de índole genética o afectados por éstas.*”³¹

La cooperación internacional, de acuerdo con su artículo 19, debe estar orientada a: analizar las implicaciones de la investigación sobre el genoma humano; apoyar el desarrollo de la investigación sobre biología y genética en países en desarrollo; difundir los resultados y beneficios de las investigaciones científicas y tecnológicas, así como su impacto en el desarrollo económico y social; e impulsar el intercambio de información y conocimientos científicos en biología, genética y medicina.³² El reconocimiento del interés público sobre el desarrollo científico y tecnológico permite que distintos Estados puedan cooperar para mejorar la atención médica a partir de la difusión e intercambio de información y productos. Esta dinámica responde a los efectos benéficos en la economía y el bienestar de las personas al gozar del máximo grado de salud disponible.

El reconocimiento internacional del dinamismo social provocado por el desarrollo científico y tecnológico ha logrado que distintos países legislen sobre temas relacionados con la bioética debido a su impacto en los intereses públicos. México no es la excepción en este ámbito ya que reconoce desde su constitución la protección de la salud, lo cual ha generado la aprobación de leyes generales,

³⁰ Cámara de Diputados (2014); *Reglamento de la ley general de salud en materia de trasplantes*, recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MT.pdf (Consultado el 25/09/2016).

³¹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencias y la Cultura (1997); *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*, recuperado en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (Consultado el 25/09/2016).

³² *Ídem*.

reglamentos y leyes complementarias para atender los cambios en la atención médica y la conducta de los ciudadanos.

Los Comités Hospitalarios de Bioética en México

A partir del interés internacional por el análisis de la bioética enfocada a la biomedicina, el cuidado de la salud y el medio ambiente, se llevaron a cabo acciones en México para crear órganos institucionales que tuviesen incidencia en las decisiones de gobierno y la prestación de servicios de atención de la salud. En consecuencia, en 1989 se integró un grupo de estudio de la bioética dentro del Consejo de Salubridad General, el cual se transformó, para el año 1992, en la Comisión Nacional de Bioética³³. Ésta comisión se instaló en el Hospital Juárez-Centro de la Ciudad de México, donde desarrolló estudios sobre los servicios de salud, el desarrollo social, bienestar, la reproducción humana, genética, ética, biomedicina y acerca de los trasplantes de órganos y tejidos.³⁴

En este sentido, se llevaron a cabo boletines, congresos nacionales e internacionales, reuniones de trabajo, sesiones, conferencias y foros para la consecución de sus funciones orientadas hacia el análisis de temas bioéticos. Ello permitió evidenciar su importancia en el país, lo cual provocó cambios en el reglamento interno de la Secretaría de Salud con el objetivo de dotar de un carácter permanente a dicha comisión. Además, se estableció que la Comisión Nacional de Bioética debe promover el estudio y observancia de la atención e investigación médica desde una perspectiva bioética.³⁵

La Comisión se integró por los titulares de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, rectores de universidades públicas y privadas y el director del Consejo Nacional de Ciencia y

³³ Comisión Nacional de Bioética (2007); *La Comisión Nacional de Bioética en México*, revista Debate Bioético, Secretaría de Salud, Número 2, Julio-Septiembre, México, Distrito Federal, P. 27.

³⁴ *Ibid.* P. 28.

³⁵ *Ídem.*

Tecnología.³⁶ Para el año 2002, gracias al trabajo de la Comisión, se emitió el Código de Bioética para el Personal de Salud con el objetivo de capacitar al personal médico para conocer y poner en práctica valores éticos en la atención. A su vez, la Comisión emprendió la creación de comités de bioética en los centros hospitalarios a partir del año 2003 y, un año más tarde, asumió el análisis de aspectos éticos del genoma humano con la derogación de la Comisión Nacional para el Genoma Humano.³⁷

En el año 2005, como consecuencia del Decreto Presidencial emitido el 7 de septiembre, se constituyó la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica y operativa.³⁸ Esta evolución paulatina de sus funciones y características organizacionales de la CONBIOÉTICA, responde a los cambios legales que se experimentaron en nuestro país, gracias al trabajo de la Comisión y sus miembros en la promoción de los temas bioéticos relacionados con la investigación y atención médica. Al respecto, en México, se han adaptado las reflexiones internacionales en la normatividad nacional que rige la atención médica, por lo cual, es necesario considerar las leyes que delimitan las funciones de los CHB tomando en cuenta las obligaciones institucionales de la CONBIOÉTICA y las Comisiones Estatales de Bioética que coadyuvan a la integración, funcionamiento y evaluación de los Comités en los centros de atención de médica.

Normas Nacionales	Postulados
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	El artículo 1 sostiene que los derechos humanos serán interpretados de conformidad con la Constitución, favoreciendo, en todo momento, a las personas con la protección más amplia. En el artículo 4 se establece que toda persona tiene derecho a la salud, la planificación familiar y al ejercicio de sus derechos culturales. ³⁹

³⁶ *Ibíd.* Pp. 28-29.

³⁷ *Ibíd.* Pp. 29-30.

³⁸ *Ibíd.* P. 30.

³⁹ Cámara de Diputados; *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, recuperado en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm> (Consultado el 1/05/2015).

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	<p>En el artículo 26 se faculta a la Secretaria de Salud para llevar a cabo las responsabilidades del Poder Ejecutivo de la Unión.</p> <p>En el artículo 29 se establece que la Secretaría de la Defensa Nacional deberá organizar y prestar los servicios de sanidad militar.⁴⁰</p>
Ley General de Salud.	<p>En el artículo 2, se describen las finalidades del derecho a la salud, donde se expresa la búsqueda del bienestar físico y mental, la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana y la asistencia médica eficaz bajo el adecuado aprovechamiento, utilización y enseñanza de los servicios de salud.</p> <p>En el artículo sexto se establece la creación de un sistema racional de administración y desarrollo de recursos humanos para mejorar la salud.</p> <p>A partir de la reforma de 2011, se agregó el artículo 41 Bis donde se establece que la atención médica del sector público, social y privado deberá contar con un Comité Hospitalario de Bioética para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos, estos serán interdisciplinarios y deberán ser integrados por personal médico de distintas especialidades, especialistas de profesiones orientadas a la psicología, enfermería, trabajo social, sociología, antropología, filosofía o derecho que cuenten con capacitación en bioética, también representantes del núcleo afectado o de personas usuarias de los servicios de salud.</p> <p>Por otra parte, en el artículo 316 se establece que los Comités Internos de Trasplantes deberán mantenerse coordinados con los Comités de Bioética de la institución donde se desarrollen.⁴¹</p>
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación	<p>En el artículo 88 se establece que en todo hospital, de acuerdo a su grado de complejidad y poder de resolución, se integrarán las comisiones y comités señalados por la Ley. A su vez, establece que, para constituir un Comité</p>

⁴⁰ Cámara de Diputados; *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*, recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_190315.pdf (Consultado el 1/05/2015).

⁴¹ Cámara de Diputados; *Ley General de Salud*, recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf (Consultado el 9/05/2016).

de Servicios de Atención Médica.	Hospitalario de Bioética, deberá ser registrado ante la Comisión Nacional de Bioética.
----------------------------------	--

Cuadro de elaboración propia.

A partir de la reforma al artículo 98 y la adición del artículo 41 Bis de la Ley General de Salud en el año 2011, los CHB se han convertido en órganos obligatorios en los establecimientos hospitalarios, los cuales deben asistir al personal médico y pacientes en la toma de decisiones sobre dilemas éticos en la atención médica. En este sentido, desde la discusión legislativa, es posible reconocer aquello que fundamentó su aprobación y los alcances esperados a partir de su operación. Cabe señalar que, desde la propuesta legislativa, se establecieron las funciones de los CHB como órganos de apoyo para la toma de decisiones ante dilemas bioéticos presentes en la práctica clínica y la docencia. Además, se propuso que serían promotores de la enseñanza y capacitación de sus miembros, así como del personal médico del establecimiento, sobre temas bioéticos.⁴²

Entre las consideraciones de la minuta legislativa se reconoce que la ética es una disciplina primordial para la medicina, en consecuencia, la bioética se yergue como una disciplina que propone una metodología filosófica, plural y democrática para el entendimiento y comprensión de los derechos del ser humano. Asimismo, sostiene que los CHB tienen como objetivo proponer criterios para que los responsables de la toma de decisiones actúen de manera ética, respetando la legalidad y pluralidad de los usuarios cuando exista un conflicto de obligación o de derecho en la atención médica.⁴³

Para la segunda lectura de la iniciativa se expresa la necesidad de establecer Comités de Bioética en los centros hospitalarios debido a la aprobación de la Ley de Cuidados Paliativos y la Ley de Donación de Órganos. Ambas leyes implican atender casos donde pueden existir dilemas éticos en la práctica médica, por lo

⁴² Senado de la República (2011); *Diario de Debates de la Cámara de Senadores del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos*, Año III, Primer periodo Ordinario, LXI Legislatura, Núm. 17, recuperado en: <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=3&sm=1&id=2108&lg=61&ano=3#a30288> (Consultado el 2/05/2015).

⁴³ *Ídem*.

tanto, la toma de decisiones debe asistirse de la participación de comités pluridisciplinarios para ampliar el criterio de acción del personal médico con base en la discusión ética de las posibles alternativas decisionales.⁴⁴ En los discursos abordados en la segunda lectura, se retoma la postura de la UNESCO sobre los CHB al sostener que los comités de bioética sirven como punto de inicio para el análisis y desarrollo de políticas, con ello se expresa que las resoluciones de los Comités trascienden la particularidad de un caso para generar políticas que ayuden a mejorar la calidad en los servicios de atención de la salud.⁴⁵

De esta forma, el referente legislativo denota las cualidades que deben alcanzar los CHB para su máximo aprovechamiento, y desarrollo, en la generación de servicios de atención de la salud de mayor calidad. A partir del contraste de la intención legislativa y la implementación de la norma, es posible generar un análisis más amplio sobre el funcionamiento y alcances de los CHB por medio del estudio de la reglamentación subsecuente a la aprobación de los ordenamientos legales. Por lo tanto, es imperante reconocer a las autoridades rectoras de los Comités, así como a la reglamentación establecida por aquellas figuras instituciones para referenciar a los CHB y su funcionamiento.

Desde esta perspectiva, es posible reconocer que las leyes nacionales señalan a la CONBIOÉTICA como la institución rectora de los CHB y las Comisiones Estatales de Bioética como instituciones vinculantes entre la Comisión Nacional y los Comités para su integración, funcionamiento y evaluación. Por lo tanto, la CONBIOÉTICA, se encuentra facultada para generar la reglamentación necesaria para cumplir con la normatividad nacional e internacional aplicable. Ante esta consigna, la Comisión ha producido guías nacionales para la integración de los CHB en los establecimientos hospitalarios. En ellas se describen los procedimientos para la

⁴⁴ Senado de la República (2011); *Diario de Debates de la Cámara de Senadores del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos*, Año III, Primer periodo Ordinario, LXI Legislatura, Núm. 20, recuperado en: <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=3&sm=1&id=2110&lg=61&ano=3#30347> (Consultado el 02/05/2015).

⁴⁵ *Ídem*.

integración, funcionamiento y control de los Comités, así como las funciones de las Comisiones Estatales para cumplir con las consignas legales.

Las Comisiones Estatales de Bioética se encuentran a cargo de la promoción de la obligatoriedad, integración, seguimiento y capacitación de los CHB en los establecimientos de salud públicos y privados que cuenten con 30 o más camas censables. Para llevar a cabo esta función, las Comisiones Estatales deben incluir, dentro de su organización, a un Coordinador Hospitalario de Bioética quien deberá llevar a cabo: reuniones de trabajo con los directivos de los establecimientos de atención de la salud que carezcan de un CHB; implementar un Censo Estatal de Establecimientos de Salud; realizar acciones de capacitación sobre bioética dirigidas a los miembros de la Comisión Estatal y los Comités; y la verificación de la información demandada por la CONBIOÉTICA a los CHB, así como las demás funciones que le sean conferidas para cumplir con las responsabilidades legales de la Comisión Estatal de Bioética.⁴⁶

Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética

Con el objetivo de ahondar sobre los CHB, es necesario reconocer sus características específicas como órgano, así como las funciones particulares de sus miembros. Al observar a los Comités como un *todo*, será posible contrastar los elementos que los definen dentro de los reglamentos que rigen su funcionamiento, los cuales indican sus obligaciones y funciones que deben poner en práctica para alcanzar los objetivos generales. Por otra parte, las funciones particulares de sus miembros deben ser abordadas para reconocer la responsabilidad que deben cumplir para garantizar la atención efectiva de casos con presencia de dilema bioético.

En este sentido, como órgano, la *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*, señala tres objetivos fundamentales de los CHB:

⁴⁶ Información obtenida a partir de un documento de trabajo actualizado hasta el 1 de julio de 2015, proporcionado a través del Centro de Conocimiento Bioético (CECOBE) de la CONBIOÉTICA.

- 1) *Asesorar al personal de salud, usuarios y a la población en general en relación con los problemas y dilemas bioéticos, surgidos en la prestación de servicios de atención médica y docencia en salud desde una perspectiva laica y científica;*
- 2) *Fomentar la conciencia y participación de la población del ámbito de influencia del establecimiento de salud, con respecto a los avances en las ciencias básicas y conductuales, para contribuir a la sensibilización de la sociedad en el debate de los problemas bioéticos; y*
- 3) *Servir de foro para la reflexión de problemas y casos bioéticos para deliberar en los establecimientos de atención de la salud y en los ámbitos educativos locales.*⁴⁷

Es notable que los objetivos de los CHB se orientan hacia el asesoramiento del personal médico, la docencia en bioética, el impulso de la participación ciudadana, la concientización de la población sobre dilemas bioéticos y la discusión y atención de dilemas bioéticos en la práctica médica. Ante este referente, es necesario reconocer las funciones que detonarán aquellos resultados esperados para luego determinar las acciones específicas que impulsarán el cumplimiento de sus obligaciones. En este sentido, la CONBIOÉTICA identifica las siguientes funciones de los CHB en la Guía Nacional, para cumplir con los objetivos antes nombrados:

- 1) *Actuar en interés de los participantes en la prestación de servicios hospitalarios y de las comunidades involucradas, en consideración de los fundamentos y principios bioéticos desde una perspectiva laica y científica y en conformidad con las regulaciones y de los hospitales;*
- 2) *Emitir alternativas de resolución a los dilemas bioéticos que se pongan a su consideración, con base en análisis sistemáticos, propiciando la toma de decisiones razonadas y fundamentadas, contribuyendo así a salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes en la prestación de servicios de atención médica y docencia en el área de la salud.*

⁴⁷ Comisión Nacional de Bioética (2013); *Óp. Cit.* P. 21.

- 3) *Desarrollar acciones que ayuden a los miembros del Comité y al personal de salud del hospital a incorporar información, conocimiento y conductas para la identificación y posible resolución de dilemas bioéticos y así promover la educación bioética permanente de éstos;*
- 4) *Contribuir a la prevención de conflictos de interés que puedan surgir en la atención médica, a través de procedimientos orientadores; considerando el contexto social, económico, cultural y la congruencia con el momento histórico y marco jurídico; y*
- 5) *Conformar y proporcionar informes periódicos de las actividades realizadas, con apego a la normatividad, a las instancias que corresponda para ser utilizados en la prospectiva de sus acciones.⁴⁸*

Al analizar las funciones de los CHB, es notable que estos se orientan hacia la deliberación, reflexión, participación, educación y respeto de los derechos de los usuarios de los servicios de atención de la salud. No obstante, en sus funciones cuatro y cinco, se pueden visualizar elementos para el seguimiento y evaluación de su funcionamiento con base en procedimientos de observancia y control de conflictos de intereses. A su vez, la emisión de informes coadyuva a la educación y mejora de su funcionamiento gracias a la compilación de experiencias para la capacitación del personal médico para identificar, atender y responder ante dilemas éticos.

El cumplimiento de sus obligaciones debe estar fundamentado por un cuerpo organizacional que coadyuve a la consecución de los objetivos generales, por lo tanto, los Comités deben componerse de personal capacitado, sin menoscabo de la pluralidad y participación ciudadana demandada por la ley. En este sentido, es necesario observar la instalación y conformación de los CHB. En cuanto a su instalación, es destacable el cumplimiento de los requerimientos legales para su operación en los centros de atención médica. Al respecto, la Guía Nacional

⁴⁸ *Ídem.*

establece que los CHB deberán ser constituidos por medio de un acta de instalación, la cual debe contar con la siguiente información:

- ❖ *Denominación o razón social de la institución a la que pertenece el Comité;*
- ❖ *Domicilio del Comité, así como la institución a la que pertenece;*
- ❖ *Objeto del Comité;*
- ❖ *Características y funciones del Comité;*
- ❖ *Integración del Comité;*
- ❖ *Facultades de los integrantes del Comité;*
- ❖ *Forma de financiamiento de los gastos de operación del Comité;*
- ❖ *Lugar, fecha y hora de instalación;*
- ❖ *Fundamento jurídico que contenga las facultades del titular para la constitución del Comité;*
- ❖ *Manifestación del titular del establecimiento de que bajo su responsabilidad se constituye el Comité; y*
- ❖ *Firma autógrafa del titular responsable del establecimiento.*⁴⁹

La información solicitada permite reconocer a las autoridades responsables del Comité al interior de los centros de atención médica, además promueve la capacitación del personal al solicitar el objeto, las características, funciones, integración y facultades del Comité. De esta forma, se integran los CHB de manera informada, tanto por sus integrantes como de sus responsables, lo cual coadyuva al desarrollo e implementación del CHB. Asimismo, con la definición del financiamiento de los gastos de operación del Comité, es posible programar gastos específicos para su ejercicio, además abre la posibilidad de evaluar su desempeño con base en el costo-beneficio de las acciones emprendidas.

Por otra parte, la Guía establece que los Comités deben estar integrados por personal médico de distintas especialidades, paramédicos, profesionistas capacitados en bioética, abogados con conocimientos en materia de salud, representantes del núcleo afectado -o usuarios de los servicios de salud- y

⁴⁹ *Ibíd.* Pp. 27-28.

representantes de la sociedad civil. Sin embargo, no deben incluirse en los Comités al personal administrativo ni los directores de los hospitales, tampoco al personal que ocupe un cargo directivo en la institución.⁵⁰

En consecuencia, los CHB deben estar integrados por un presidente, un vocal secretario (electo por el presidente, entre los vocales) y, por lo menos, cuatro vocales. Esta composición tiene por objetivo poder delimitar funciones, responsabilidades y roles para llevar a cabo las funciones de los Comités, por lo cual, los miembros, y candidatos promovidos, deben cumplir con los siguientes requisitos para formar parte de los Comités:

- ❖ *Contar con antecedentes que demuestren honestidad y compromiso por medio de referencias de sus pares, de los cargos que ha desempeñado, de la comunidad o de la organización a la que pertenece;*
- ❖ *Documentar experiencia profesional en su campo de desempeño y compromiso en su trabajo;*
- ❖ *Tener alguna capacitación o formación en bioética clínica de manera preferente; y*
- ❖ *No se debe pertenecer al cuerpo directivo del hospital.⁵¹*

Asimismo, la Guía Nacional establece que los integrantes deben mantener el compromiso de capacitarse en bioética desde una perspectiva laica y científica; ser respetuosos, tolerantes, reflexivos, prudentes, honestos y argumentar de manera racional y razonable; representar los intereses de la comunidad usuaria de los servicios de atención de la salud; y mantener el compromiso de estar presente durante el periodo establecido por el Comité.⁵² Estas cualidades permiten que los miembros puedan desempeñar sus funciones bajo valores que impulsen el diálogo pluridisciplinario en la toma de decisiones y el análisis de casos clínicos con base en una mayor capacitación en bioética y reconocimiento de las demandas generales, así como particulares, de los usuarios sobre el servicio que esperan

⁵⁰ *Ibíd.* P. 23.

⁵¹ *Ibíd.* P. 24.

⁵² *Ídem.*

recibir. Con el objetivo de conformar un cuerpo pluridisciplinario, los CHB delimitan sus reglas de funcionamiento para llevar a cabo el proceso de selección de sus integrantes, el cual debe contar con una evaluación curricular, entrevista personal y otros mecanismos considerados necesarios para la evaluación de aspirantes.⁵³

En el caso de la elección del presidente del Comité, en un principio deberá ser nombrado por el titular del establecimiento de atención de la salud. Al término del periodo del primer presidente (tres años), el siguiente deberá ser electo entre una terna promovida por los miembros del CHB. En el primer periodo del Comité, el presidente designará a los vocales por un periodo de tres años, después los miembros del Comité propondrán candidatos para la renovación de vocales. A su vez, los CHB pueden permitir la participación de más personas por medio de consultas externas a representantes de los pacientes, representantes de organizaciones de la sociedad civil y especialistas sobre aspectos éticos, técnicos legales, médicos o de cultos religiosos. Asimismo, los consultores externos están sujetos a la obligación de mantener la confidencialidad de la información que tuvieron acceso durante su participación en el caso tratado.⁵⁴

En cuanto a los vocales, su renovación debe llevarse a cabo de manera escalonada para evitar su completa renovación sin los integrantes suficientes para promover vocales o para elegir a un nuevo presidente. En consecuencia, los CHB deben establecer la duración del nombramiento de los integrantes del Comité, la política de renovación del nombramiento, el procedimiento de descalificación, el procedimiento de renuncia y el procedimiento de sustitución de miembros⁵⁵. Además, los CHB deben presentar ante la CONBIOÉTICA el nombre de la persona seleccionada para formar parte del Comité, así como el cargo que desempeña, y la duración de su encargo. Por lo tanto, cada nuevo miembro del Comité deberá presentar la siguiente documentación a la CONBIOÉTICA:

⁵³ *Ídem.*

⁵⁴ *Ibíd.* Pp. 24-25.

⁵⁵ *Ibíd.* Pp. 25-26.

- ❖ *Compromiso de velar por el interés de los pacientes o usuarios de los servicios;*
- ❖ *Compromiso de confidencialidad, resguardo y uso de la información;*
- ❖ *Aceptación y cumplimiento de las políticas y disposiciones de operación del Comité;*
- ❖ *Señalamiento expreso de que la incorporación al Comité será con carácter honorífico; y*
- ❖ *Cláusula de las políticas y el manejo de los conflictos de interés.⁵⁶*

Una vez establecido el CHB y seleccionados sus integrantes, los Comités deberán cumplir con su responsabilidad legal y reglamentaria que los rige. En este sentido, cada integrante deberá desempeñar funciones específicas de acuerdo a la responsabilidad a su cargo, ya sea como presidente del Comité, vocal secretario, vocal o consultor externo. Al respecto, la CONBIOÉTICA, ha definido las funciones de cada actor integrante de los Comités de la siguiente forma:

Cargo	Funciones
Presidente del Comité	1) Convocar, organizar y presidir las sesiones conforme a los criterios establecidos en los lineamientos del Comité; 2) Implementar mecanismos de prevención y detección de conflictos de interés dentro del Comité; 3) Instrumentar el proceso de asignación y renovación de los integrantes conforme al reglamento interno del Comité; 4) Fomentar las actividades de capacitación continua interna y externa del Comité que incluya a la población del área de influencia; 5) Notificar las recomendaciones y alternativas de resolución emitidas por el Comité a las instancias que correspondan; 6) Realizar el registro del Comité Hospitalario de Bioética ante la Comisión Estatal de Bioética y la Comisión Nacional de Bioética, así como a otras instancias que proceda;

⁵⁶ *Ibíd.* P. 25.

	<p>7) Coordinar la elaboración de informes de actividades y facilitar el acceso a la documentación del Comité al titular de la institución y a las instancias que así lo requieran; y</p> <p>8) Llevar a cabo otras funciones afines a las señaladas.</p>
Vocal secretario	<p>1) Convocar a los vocales, a petición expresa del presidente, a las reuniones del Comité;</p> <p>2) Elaborar y proporcionar las agendas de trabajo de las reuniones y remitir a los integrantes del Comité la documentación necesaria, con anticipación, exceptuando las sesiones expeditas;</p> <p>3) Coordinar la elaboración de los documentos e instrumentos normativos y de operación para la integración y desarrollo de las actividades del Comité.</p> <p>4) Levantar el acta de las sesiones, recabando la firma de los participantes para su formalización y distribución donde proceda;</p> <p>5) Recibir los asuntos que se propongan ser tratados en las sesiones del Comité y revisar que la información sea adecuada y suficiente para incluirla en las agendas de trabajo;</p> <p>6) Integrar el programa anual de actividades que incluya acciones consultivas, capacitación y seguimiento, solicitando las aportaciones de los integrantes del Comité;</p> <p>7) Colaborar en actividades de formación, actualización en bioética y difusión entre el personal del establecimiento;</p> <p>8) Coordinar la elaboración de informes, dictámenes y recomendaciones solicitados al Comité;</p> <p>9) Mantener actualizados los archivos del Comité, mediante el registro de actividades y documentación respectiva;</p> <p>10) Integrar y remitir a las instancias que proceda, los dictámenes y alternativas de solución emitidas por el Comité, en tiempo y forma; y</p> <p>11) Desempeñar cualquier otra función que le sea asignada por el presidente.</p>
Vocales	<p>1) Participar en el análisis y deliberación de casos para la emisión de resoluciones consensadas por el Comité y dar cumplimiento a sus funciones y objetivos;</p> <p>2) Dar seguimiento a los acuerdos tomados e identificar temas que pudieran ser motivo de deliberación por parte del Comité, para aprovechar experiencias de análisis de casos;</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 3) Intervenir en beneficio del funcionamiento del Comité, haciendo aportaciones para su organización y funcionamiento; 4) Colaborar en actividades de formación, actualización en bioética, y otras acciones, para el personal y la población del área de influencia del hospital; y 5) Desempeñar cualquier otra función que le asigne el presidente.
Consultores externos	<ol style="list-style-type: none"> 1) Asesorar al Comité en materia de bioética, para la evaluación de problemas o dilemas bioéticos, ya sea personalmente en las sesiones, o emitiendo comentarios técnicos; 2) Participar con probidad y ajeno a conflictos de interés en las sesiones a las que sea expresamente convocado; 3) Colaborar con el proceso de análisis del caso, ya sea personalmente en las sesiones o enviando sus comentarios técnicos, sin participar en la emisión de las resoluciones; 4) Mantener la confidencialidad sobre la información a la que se tuvo acceso.

Cuadro de elaboración propia realizado con base en la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética.⁵⁷

Una vez abordadas las funciones del CHB en su conjunto y sus miembros, es imperante reconocer aquello que no es una función o responsabilidad de los Comités. Al respecto, la Guía expresa las siguientes observaciones:

- *Los Comités no pueden reemplazar la relación médico-paciente, tampoco las decisiones ni responsabilidades que corresponden a cada uno de los actores en dicha relación.*
- *No suplen las funciones de los profesionales en la toma de decisiones clínicas, sólo intervendrán a petición de los mismos, cuando se identifique un conflicto en el ejercicio de la atención a la salud y se requiera asesoría para su análisis, por lo que deberán abstenerse de involucrarse en decisiones que competen al médico tratante y en decisiones relacionadas con el tratamiento de los pacientes, a menos que les sea solicitado.*
- *No es su ámbito de competencia analizar o sancionar la negligencia médica.*

⁵⁷ *Ibíd.* Pp. 26-27.

- *No les corresponde tratar asuntos o problemas de carácter laboral, administrativo o legal.*⁵⁸

Los CHB actúan en situaciones donde se debe tomar una decisión, a petición del médico o el paciente. Además, los Comités, sólo llevan a cabo una función consultiva y preventiva para delimitar alternativas en la atención médica, por lo cual no deben participar en el análisis de asuntos laborales, administrativos, legales ni de negligencia médica ya que no suple la responsabilidad del médico y el paciente sobre las decisiones y acciones acordadas -o no acordadas- durante la prestación de servicios de salud.

En consecuencia, bajo el reconocimiento del panorama, funciones, obligaciones, objetivos y procedimientos con los cuales actúan los CHB, es posible evidenciar puntos claves para evaluar el desempeño del Comité, así como el cumplimiento de la normatividad nacional e internacional aplicable para su integración y funcionamiento. Ante este escenario, es imperante analizar los mecanismos de evaluación que orientan las acciones de los Comités hacia un modelo ideal establecido desde sus funciones, alcances y perspectivas señaladas por el referente teórico-normativo internacional, su discusión legislativa, los postulados legales nacionales y los reglamentos instituidos para normar los procedimientos internos de los CHB.

Evaluación de los Comités Hospitalarios de Bioética

La evaluación es un instrumento de medición de los resultados obtenidos en comparación a los objetivos establecidos con base en la inversión de tiempo, recursos y trabajo. Asimismo, la evaluación manifiesta objetivos propios, implícitos o explícitos, relacionados con: el impulso de la toma de decisiones de manera más eficaz y eficiente; la rendición de cuentas; el mejoramiento de la gestión; la investigación académica; la capacitación; o el cumplimiento de fines estadísticos. En este sentido, Bernard Parret, indica que *el lector potencial de un reporte de evaluación debe poder comprender: 1) el objetivo de la evaluación; 2) la delimitación*

⁵⁸ *Ibíd.*, P. 23.

*exacta del objeto de análisis; 3) cómo ha sido diseñada y conducida la evaluación; 4) cuáles hechos han sido establecidos; 5) cuáles conclusiones han sido expresadas; y 6) cuáles recomendaciones han sido señaladas, en caso de ser necesarias.*⁵⁹

Por lo anterior, es necesario abordar los objetivos de la evaluación de los CHB, los elementos evaluados del Comité, su diseño y puesta en marcha, así como el contexto donde se desarrolla. Al respecto, es posible reconocer que los objetivos de la evaluación de los Comités, explícitos e implícitos, se encuentran inscritos de manera transversal en la distinción de los aspectos evaluados, la delimitación de responsables de la evaluación y en los mecanismos para llevarla a cabo. Es decir, la evaluación contiene en sí misma aspectos políticos y administrativos que permiten visualizar los efectos esperados dentro del censo y medición de resultados de los Comités. Desde un punto de vista administrativo, es posible identificar objetivos orientados hacia la mejora de la gestión y el desempeño de los CHB, mientras que, desde una perspectiva política, es notable que la evaluación puede evidenciar fallas en los procedimientos a partir del análisis de la relación entre instituciones, autoridades, miembros del Comité y los usuarios.

Cabe señalar que la evaluación de los CHB es llevada a cabo a partir de los instrumentos establecidos por la CONBIOÉTICA. Al respecto, se ha construido un modelo de autoevaluación donde se enumeran veinticinco puntos a evaluar con base en el testimonio de los miembros del Comité. En este sentido, los aspectos a evaluar pueden detallarse de la siguiente manera:

- ❖ Tener la siguiente documentación:
 1. Acta de Instalación.
 2. Carta de designación de los integrantes del CHB.
 3. Cartas de confidencialidad.
 4. Reglamento Interno.
 5. Manual de organización.

⁵⁹ Parret, Bernard (2008); *L'évaluation des politiques publiques*, Ed. La Découverte, Francia, París, Pp. 7, 29.

- ❖ Contar con la siguiente programación:
 1. Programa anual de sesiones.
 2. Programa de capacitación interna y externa.
 3. Programa anual de capacitación interna del Comité.
 4. Programa anual de capacitación para el personal del establecimiento.
 5. Programa anual de capacitación para la comunidad.
- ❖ Contar con los siguientes mecanismos procedimentales:
 1. Procedimiento para la solicitud de intervención del comité para el análisis de casos clínicos.
 2. Procedimiento para la admisión de casos clínicos para el análisis bioético.
 3. Procedimiento para sesiones ordinarias, extraordinarias y expeditas.
 4. Procedimiento para el análisis de casos clínicos con dilema bioético.
 5. Procedimiento de control y seguimiento de recomendaciones emitidas por el Comité.
 6. Procedimiento para la comunicación de recomendaciones e informes.
 7. Procedimiento para el resguardo de la información.
- ❖ Conformación del Comité:
 1. No incluir en su integración al personal del cuerpo directivo de la institución.
 2. Conformación multidisciplinaria.
 3. Mínimo de miembros necesarios (presidente, vocal secretario y tres vocales).
 4. Inclusión de un representante de la comunidad en el Comité.
 5. Contar con personal de apoyo administrativo.
 6. Observar en su integración equidad de género.
- ❖ Recursos materiales y financieros:
 1. Contar con área física de trabajo.
 2. Contar con mecanismos de financiamiento para su operación.⁶⁰

⁶⁰ Los aspectos a evaluar fueron retomados del Formato de la Guía de Autoevaluación de los CHB, emitido por la CONBIOÉTICA. Comisión Nacional de Bioética (2013); *Óp. Cit.* P. 45.

El formato de autoevaluación, demandado para el registro de Comités ante la CONBIOÉTICA, implica una compilación de resultados donde, los valores antes enunciados, son recabados bajo la respuesta *Sí* o *No*. Esto muestra que la evaluación de los CHB se orienta hacia el fortalecimiento institucional, ya que cinco indicadores están focalizados hacia la posesión de documentación relacionada con la instalación del Comité; otros cinco indicadores sobre la posesión de programas específicos; siete indicadores focalizados a la integración de procedimientos; seis indicadores orientados a la conformación del CHB; y dos indicadores sobre los recursos materiales y financieros que cuenta el Comité. No obstante, carece de indicadores orientados hacia la evaluación del desempeño, la producción de resoluciones, atención de casos, impartición de actividades de capacitación, distribución de información sobre los CHB a los pacientes, la influencia de los Comités en medios de comunicación (radio, televisión e internet) o el número de demandas legales recibidas en el centro de atención médica⁶¹.

Si bien el control y seguimiento de los CHB es promovido por la CONBIOÉTICA y las Comisiones Estatales de Bioética, no representa una diferencia significativa en comparación al documento de autoevaluación, entregado a la CONBIOÉTICA para el registro del Comité. El Programa de Control y Seguimiento de los CHB solicita información sobre los mismos aspectos, dejando de lado elementos orientados a la mejora del desempeño⁶². En consecuencia, la evaluación de los Comités privilegia la constatación de su implementación en los centros de salud con el objetivo de cumplir con el mandato legal, el cual obliga su integración en los centros de atención médica preventiva, curativa, paliativa y de rehabilitación que cuenten con 30 o más camas censables.⁶³

⁶¹ Para Richard A. Mc. Cormick, los CHB son indispensables para proteger los centros médicos, al respecto afirma lo siguiente: *En una sociedad cada vez más abierta y más crítica, las instituciones se preocupan de su imagen pública, en particular de su integridad y su confiabilidad, lo cual genera en algunos países un afán por reducir al mínimo el riesgo de participar en demandas legales*. División de Ética de la Ciencia y la Tecnología de la UNESCO (2005); *Guía 1: Creación de comités de bioética*, UNESCO, Francia, París, Pp. 14-15.

⁶² Comisión Nacional de Bioética (2013); *Óp. Cit.* P. 34.

⁶³ Esto se encuentra establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud. Cámara de Diputados; *Ley General de Salud, Óp. Cit.* Art. 33.

En contraste, el referente ideal para la evaluación de los Comités debe alcanzar la medición del desempeño; la constatación de los documentos básicos para su funcionamiento; y la evaluación de los recursos materiales y financieros utilizados. No obstante, este tipo de evaluación responde a un escenario donde: a) los Comités han sido ampliamente interiorizados en los centros de atención médica; b) su intervención es cada vez más demandada gracias a la capacitación del personal médico y al otorgamiento de información a los pacientes sobre los Comités; y c) han adquirido influencia para detonar la participación ciudadana de manera continua.

Con base en estas premisas, se espera que los Comités puedan: mejorar la percepción de los usuarios sobre el desempeño de los hospitales; propicien la participación ciudadana en la atención de la salud; mejoren la calidad de los servicios otorgados; procuren la capacitación de sus miembros, el personal médico y los usuarios sobre la bioética; y disminuyan el número de demandas legales recibidas por motivo de la atención médica. En consecuencia, existen puntos de referencia para delimitar distintos tipos de evaluación de los Comités, donde uno de los factores determinantes es el tiempo que lleva en funcionamiento el CHB dentro del establecimiento de atención médica, así como su desempeño con base en su productividad e influencia para atender casos que presenten dilemas bioéticos.

Al respecto, es posible señalar que el formato de autoevaluación utilizado por la CONBIOÉTICA responde a un escenario donde los CHB cuentan con poco tiempo de haber sido instalado o, por otra parte, no han sido integrados en los establecimientos de atención médica. En este caso, se privilegia una evaluación enfocada a la integración de Comités en lugar de una evaluación enfocada al desempeño. No obstante, existen CHB que podrían alcanzar una dimensión más amplia en su evaluación al llevar a cabo sus actividades de manera regular, incluso antes de su obligatoriedad legal en el año 2011.

Los componentes explícitos e implícitos de la evaluación de Comités pueden ser observados a partir del análisis de los efectos de la atención de la salud, los cuales impactan en aspectos económicos y el bienestar de las personas. Ante este panorama cabe mencionar que la protección de la salud requiere de la participación

de diversos actores para provocar el máximo goce de bienestar. Por lo tanto, es importante reconocer por qué la protección de la salud es causa y consecuencia del goce de mejores condiciones de vida y cómo esto repercute en la demanda de servicios de mayor calidad.

CAPÍTULO 2: LA PROTECCIÓN DE LA SALUD ENFOCADA AL USUARIO

El propósito de este capítulo es identificar el papel preponderante de la salud en el desarrollo de las sociedades. Para ello expondré, en un principio, sobre los insumos que incentivan el interés de los Estados, y los gobiernos, para impulsar el cuidado de la salud. En este sentido, la toma de decisiones y la interacción de actores serán consideradas como elementos fundamentales para determinar las mejores políticas en la procuración de la salud.

Bajo esta argumentación, sostendré la importancia de la integración de actores de diversos sectores (públicos, privados y la sociedad civil) para ser partícipes en el diseño, implementación y evaluación de políticas. Respecto a la salud, haré uso de la teoría de la gobernanza para explicar la inclusión de los usuarios y expertos -de distintos conocimientos- para discutir la atención de la salud. Este mecanismo de toma de decisión hace posible la corresponsabilidad entre prestadores de servicios y los usuarios sobre las expectativas de la atención que se espera recibir, dando cabida a la definición de tratamientos acordes a las necesidades, deseos o expectativas de los usuarios para su vida o muerte sin menoscabo de los lineamientos legales y técnicos en la atención.

Esto obliga al lector a entender la multiplicidad de intereses alrededor del proceso de decisión en la atención de la salud, donde existen intereses públicos (bienestar y ejercicio de derechos), legales (ética médica) y personales (el punto de vista de los implicados en la atención, sea usuario o prestador de servicios). Por lo tanto, la toma de decisiones requiere de insumos derivados del conocimiento de diversas disciplinas y experiencias para la formulación de mecanismos que integren a más actores en la definición de aquello que se busca de la atención, la cual – posiblemente- no sea la más eficaz y eficiente sin embargo siempre buscará ser aquella que satisfaga las expectativas de los usuarios con base en la legalidad y los medios disponibles para hacerlo.

La participación de los gobiernos en el cuidado de la salud

La organización política de la humanidad denominada Estado, de acuerdo con Tomas Hobbes, se construye a partir de la subordinación voluntaria hacia un poder superior con el propósito de cuidar su propia conservación, es decir, la vida de sus miembros⁶⁴. Este poder se ejerce a partir de la figura del soberano quien puede ser representado por una persona o una asamblea de personas quienes tienen la facultad de ejercer el poder político. Al respecto, Max Weber argumenta:

*“[...] la dominación o poder político es la capacidad que alguno o algunos tienen de imponer su propia voluntad a los demás, en virtud tanto de su autoridad [...] como también en su capacidad de disponer de un aparato coactivo para hacer obedecer sus mandatos [...]”*⁶⁵

La subordinación a un poder soberano y la facultad de ejercer el poder político configuran la convivencia entre personas bajo un orden coactivo. Según Rousseau, en su obra *El contrato social*, señala que en la asociación de las personas se perciben mayores beneficios gracias al desarrollo que se alcanza con la suma de talentos, fuerzas e inteligencia de cada individuo⁶⁶. Esta vida, en un estado civil, se enriquece del orden que otorgan los acuerdos y las leyes que emanen del bien común, el cual sintetiza la voluntad general para conservar el orden más benéfico para la sociedad. Aquel orden es producto de la oposición de intereses que se anulan mutuamente para dar cabida a otras opciones que puedan conciliar un mayor bien para todos.⁶⁷

Por otra parte, Norberto Bobbio observa que el bien común se caracteriza por la preferencia a la convivencia ordenada donde cada individuo realice aquello que le

⁶⁴ Hobbes, Tomas (1984); *Leviatán*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, Distrito Federal, Pp. 137-141.

⁶⁵ Emmerich, Gustavo Ernesto; Víctor Alarcón Olguín (Coords.) 2007; *Tratado de Ciencia Política*, Ed. Anthropos, México, Distrito Federal, P. 25.

⁶⁶ “[...] Aunque se prive en este estado de muchas ventajas naturales, gana en cambio otras tan grandes, sus facultades se ejercitan y se desarrollan, sus ideas se extienden, sus sentimientos se ennoblecen [...]” Rousseau, Juan Jacobo (1984); *El contrato social*; UNAM, México, Distrito Federal, P. 27.

⁶⁷ *Ibid.* P. 38.

corresponde.⁶⁸ Este orden, contemplado en el Estado de Derecho, sostiene distintas estructuras que deben componer el sistema jurídico, donde su parte formal debe ser garante de las libertades fundamentales; la estructura material establece la libertad de competencia en el mercado; en lo social, la integración de la clase trabajadora; y una parte política destinada a la separación y distribución del poder.⁶⁹

En cuanto a la estructura social, la participación del Estado ha cambiado a lo largo de la historia debido a la influencia de acontecimientos políticos, así como de planteamientos realizados por la filosofía económica. En esta continua interacción entre postulados teóricos y políticos, ha dado lugar a distintas fundamentaciones para sostener la intervención del Estado, como en el caso del Estado de Bienestar y el Estado Neoliberal.

El Estado de Bienestar se caracteriza por la demanda de la participación del Estado para ejercer el goce de los derechos de los ciudadanos.⁷⁰ Sus objetivos se orientan hacia la prevención de conflictos, la estabilidad del orden político-administrativo y una mayor legitimación del Estado.⁷¹ Sin embargo, la tutela del Estado, por medio de la asistencia pública, se desarrolla sólo en sistemas políticos liberales y democráticos donde existe una sociedad industrialmente desarrollada.⁷²

En contraste, el Estado Neoliberal se caracteriza por intentar solucionar las deficiencias del Estado de Bienestar tras el endeudamiento y sobrecargo de responsabilidades por parte de los gobiernos.⁷³ En este sentido, la adopción del Neoliberalismo se atribuyó, en gran medida, a la formulación del *Consenso de Washington*, el cual tenía como objetivo dar respuesta a la “crisis de la deuda” en América Latina.⁷⁴ El Consenso se forjó a partir de un acuerdo teórico que, en su

⁶⁸ Bobbio, Norberto; Matteucci, Nicola; Pasquino, Gianfranco (2005); *Diccionario de Política*; Editorial Siglo XXI, México, P. 1220.

⁶⁹ *Ibid.* Pp. 541-542.

⁷⁰ *Ibid.* P. 551.

⁷¹ *Ibid.* P. 555.

⁷² *Ibid.* P. 551.

⁷³ *Ibid.* P. 555.

⁷⁴ Dezalay, Yves; Garth, Bryant (1998); *Le Washington Consensus*, Actes de la recherche en sciences sociales, Vol. 121-122, P. 3. Recuperado en: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1998_num_121_1_3241 (Consultado el 27/03/2015).

práctica, devino en acciones políticas, dando lugar a una mayor apertura económica, privatizaciones, control de la inflación, desregulación de mercados y un mayor control sobre la deuda pública.⁷⁵

En el caso de la protección de la salud, en ambas formas de Estado, los gobiernos han decidido mantener la tutela de los servicios de atención de la salud con el objetivo de buscar una mayor legitimidad. Esta consigna no impide que organizaciones privadas tengan la iniciativa de prestar servicios de atención de la salud ya que, los gobiernos, mantienen un rol regulador sobre el mercado para satisfacer las necesidades de los gobernados a partir de mecanismos de integración de usuarios por medio de los sistemas de seguridad social.

En este tenor, los gobiernos⁷⁶ se caracterizan por conservar su capacidad de dirección sobre las organizaciones humanas a partir de la legitimidad. Karl Deutsch reconoce que la legitimidad se relaciona con la búsqueda de valores reconocidos por la población perteneciente a la organización gobernada, los cuales no son absolutos, más bien relativos. Por medio de la interacción entre actores se definen los valores a seguir a partir del conflicto (búsqueda de valores) y el acuerdo (compatibilidad).⁷⁷

La compatibilidad y búsqueda de valores deviene en un instrumento de preservación del mando, el cual facilita la creación, así como continuidad, de comunidades. No obstante, Karl Deutsch también identifica que siempre existirán minorías menos beneficiadas por la contraposición de intereses. Aquella priorización de valores compatibles resulta fluctuante ya que los individuos oscilan entre un estatus de “minoría” o “mayoría”, lo cual impide la desobediencia sistémica contra el mando de

⁷⁵ Frois, Gilbert Abraham; Desalgues, Brigitte (2003); *Du Consensus de Washington au Consensus Stiglitzien*, Revue d'économie politique, Vol. 113, P. 1. Recuperado en: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=REDP_131_0001&DocId=21805&hits=5735+5734+5732+5731+5730+7+6+4+3+2+ (Consultado el 27/03/2015).

⁷⁶ Karl Deutsch en su obra *Política y Gobierno* recopila una definición de Gobierno del Third New International Dictionary, en ella indica que la palabra “gobierno” tiene sus orígenes de la palabra en latín “*gubernare*” la cual se relaciona con la capacidad de dirigir, pilotar o gobernar. Deutsch, Karl (1976); *Política y Gobierno*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, Distrito Federal, P. 20.

⁷⁷ *Ibid.* P. 27.

gobierno al lograr la satisfacción de la búsqueda de diversos valores y, en consecuencia, la satisfacción de las aspiraciones de la mayor parte de la población.⁷⁸

La búsqueda de valores, de forma general, se orienta al ejercicio del poder, el respeto, la rectitud, riqueza, salud, ilustración, habilidad y el afecto.⁷⁹ Al enfocarnos en la salud, ésta responde a la demanda de ampliar la esperanza de vida a partir de la búsqueda de la riqueza y de oportunidades que contrarresten la desigualdad en el ejercicio del poder de los individuos. En consecuencia, la esperanza de vida se compone de los efectos del bienestar y la riqueza. En cuanto al poder, es un valor fundamental para el goce de otros valores, ya que la negación del ejercicio del poder, a ciertos grupos de personas, los vuelve vulnerables por la pérdida de motivación para ejercer el poder que carecen o que deberían ejercer.⁸⁰

Aquel orden virtuoso donde los individuos pueden acceder a una mejor salud, ejerciendo su poder para gozar de servicios y mayor bienestar, se alcanza cuando se garantiza la seguridad y libertad de los individuos. En este sentido, la seguridad se manifiesta como la capacidad de continuidad del goce de los valores⁸¹. Por otra parte, la libertad es más compleja al demandar condiciones necesarias para la libre elección de los individuos, al respecto Karl Deutsch distingue los siguientes requerimientos:

- ❖ Ausencia de restricciones: Todo individuo puede actuar y tomar decisiones sin obstáculos que le impidan llevar a cabo tal acción.
- ❖ Oportunidad: Este requerimiento complementa a la falta de restricción, es decir, no es suficiente permitir el goce de valores, también es necesario tener la capacidad para alcanzar los medios necesarios para su ejercicio.
- ❖ Capacidad de acción: Es necesario tener un mínimo de capacidades físicas, mentales y de salud que permitan la libertad para actuar.

⁷⁸ *Ibid.* Pp.27-31.

⁷⁹ *Ibid.* P.41.

⁸⁰ *Ibid.* P.46.

⁸¹ *Ibid.* P. 54.

- ❖ Intervalo de elecciones efectivo: Las elecciones de los individuos deben ser abundantes, de tal suerte que correspondan con sus necesidades y no nieguen su ejercicio a otros individuos, además deben ser significativas para satisfacer la búsqueda de valores.
- ❖ Espontaneidad: La toma de decisiones deben fundarse bajo la aceptación cultural de los individuos, donde sus acciones no impliquen esfuerzos que transformen la racionalidad con la cual deciden sobre el goce de valores.⁸²

El último punto es sumamente significativo ya que, al establecer la procuración de los aspectos culturales aceptados por los individuos, podríamos confundir aquella consigna con el desplazamiento de las necesidades de las minorías. Más bien, anticipa la transformación y dinamismo de las sociedades para establecer aquello que les parece familiar -o cultural- para ejercer juicios racionales sobre sus acciones. Incluso esto puede dar cabida al respeto de las demandas de las minorías al considerarlas justas o a la supresión de conductas acordadas como injustas, dependiendo de las interacciones y aceptación entre actores políticos en la toma de decisiones.

En consecuencia, la salud se posiciona en un lugar privilegiado en el sostenimiento de la legitimidad de los gobiernos, así como en la manifestación de demandas sociales. Por este motivo, se requieren reconocer los efectos de un mayor goce de salud sobre las personas así como sus efectos benéficos en la economía de los países. Es decir, su impacto no se reduce sólo en un mayor bienestar, también se expresan en un mayor crecimiento económico y mayor legitimidad de los gobiernos.

Este último punto de análisis, muestra la importancia de la implementación de una mejor coordinación entre gobernantes y gobernados para alcanzar mayores beneficios públicos por medio de la gobernanza. Desde esta perspectiva, el punto menos abstracto de este estudio se situará en la búsqueda de una mayor calidad en los servicios de salud a partir de la coordinación entre las autoridades de gobierno, el sector privado y la sociedad civil, con el objetivo de alcanzar el máximo

⁸² *Ibid.* Pp. 54-55.

grado de bienestar colectivo. No obstante, también es imperante reconocer las demandas de los usuarios sobre su vida y su cuerpo, lo cual implica la puesta en marcha de decisiones enfocadas hacia los usuarios donde se reconozca la búsqueda de su bienestar individual que, a su vez, se manifestará en un bien colectivo. Es en este último escenario donde los Comités Hospitalarios de Bioética desempeñan un rol mediador entre los distintos sectores, lo que permite integrar las demandas y conocimientos para tomar decisiones más acertadas hacia la voluntad de las personas con el propósito de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de acuerdo a su edad y sexo⁸³.

La salud como bien colectivo: su impacto sobre la productividad

La salud es una condición que se logra tras la concatenación de elementos económicos, sociales y de bienestar que provocan en los individuos la posibilidad de desarrollar actividades productivas y orgánicas con eficiencia. La productividad se asocia a la salud por su cualidad de maximizar el rendimiento físico y mental de los seres vivos a partir del funcionamiento del organismo vivo de forma normal, o con eficiencia típica, de acuerdo con la edad y sexo. Además, para las naciones, la salud contribuye al crecimiento económico a largo plazo, ya que posibilita el mejoramiento del bienestar de los individuos al mismo tiempo que impulsa la productividad.

Desde esta perspectiva, el crecimiento económico puede explicarse a partir de los siguientes efectos descritos por la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud:

1. En los adultos incrementa su capacidad laboral al poder desempeñar actividades productivas constantes sin la limitación de los efectos de la enfermedad;
2. Con la mejora en la nutrición, las personas pueden desarrollar mejor sus capacidades cognitivas desde la niñez;

⁸³ Hago referencia al “sexo” por su particularidad de denotar aspectos biológicos funcionales sin tomar en cuenta una óptica social definida con el concepto de “género”, el cual limita el análisis de múltiples posturas sobre la toma de decisiones sobre la vida y cuerpo de los seres humanos al determinar roles sociales específicos.

3. Se reducen las pérdidas económicas debido a la inasistencia de trabajadores por causa de enfermedades;
4. Impulsa el desarrollo de la educación al impedir la inasistencia -o falta de atención- por parte de los alumnos a causa de enfermedades; y
5. La prevención de enfermedades reduce el gasto en servicios de salud, esto permite dirigir los ahorros hacia una mayor inversión en otras áreas de desarrollo.⁸⁴

Un referente de las condiciones anteriores fue observado en Inglaterra por el ganador del Premio Nobel de Economía Robert Foguel, quien concluyó que más de un tercio del crecimiento económico, en aquel país en los siglos XIX y XX, se puede explicar por sus aciertos en la atención de la salud y nutrición.⁸⁵ Por otra parte, la experiencia internacional ha evidenciado que el aumento de la esperanza de vida puede impulsar un crecimiento del ingreso per cápita entre 2 y 4 por ciento. En este sentido, la desnutrición causa una reducción de la tasa anual de crecimiento del PIB per cápita, cifra que oscila entre el 0.23 y el 4.7 por ciento⁸⁶. Con base en lo anterior se puede destacar que la salud se deriva, en gran medida, por la nutrición y la atención preventiva de enfermedades, las cuales generan también condiciones propicias para la productividad.

Es notable que la salud se yergue como un elemento importante para el desarrollo y crecimiento económico. Cabe destacar que, el éxito de los sistemas de salud, se manifiesta con la disminución de padecimientos infecciosos, una mayor esperanza de vida y mayor productividad en los países donde se desarrollan. La eficiencia y calidad de los servicios de salud implica acceso y equidad al brindar sus servicios, de lo contrario, se obstaculiza la maximización del bienestar y se restringen las oportunidades de desarrollo para los individuos en la medida que las enfermedades afecten su calidad de vida.

⁸⁴ Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006); *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico*, Fondo de Cultura Económica, México, D.F. P. 19. Recuperado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7830.pdf> (Consultado el 08/02/2015).

⁸⁵ *Ibíd.* P. 20.

⁸⁶ *Ibíd.* Pp. 20-21.

Al respecto, debemos considerar que la salud es un bien público al permitir su acceso sin que ello limite su goce a otras personas. Además, al ser un objetivo de interés común, es capaz de integrar a actores para ampliar su cobertura mediante dinámicas de cooperación y coordinación entre actores gubernamentales, organizaciones privadas e individuos. De esta forma, el interés por la protección de la vida se generaliza debido al rechazo de los efectivos nocivos del contagio de enfermedades, a la necesidad de atención de padecimientos curables -o al menos tratables- y la necesidad de tratamientos que rehabiliten a los individuos para facilitar su reincorporación a sus actividades cotidianas. Para ello, los servicios de salud otorgan tratamientos enfocados a la prevención, atención y rehabilitación epidemiológica con el objetivo de generar mayores oportunidades de bienestar. No obstante, la protección de la salud también implica detonar la creación de conocimiento científico, así como de tecnologías, que asistan al personal médico en cada estadio de acción de los servicios de salud.⁸⁷

Los tres estadios de la atención médica cuentan con dificultades propias, sin embargo comparten posibles deficiencias relativas a su financiamiento, capacidad técnica o insuficientes recursos materiales. Estas deficiencias limitan el acceso a la salud al no existir las condiciones propicias para solventar económicamente los servicios de salud o al carecer de personal capaz de ejercer las mejores prácticas en cada nivel de atención de manera eficaz, eficiente y con un alto grado de calidad.⁸⁸ A su vez, el bienestar facilita la atención de padecimientos prevenibles, mientras que el desarrollo científico, farmacéutico y tecnológico ayuda a la atención de padecimientos.

⁸⁷ *Ibid.* Pp. 25-26

⁸⁸ En México, de acuerdo con el reporte de la ONU titulado *Desafíos para un desarrollo incluyente*, su población cuenta con una esperanza de vida de 74 años, 75% de la población tiene acceso a servicios de salud efectivos y del gasto personal en salud el 50% corresponde al gasto de bolsillo de los usuarios. Organización de las Naciones Unidas (2014); *México: Desafíos para un desarrollo incluyente*, Oficina de Coordinación del Sistema de Naciones Unidas en México, México, P. 20. Recuperado en: <https://www.pdfhost.net/index.php?Action=DownloadFile&id=cd28a09f2280b72be55714148ec10102> (Consultado el 15/01/2015).

Además, el bienestar se encuentra enfocado hacia la integración de acciones que procuren el goce máximo de salud, y de sus efectos benéficos, es decir, la salud es causa y consecuencia del bienestar. Es causa al impulsar el desarrollo económico y la productividad de una sociedad, mientras que es consecuencia del bienestar gracias al desarrollo tecnológico, científico y económico, los cuales permiten una mayor facilidad para alcanzar servicios de salud de mayor calidad. Además, el desarrollo de conocimiento y tecnología permite la creación de productos que facilitan la vida de los seres humanos, logrando inventar o descubrir soluciones a los padecimientos que puedan sufrir los seres humanos a lo largo de su vida.

La salud es una condición que se logra tras la integración de actores y acciones que permiten un mayor grado de bienestar. Sin embargo, la salud es plurivalente como construcción social ya que esta se relaciona ampliamente con las aspiraciones y necesidades de una sociedad. Estas últimas se caracterizan a partir de la capacidad para ejercer aquellas actividades catalogadas como normales, o típicas, de acuerdo al contexto social que se encuentre el individuo. Desde esta perspectiva, la ética y la moral se confrontan para dar cabida a la voluntad de los individuos para decidir sobre su propio cuerpo y, consecuentemente, sobre su salud.

Por lo tanto, es imperante abordar aquello que es la salud para así entender las dimensiones que alcanza cuando se reconoce como un bien público que impacta directamente en la sociedad de manera permanente. De esta forma, la demanda de servicios de atención de la salud se convierte en un insumo para la toma de decisiones, ya que puede detonar bienestar y desarrollo en la medida que se cumplan las demandas de los usuarios de manera satisfactoria e incluyente.

La salud como insumo para el impulso de la productividad

Como primer acercamiento es preciso reconocer que la salud es *“el estado del organismo en el que se cumplen todas sus funciones de manera óptima y sin muestras de anomalía y enfermedad”*⁸⁹.

⁸⁹ Kraus, Arnoldo y Pérez Tamayo, Ruy (2007); *Diccionario incompleto de bioética*, Editorial Taurus, México, P. 183.

Esta definición de salud, utilizada por la Organización Mundial de la Salud, es vaga para determinar lo *óptimo* y las *anomalías*, en consecuencia debemos reforzar esta idea para referenciar a la salud y qué elementos destacan en la enfermedad. En consecuencia, resulta complementaria la definición de Boorse, la cual agrega lo siguiente:

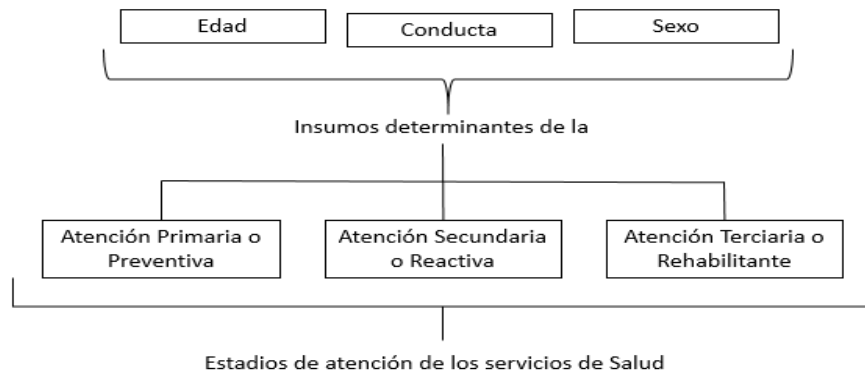
*“Para organismos de diseño funcional uniforme, de la misma especie, edad y sexo, la salud es la capacidad funcional normal; la disposición de cada parte interna para desempeñar todas sus funciones normales en ocasiones tipificadas con eficiencia al menos típica”.*⁹⁰

La definición anterior marca características claves para referenciar a la salud, no como la ausencia de enfermedades u anomalías, más bien como un entendimiento del ser humano de acuerdo a las funciones que puede desempeñar de acuerdo a su edad y sexo. Esto implica tomar en cuenta el deterioro de las funciones del cuerpo humano en la medida que adquiere mayor edad y particulariza su atención de acuerdo a las diferencias biológicas que existen entre hombres y mujeres para padecer anomalías en el funcionamiento de su cuerpo o en su propensión a contraer ciertas enfermedades.

De esta forma, la conducta y la naturaleza biológica de los seres humanos se configuran como los máximos determinantes de la salud. Por lo tanto, el cuidado de la salud, comprende la atención médica en distintas dimensiones, sea preventiva para influir en la conducta de los individuos o colectividades; secundaria para revertir los efectos nocivos en la salud de los individuos, procurando el menor daño posible; o terciaria, la cual actúa para rehabilitar a los individuos de tal forma que puedan desempeñar sus funciones cotidianas de acuerdo a su edad y sexo.

⁹⁰ *Ibíd.* P. 184.

Esquema 1: Estadios de Atención de los Servicios de Salud



Esquema de elaboración propia.

Asimismo, el entendimiento de la salud requiere de la integración de aspectos éticos al reconocer la autonomía de los individuos para decidir sobre su cuerpo y bienestar, lo que conlleva el consentimiento del paciente para llevar a cabo toda acción médico-quirúrgica, diagnóstico o investigación de manera informada, en pleno uso de sus facultades mentales y sin presión ni engaño.⁹¹ El consentimiento de los individuos también es una expresión de sus aspiraciones futuras, ya sea para conservar la vida o provocar su muerte -en el caso de la eutanasia-. En consecuencia, la discusión de dilemas éticos coadyuva a otorgar un servicio más cercano a las necesidades de los pacientes aunque ello pueda atentar en contra de su salud.

El entendimiento ético de la salud se deriva de una percepción estética para percibirla a partir de la moral, la virtud, la felicidad y el buen vivir con base en su justificación racional⁹², esto constituye un conjunto de cualidades que caracterizan a la salud de acuerdo a las funciones que debe ejercer el ser humano como miembro de una comunidad. No obstante, la ética frecuentemente entra en conflicto con la

⁹¹ Cano Valle, Fernando (2001); Percepciones acerca de la medicina y el derecho, UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, Pp. 99-101. Recuperado en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=36> (Consultado el 21/02/2015).

⁹² García Colorado, Gabriel y Ramírez Barba, Jaime (2011); *Diccionario Enciclopédico de Bioética*, Editorial Trillas, México, P. 47.

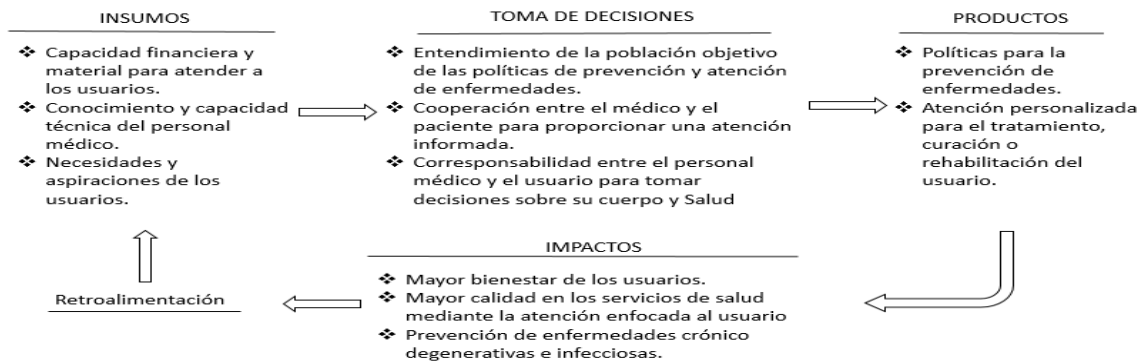
moral ya que esta última se compone de normas, costumbres y valores transmitidos de forma oral o escrita que delimitan *el hacer* de un individuo o comunidad.⁹³ Ante este panorama, la multiculturalidad entra en un conflicto con la ética si ésta se fundamenta en principios rígidos y normas inflexibles, esta confrontación puede devenir en un entendimiento equívoco de la salud si no se valoran los aspectos culturales y sociales de las comunidades.

Debido a la diversidad de conductas orientadas por valores culturales, deviene imperante la personalización de acciones preventivas, de la atención médica y de los tratamientos rehabilitantes a partir de sistemas de atención de la salud eficaces e incluyentes. Desde esta perspectiva, se reconoce una mayor presencia de enfermedades no infecciosas como resultado del desarrollo de sistemas de salud capaces de distribuir medicamentos y servicios con mayor accesibilidad y calidad. En este ámbito, los servicios de atención de la salud deben dar cabida a las aspiraciones y creencias de los usuarios para otorgar servicios de mayor calidad para así generar acciones que disminuyan las complicaciones en la salud atribuidas a enfermedades.

La conducta humana determina, en gran medida, la posibilidad de padecer algún tipo de enfermedad, lo que obliga a las autoridades y médicos a obtener un mayor entendimiento de la población -o individuo- para generar ambientes más saludables, atención oportuna y una mejor contención de daños ante la propagación de enfermedades. Los individuos, haciendo uso de su autonomía, se vuelven partícipes del cuidado de la salud al decidir sobre su cuerpo y al evidenciar las diferencias entre sus aspiraciones y la atención médica. De esta forma, la comprensión de la salud no es autoritaria ni unilateral, ya que impulsa la participación de diversos actores para determinar la salud deseada, de acuerdo a las necesidades, aspiraciones, edad y sexo de los usuarios.

⁹³ *Ibid.* P. 97.

Esquema 2: Sistema para la atención de los usuarios



Esquema de elaboración propia.

El cuadro anterior simplifica la visualización de la toma de decisiones en la atención al usuario de los servicios de salud, en él se destaca la atención enfocada al usuario, la procuración del bienestar y prevención de enfermedades. Con esta triada de objetivos, el cuidado de la salud deviene en una causa y consecuencia del bienestar capaz de generar una mejor calidad de vida.

La salud como estrategia de bienestar

La salud y el desarrollo económico se vinculan al procurar el bienestar social a partir de distintas causas y efectos. Por ejemplo, Otto von Bismarck en el siglo XIX, creó la asistencia médica para evitar la revolución social en Alemania, mientras que en el mismo siglo, David Lloyd George, primer ministro de Inglaterra, utilizó esta práctica para reforzar el ejército y la industria.⁹⁴ En México, la asistencia médica pública fue consecuencia de la Revolución para generar una mayor inclusión y cohesión social.

En México, antes del año 1917, la salud era tratada por la Secretaría de Gobernación a partir de una oficina secundaria. Por conducto del presidente

⁹⁴ Majnoni d'Intignano, Béatrice (2013) ; *Santé et économie en Europe*, P.U.F. « Que sais-je ? », (7^e éd.), p. 3-14. Recuperado en: www.cairn.info/sante-et-economie-en-europe--9782130624509-page-3.htm. (Consultado el 28/10/2014).

Venustiano Carranza, se creó el Departamento de Salud Pública con recursos limitados, incluso menores al 2% (actualmente se destina más del 3%⁹⁵) del gasto público.⁹⁶ Después, en 1943, con la publicación de la Ley del Seguro Social, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual otorgó servicios de salud, en un primer momento, sólo a trabajadores. Sin embargo, con el tiempo se amplió la base de derechohabientes dando lugar a los familiares ascendientes o descendientes dependientes de los trabajadores. Además, se creó en el mismo año la Secretaría de Salubridad y Asistencia con el objetivo de coordinar a las instituciones de salud para atender a la población derechohabiente y no derechohabiente.⁹⁷

La ampliación de los servicios de salud también fue posible debido a la estabilidad y crecimiento que alcanzó el país a mediados del siglo XX. Entre los años 1940 y 1954, el PIB de México creció a una tasa media anual del 6% mientras que el PIB per cápita aumentó cerca de 3% aunque, en 1953, la economía dejó de crecer de manera acelerada. Por otra parte, entre los años 1954 y 1970, el PIB recuperó una tendencia de crecimiento cercana al 5.1%.⁹⁸

El crecimiento económico de México detonó la ampliación de la cobertura de derechohabientes y de instituciones enfocadas a la atención de salud bajo una dinámica de aumento de los espacios de trabajo. Esto se tradujo en una mayor satisfacción de las demandas sociales en términos de salud y empleo.

Desde la óptica keynesiana, el desarrollo de los sistemas de salud puede convertirse en un proceso de crecimiento endógeno, es decir, el impulso del crecimiento económico al interior de un país por medio de acciones gubernamentales. Por ejemplo, en Francia, se emplean más de dos millones de personas en el sector de la salud, cifra que representa cerca del ocho por ciento de

⁹⁵ Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2016); *Presupuesto de Egresos de la Federación proyecto 2016*, P. 20 recuperado en: <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Presupuesto/Presupuestacion/ppef2016.pdf> (Consultado el 19/07/2016).

⁹⁶ Tello, Carlos (2007); *Estado y desarrollo económico: México 1920-2006*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., Pp. 127.

⁹⁷ *Ibíd.* Pp. 350-351.

⁹⁸ *Ibíd.* Pp. 297, 357

la población activa. Desde esta perspectiva, la inversión en salud no sólo mejora la calidad de vida, también representa una fuente de empleo que –a su vez- genera bienestar.⁹⁹

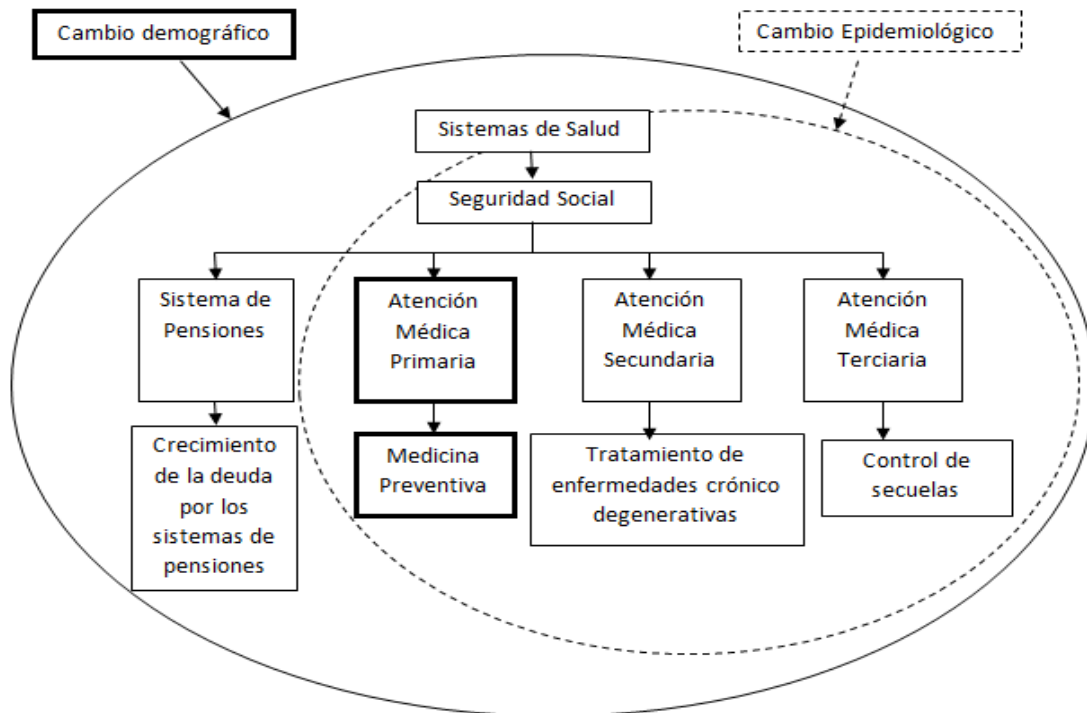
La salud se constituye como un elemento fundamental para el bienestar al permitir que individuos eviten padecer enfermedades; ayuda a desempeñar actividades con menor dificultad; disminuye los gastos personales por la atención de enfermedades y ayuda a destinar más tiempo a diversas actividades, en lugar de invertir tiempo al tratamiento o rehabilitación de padecimientos. Esto puede dar cabida a que las personas se involucren en otras actividades relacionadas con el estudio, trabajo o al compromiso con organizaciones sin fines de lucro. También, una persona saludable genera más y mejores relaciones interpersonales debido a que cuenta con mayor estabilidad para administrar sus proyectos laborales y personales.¹⁰⁰

Los efectos sociales de la atención de la salud y del desarrollo de la Medicina no son neutros, intervienen directamente en la conducta humana prolongando su vida, lo cual genera diversos fenómenos sociales como el crecimiento demográfico, el envejecimiento poblacional, problemas financieros en el otorgamiento de pensiones y mayor demanda de servicios médicos ante enfermedades crónicas degenerativas. Este panorama obliga la flexibilidad y adaptación de los servicios de salud para atender los cambios demográficos que afectan el bienestar de los individuos.

⁹⁹ Majnoni d'Intignano Béatrice, Óp. Cit. P. 3-14

¹⁰⁰ Van Zenden, J.L., et al. (2014); *How was life?: Global Well-being since 1820*, OECD Publishing, P.102, recuperado en: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/how-was-life_9789264214262-en#page1 (Consultado el 20/02/2015).

Esquema 3: Influencia del cambio demográfico y epidemiológico en los sistemas de salud



Esquema de elaboración propia: En este esquema se encuentra resaltada la Atención Médica Primaria y la Medicina Preventiva, ya que, a partir del diagnóstico y acciones realizadas por ellas, podemos entender que, en la actualidad, se presentan una mayor mortandad por la presencia de enfermedades crónicas degenerativas que infecciosas. Esto acentúa la importancia del entendimiento del comportamiento de las sociedades para evitar padecimientos o para encaminar una rehabilitación más efectiva orientada hacia el mejoramiento de conductas.

A partir del Esquema 3 podemos notar que los sistemas de salud se encuentran inmersos en una dinámica de cambios ocasionados por fenómenos sociales que, a su vez, devienen en una redefinición de estrategias, programas y acciones para administrar y asegurar una atención de calidad. Por lo tanto, es importante abordar los efectos del aumento de la esperanza de vida, un indicador que muestra la efectividad de los servicios de salud para distribuir medicamentos, prevenir enfermedades y atender a la población enferma, sin embargo, su éxito también conlleva nuevos retos para la atención de sus usuarios.

Tabla 1: Esperanza de vida por regiones desde el año 1820 al 2000

	Western Europe (WE)	Eastern Europe (EE)	Western Offshoots (WO)	Latin America and Caribbean (LA)	East Asia (EA)	South and South-East Asia (SSEA)	Middle East and North Africa (MENA)	Sub-Saharan Africa (SSA)	World
1820s	..	..	..	..	..	..	..	..	..
1830s	33.4	..	..	..	..	..	..	..	..
1840s	34.7	..	..	..	..	..	..	..	..
1850s	35.5	..	..	..	..	..	..	..	..
1860s	36.9	..	..	..	..	..	..	..	..
1870s	38.3	..	..	..	..	..	..	..	..
1880s	40.4	..	40.3	..	..	24.6	..	..	27.0
1890s	42.9	34.9	45.6	..	..	24.2	..	..	28.7
1900s	46.3	35.8	50.8	29.4	..	24.5	..	..	30.8
1910s	46.7	..	53.6	31.8	..	25.1	..	..	32.8
1920s	54.7	40.9	58.3	34.7	..	27.8	..	..	36.4
1930s	58.7	44.6	61.3	37.8	35.6	31.9	34.5	..	40.0
1940s	60.1	50.1	65.6	42.8	40.5	34.1	37.0	..	43.5
1950s	68.2	62.5	69.2	53.5	47.4	41.0	43.5	37.9	50.8
1960s	70.7	68.4	70.4	58.5	54.1	48.1	50.3	42.2	56.0
1970s	72.6	68.7	72.4	62.5	66.3	53.8	55.9	46.2	61.6
1980s	75.1	69.2	74.8	66.6	69.2	58.9	61.2	49.4	64.6
1990s	77.2	68.2	76.3	69.9	71.3	62.4	67.4	49.8	66.6
2000s	79.7	69.1	78.1	72.6	74.7	65.9	70.1	52.1	69.1

Tabla elaborada por Richard L. Zijdeman y Filipa Ribeiro de Silva¹⁰¹

Con la tabla anterior, es posible dimensionar los efectos del bienestar a partir de la rápida mejora de la calidad de vida. Podemos destacar que el ser humano ha duplicado su esperanza de vida en menos de dos siglos gracias a cambios sociales, científicos y tecnológicos enfocados a la educación, medicina, economía y el medio ambiente. Desde esta perspectiva, la protección de la salud deviene en una consecuencia del bienestar. Éste último, se integra por la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano para ser partícipes del desarrollo económico, social, cultural, productivo, científico y tecnológico.¹⁰²

Según Karl Deutsch, la esperanza de vida tiene una relación directa con los ingresos de las personas y su inclusión a servicios de atención de la salud. Al observar la esperanza de vida en países pobres y en aquellos que tienen un índice mayor de

¹⁰¹ *Ibíd.* P. 108

¹⁰² Mondragón Londoño, Gustavo; Moncayo Medina, Álvaro (2011); *Salud Pública Perspectivas*, Segunda Edición, Editorial Médica Panamericana, Colombia, Pp. 3-4.

ingresos per cápita es posible constatar una amplia diferencia en la expectativa de años de vida al nacer. En el caso de Afganistán, de 1965 a 1970, la esperanza de vida se situaba en los treinta y ocho años mientras que en Estados Unidos, en 1968, su esperanza de vida se posicionó en los setenta y cinco años¹⁰³. Asimismo, el estudio comparado de este indicador mostró que, en Estados Unidos, la exclusión de grupos étnicos en la atención de la salud produjo una diferencia de siete años menos de vida para las personas de origen afroamericano.¹⁰⁴ Esto demuestra que el incremento en la expectativa de años de vida se relaciona directamente con un mayor bienestar, a partir de la inclusión al goce de servicios, y a la percepción de mayores ingresos.

Para alcanzar el máximo bienestar, es preciso atender las inequidades que existen en el estado de la salud de las personas. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), éstas se presentan cuando existen deficiencias sistemáticas en el estado de la salud como consecuencia de causas evitables. Dentro de este cúmulo de causas, la OMS, destaca la distribución desigual a escala mundial -y nacional- del poder, los ingresos, bienes y servicios. Además pueden manifestarse como injusticias que inciden directamente en las condiciones de vida de las personas de manera inmediata y tangible, derivadas de las deficiencias en el acceso a la atención médica, educación, empleo, tiempo libre, a tener una vivienda y ser partícipe de las decisiones de su comunidad, pueblo o ciudad.¹⁰⁵

Las inequidades son prevenibles a partir de mejores prácticas de gobierno que atiendan las necesidades de los seres humanos en cada momento de su vida desde su concepción, nacimiento, crecimiento, vivencia y envejecimiento. Esto implica reconocer el ambiente en el que se desarrolla el ser humano en cada etapa como retroalimentación de factores sociales y biológicos. Sin embargo, para mejorar las prácticas de gobierno, la OMS propone llevar a cabo un modelo de gobernanza que

¹⁰³ Deutsch, Karl (1976); *Óp. Cit.* P. 52.

¹⁰⁴ *Ídem.*

¹⁰⁵ OMS (2009); *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, La Stampa S.A., Argentina, P. 1, recuperado en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1 (Consultado el 17/10/2014).

fortalezca a los servicios públicos por medio de mayor capacitación y financiamiento aunado a un mayor compromiso con la sociedad, dando cabida a la sociedad civil y al sector privado para revertir los efectos nocivos de las inequidades.¹⁰⁶

Desde este punto de análisis, se reconoce la necesidad de integrar a más actores en la toma de decisiones, así como en el seguimiento de las mismas. La gobernanza intensifica los canales de cooperación entre los funcionarios públicos y los beneficiarios, así como entre individuos u organizaciones interesadas en la puesta en marcha, análisis y evaluación de decisiones públicas. Estas decisiones son caracterizadas como políticas¹⁰⁷, las cuales implican -por su importancia- un proceso complejo de toma de decisiones, atribuido al *rational choice*, y a la inclusión de actores, con el fin de mejorar la calidad de los productos generados, sean bienes o servicios¹⁰⁸.

La gobernanza hace patente la necesidad de superar las limitaciones de los gobiernos por medio de procesos políticos incluyentes en la toma de decisiones, así como en la implementación y evaluación de políticas, con el objetivo de generar productos de mayor calidad. En consecuencia, la calidad se yergue como un elemento necesario, aún más que la eficiencia, eficacia y economía, ya que esta implica nociones más amplias sobre la expectativa del usuario al adquirir productos (bienes o servicios) en comparación con la tradicional visualización hacia una gerencia menos costosa y más eficaz, la cual busca economizar y direccionar mejor los gastos, sin tomar en cuenta la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

La calidad enfocada al usuario en la atención de la salud

La gobernanza es un concepto que aún no ha podido ser referenciado con base en un consenso unánime, no obstante, para efectos de esta investigación, retomaré la

¹⁰⁶ *ibíd.* P. 2.

¹⁰⁷ Lasswell, Harold; *La orientación hacia las políticas*, en: Aguilar Villanueva, Luis (2013); *El estudio de las Políticas Públicas*, Editorial Miguel Ángel Porrúa, Tercera Edición, México, D.F., P. 83.

¹⁰⁸ Moyado Estrada, Francisco (2014); *Gobernanza y Calidad en la Gestión Pública: Oportunidades para Mejorar el Desempeño de la Administración Pública en México*, INAP, México, D.F., P. 33.

definición de la Real Academia Española, la cual sintetiza aspectos fundamentales sobre el entendimiento de la gobernanza:

“Arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía.”¹⁰⁹

Esta definición, identifica a la gobernanza como una manera de gobernar promotora de la participación del Estado, la sociedad civil¹¹⁰ y el mercado para la consecución de objetivos comunes. No obstante, Aguilar Villanueva reconoce que la cooperación de distintos sectores debe garantizar la intencionalidad social, así como su capacidad, para impactar en la realidad¹¹¹. Es decir, valora la capacidad de los actores, partícipes en la atención de los asuntos públicos, de auto-organización y auto-gobierno, así como su capacidad productiva y financiera para desarrollar una asociación más horizontal y efectiva entre actores sin una predominancia jerárquica definitiva de algún sector.¹¹²

En este sentido, la convergencia de actores tiene lugar gracias al interés de atender objetivos comunes a partir de diferentes perspectivas. Desde una postura de gobierno, la gobernanza permite alcanzar una mayor legitimidad tras la búsqueda, procuración y definición de valores a atender. El sector empresarial buscará la forma de ampliar su capital al producir bienes o servicios, mientras que las asociaciones

¹⁰⁹ Real Academia Española; recuperado en:

<http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=RGCXMpDhtDXX2Sbc27MO> (Consultado el 14/04/2015).

¹¹⁰ Para el Instituto Nacional de Desarrollo Social, las organizaciones de la sociedad civil son: *“agrupaciones constituidas por individuos, fundamentados en lazos asociativos que pueden realizar actividades de defensa y respeto a los derechos humanos, de apoyo o asistencia a terceros sin fines de lucro, que no persiguen beneficios personales sino sociales comunitarios. Esencialmente su origen responde al derecho de todo miembro de la sociedad de ejercer su participación ciudadana como la clave para la existencia de una mayor corresponsabilidad de los gobiernos y los ciudadanos.”* Instituto Nacional de Desarrollo Social; *Registro de OSC*, recuperado en: <http://indesol.gob.mx/osc/registro-osc/> (Consultado el 10/05/2016).

¹¹¹ Aguilar Villanueva, Luis (2006); *Gobernanza y gestión pública*, Fondo de Cultura Económica, México, Distrito Federal, P. 90.

¹¹² Aguilar Villanueva retoma la idea de Hirst, sobre la democratización de la organización de la sociedad civil, al argumentar que el objetivo de ésta es atender las limitaciones del Estado, politizar a la sociedad civil y crear redes de cooperación más horizontales para impulsar la prestación de servicios a partir de asociaciones con capacidad de autogobierno. *ibíd.* Pp. 118-119.

de la sociedad civil buscaran la satisfacción de derechos por medio de la acción colectiva sin fines de lucro.¹¹³

Ante esta concatenación de perspectivas, la calidad dota de un marco de focalización de límites y objetivos en la prestación de servicios públicos a partir de un marco legal-institucional que regula el actuar de gobierno, del mercado y la sociedad civil para encausar una gestión transparente, incluyente y efectiva.¹¹⁴ En este sentido, la gobernanza no permite la coordinación indiscriminada de actores, ellos deben tener los recursos necesarios para prestar servicios y que éstos se traduzcan en productos aceptados por los usuarios.

En consecuencia, la calidad contiene dos puntos de referencia en la prestación de servicios: los productores del servicio y los usuarios. Los servicios, al ser intangibles y no almacenables, se producen y consumen al mismo tiempo. Su producción se determina por los recursos materiales, humanos y financieros que cuente la organización (pública, privada o sociedad civil), así como de las determinaciones legales que constituyen el servicio (derechos humanos, marco legal, reglamentos y códigos de ética).

Al respecto, Aguilar Villanueva reconoce tres características fundamentales de los servicios: la dimensión técnica (uso de la ciencia y tecnología para atender al usuario); la dimensión no técnica (relación social y psicológica entre el proveedor y el usuario); y el entorno del servicio (instalaciones).¹¹⁵ Los servicios de atención de la salud en México han definido aspectos claves de la calidad en sus Reglas de

¹¹³Diana Vicher, para describir la buena gobernanza, retoma elementos analizados por el Banco Mundial para señalar que la gobernanza implica alcanzar una mayor legitimidad por medio del consenso entre los gobiernos y los gobernados; mayor transparencia y libertad en el flujo de información; una hechura e implementación de políticas efectivas; y el respeto de la ley, así como de los derechos humanos. Vicher, Diana (2014); *El laberinto de "governance": La gobernanza de los antiguos y los modernos*, IAPEM, México, Estado de México, P. 123.

¹¹⁴ Al respecto, Francisco Moyado Estrada identifica que existen polos de poder económicos y políticos asimétricos dentro de la interacción de actores de gobierno, privados y de la sociedad civil, por lo tanto, argumenta que la existencia de un marco legal enfocado a la calidad deviene en un principio y valor público al definir acciones orientadas al mayor bienestar del ciudadano-cliente sin menoscabo de fines colectivos (fortalecimiento de la democracia, transparencia, rendición de cuentas y respeto de los derechos), aun cuando exista una vinculación de oferta y demanda en el consumo. Moyado Estrada, Francisco (2014); *Óp. Cit.* Pp. 33, 109-110.

¹¹⁵ Aguilar Villanueva, Luis (2006); *Óp. Cit.* Pp. 330-331.

Operación del Programa de Calidad en la Atención Médica¹¹⁶, donde establece los aspectos de la calidad en sus tres dimensiones (técnica, no técnica y del entorno). Dentro de estas definiciones, destaco la definición de calidad interpersonal, la cual reconoce lo siguiente:

“Atención a la salud que cumple con las expectativas de los usuarios y las normas oficiales y profesionales, en términos de beneficios y riesgos para la salud.”¹¹⁷

Dentro de esta definición caben aspectos normativos, técnicos y éticos en la prestación de servicios de calidad. No obstante, el factor más preponderante se denota en el cumplimiento de las expectativas de los usuarios en función de los beneficios y riesgos para la salud. Desde este enfoque, es indispensable señalar que, a diferencia de otros servicios, en la atención de la salud, la toma de decisiones puede terminar con la vida y, como secuencia, negar todo goce de otros derechos. No obstante, en algunos casos, la expectativa sobre la atención también podría apuntar hacia la muerte, en caso que así lo desee el paciente.

En este sentido, la atención médica implica considerar más elementos en la prestación de servicios, no sólo aspectos estéticos, financieros o materiales. Al respecto, la ética médica ha podido elaborar mecanismos que mejoran la atención médica, no obstante, las limitaciones de los hospitales, aunadas a la multiculturalidad expresada en los pacientes, han impulsado la creación de los Comités Hospitalarios de Bioética.

Los CHB son órganos deliberativos que integran los conocimientos médicos y no médicos (legal, técnico o de ciencias sociales), los principios¹¹⁸ y valores

¹¹⁶ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2014, recuperado en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377622&fecha=29/12/2014 (Consultado el 16/04/2015).

¹¹⁷ *Ídem.*

¹¹⁸ Los principios bioéticos son expuestos por la UNESCO en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en ella contempla, desde su artículo 3 al 17, los principios que rigen la Bioética, como: el respeto de la dignidad humana, derechos humanos y derechos fundamentales; el máximo beneficios bajo los menores efectos nocivos; autonomía y responsabilidad individual; consentimiento informado por parte de los usuarios de los servicios médicos de salud; respeto a la vulnerabilidad humana e integridad personal; privacidad y

bioéticos¹¹⁹, así como las demandas y expectativas de los usuarios. Bajo este esquema de acción, prepondera la autonomía del paciente para decidir sobre su cuerpo y vida de manera informada, utilizando el conocimiento de distintos especialistas para generar una mejor alternativa acorde al marco legal que rige la acción médica y las demandas y expectativas que tiene sobre el servicio que desea recibir.

En este sentido, la Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud, conceptualiza a los CHB como:

“[...] espacios de reflexión, deliberación y educación, en un ambiente de libertad y tolerancia; donde se analizan de manera sistemática los conflictos de valores y principios bioéticos que surgen durante el proceso de atención médica y docencia en el área de la salud [...]”¹²⁰

Como órgano deliberativo, los CHB se integran por: especialistas médicos, quienes se encuentran a cargo de identificar el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento para el paciente (dimensión técnica); expertos en bioética, quienes ponderarán valores y principios en conflicto; abogados que definirán el marco legal

confidencialidad; igualdad, justicia y equidad; no discriminación y no estigmatización; respeto a la diversidad cultural y del pluralismo; solidaridad y cooperación; responsabilidad social; aprovechamiento compartido de los beneficios; protección de las generaciones futuras; y protección del medio ambiente, biosfera y biodiversidad. UNESCO (2005); *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, recuperado en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/subtemas/bioeticayderechoshumanos.pdf> (Consultado el 16/04/2015).

¹¹⁹La Bioética es una ciencia que integra el conocimiento de la Biología y la Ética para configurar lo que Van Rensselaer Potter denominó en 1970 “La Ciencia de la supervivencia”. Para Potter, la Bioética es una sabiduría que nos permite utilizar el conocimiento para entender y direccionar el mismo hacia el bien común, esto obliga a la humanidad a adentrarse hacia la adaptación cultural, la cual sostiene que, el ser humano, debe cambiar su comportamiento debido a que el progreso de la humanidad no implica su éxito como especie. Potter, Van Rensselaer (2002); *Bioética, la ciencia de la supervivencia*, Selecciones de Bioética [versión electrónica], Volumen 1. Pp. 121-139. Recuperado en: http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/Bioetica/1pdfs_docs/Tab/seleccionesNo.1.pdf (Consultado el 21/03/2015).

¹²⁰ Comisión Nacional de Bioética (2013); *Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*, Secretaría de Salud, México, Distrito Federal, P. 20.

con base en el cual se analizaran los casos tratados; y representantes ciudadanos que expresaran sus intereses como usuarios (dimensión no técnica).¹²¹

El trabajo realizado por los CHB está sustentado en tres funciones esenciales: educación y docencia; función normativa; y una función de análisis y respuesta. En el aspecto educativo y de docencia, los CHB capacitan a sus integrantes y al personal médico sobre temas bioéticos. En la función de análisis y respuesta, los Comités desempeñan un papel consultivo ante la demanda de intervención de la parte interesada, de esta forma, generará una resolución auxiliar que servirá para futuras decisiones médicas y para la parte interesada. Por otra parte, la función normativa, se caracteriza por impulsar la reforma, creación o adaptación de leyes o reglamentos a partir de la resolución de los Comités, su antecedente, servirá para generar normas basadas en razonamientos éticamente correctos con el objetivo de mejorar la calidad en los servicios de salud y en la satisfacción del usuario.¹²²

El trabajo de los CHB, como fuente de nuevas normas, es continuo ya que puede presentarse el caso donde se contravengan las normas éticamente sustentadas por los Comités, por lo tanto, este órgano deliberativo debe responder a los requerimientos legales al mismo tiempo que sostiene una argumentación ética sobre su resolución, a partir de una discusión pluridisciplinaria sobre el asunto. Es decir, al realizar un trabajo auxiliar para la toma de decisiones, los implicados deben estar conscientes de las consideraciones legales para tomar decisiones. Asimismo, el trabajo de los CHB puede detonar la legislación de normas que contengan una argumentación ética más elaborada que coadyuve al mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

Por lo tanto, los CHB se yerguen como órganos deliberativos que incluyen la participación de usuarios, prestadores de servicios y especialistas para generar una cooperación horizontal para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud. El impacto de sus resoluciones no sólo abarca el caso particular que analicen,

¹²¹ *Ibíd.* Pp. 23-24.

¹²² Sesma Brena, Ingrid (2004); *El derecho y la salud: Temas a Reflexionar*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, Distrito Federal, Pp. 50-52

también puede impulsar la reforma de las normas que rigen los servicios de salud, tanto en las obligaciones, y características de servicios, como en los derechos de los usuarios para ejercer sus aspiraciones y expectativas sobre el servicio.

Por lo anterior, en el siguiente capítulo se llevará a cabo un análisis de seguimiento de seis CHB en el Distrito Federal, con el objetivo de observar su funcionamiento. Para ello, se estudiarán distintos Comités con características administrativas y legales particulares, de esta forma se comparará su integración y posesión de los documentos y programas demandados por la Comisión Nacional de Bioética. Con base en la guía de autoevaluación de la CONBIOÉTICA será posible destacar el desarrollo institucional de los Comités así como elementos explícitos e implícitos en la evaluación de Comités.

CAPÍTULO 3 ESTUDIO DE CASO: HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

El análisis de los Comités Hospitalarios de Bioética presenta múltiples variables por explorar en nuestro país. Ante su reciente obligatoriedad, los hospitales han intentado impulsar la interiorización de la bioética en sus instituciones y en la formación de nuevos profesionales de las áreas médicas. Sin embargo, la virtud multidisciplinaria de los Comités obliga la capacitación y el acercamiento hacia diversos sectores de especialistas, así como a beneficiarios de los servicios de atención de la salud, con el propósito de integrar a miembros que enriquezcan la discusión de casos clínicos con presencia de un dilema bioético. De esta manera, la bioética puede encontrar una mayor cabida en el análisis académico, la práctica médica y el ejercicio de derechos por parte de los usuarios.

En México, los CHB aún se encuentran en un estado de desarrollo y difusión de sus funciones y objetivos. A partir del análisis de las Guías Nacionales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética de los años 2013 y 2015, es posible notar rasgos que denotan la demanda de un paulatino fortalecimiento institucional de los Comités, así como la simplificación de los elementos evaluados por la CONBIOÉTICA. Asimismo, la experiencia de seis hospitales, analizados en este capítulo, muestra que los Comités pueden encontrarse en un estado menor de las expectativas de las Guías Nacionales.

A partir de este panorama, el estudio de los CHB se orientará hacia el fortalecimiento organizacional para incluir a diversos profesionales, y personas externas a los hospitales, en la discusión de dilemas bioéticos. Debido a la falta de representantes de la comunidad al interior de algunos Comités, así como a la irregular solicitud de intervención de los CHB, es preciso reconocer las dificultades y fortalezas de los Comités para cumplir con los aspectos evaluados por la CONBIOÉTICA. En este sentido, la experiencia de algunos Comités demuestra que

es necesario impulsar la interiorización de la bioética a partir de la capacitación, aprovechando el apoyo de organismos internacionales, universidades, hospitales, la CONBIOÉTICA, asociaciones civiles, organizaciones religiosas y otros CHB. De esta manera, la difusión del conocimiento sobre la bioética se yergue como una estrategia para impulsar la identificación de casos que presenten un dilema bioético de manera multidisciplinaria. Asimismo, la capacitación en bioética debe integrar la difusión de las funciones de los CHB, las características generales de los dilemas bioéticos (cómo identificarlos y ejemplos comunes) y los beneficios que conlleva la solicitud de intervención del Comité, desde una perspectiva de mejora continua de la calidad de los servicios de atención de la salud con base en la atención enfocada al usuario.

Desde el reconocimiento de las experiencias de los CHB, es posible visualizar las aristas donde sus miembros pueden actuar en beneficio de los pacientes y el desarrollo de una atención clínica de mayor calidad. A su vez, este tipo de estudios permite focalizar acciones y estrategias exitosas que puedan posicionar a los Comités en un contexto donde sean un referente de innovación en la atención clínica. Para ello, es menester que los Comités realicen diversas actividades de capacitación y logren integrar los requerimientos básicos demandados por la CONBIOÉTICA. Asimismo, es indispensable generar análisis y propuestas para el mejoramiento de la atención médica, la normatividad vigente y la calidad de la atención médica desde un enfoque de mejora continua y de atención enfocada al usuario. Este escenario ideal guía la mejora continua de los CHB y los orienta hacia una mayor interiorización de la bioética en los usuarios, el personal médico y profesionales -de ciencias distintas a la medicina- en el análisis de dilemas bioéticos.

Cabe destacar que la mejora continua de la calidad requiere de establecer procesos donde sea posible: especificar; medir; mejorar y prevenir.¹²³ En el caso de los Comités, existen normas, guías, textos académicos y acuerdos internacionales que

¹²³ Laboucheix, Vincent (Coord.) (2001); *Tratado de la calidad total*, Editorial Limusa, México, Distrito Federal, P. 584.

especifican su labor y objetivos que deben alcanzar. La medición de esto se desarrolla dentro de los formatos de autoevaluación promovidos por la CONBIOÉTICA. Por otra parte, la mejora de los CHB se posiciona en la retroalimentación generada al contrastar los resultados de la autoevaluación con los referentes teóricos, legales e internacionales que expresan su potencial. Por último, la prevención queda en manos de las distintas instancias responsables de su funcionamiento, tanto la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Bioética, los Comités Estatales de Bioética y los mismos Comités Hospitalarios de Bioética.

Con el propósito de lograr que los CHB se posicionen como referentes de innovación en la práctica médica, estudiaré la experiencia de seis CHB privilegiando el análisis del Comité del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (en adelante Centro Médico). El estudio será conducido por el Método Comparativo para observar las particularidades y semejanzas del CHB del Centro Médico con respecto a otros Comités. Esta dinámica permitirá observar debilidades y fortalezas que puedan ser desarrolladas con base en la experiencia de los CHB puestos en comparación. Gracias a esta perspectiva, se desarrollarán propuestas particulares para el CHB del Centro Médico y, en el siguiente capítulo, se ahondará en algunos elementos de análisis para formular propuestas generales para los Comités.

Estudio comparativo de Comités Hospitalarios de Bioética

En este capítulo se hará uso del Método Comparativo para analizar el CHB del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. De esta manera, se retomará el referente construido en los capítulos anteriores para comparar a los Comités de seis hospitales del Distrito Federal, los cuales fueron consultados por sus características particulares, ya sea por ser Comités de reciente creación, por su amplia tradición dentro del hospital, por sus cualidades institucionales y por su enfoque de atención (público-privado). El objetivo del estudio comparativo de CHB se ciñe en la identificación de las experiencias que fortalecen su integración, así como la interiorización de la bioética en sus respectivos hospitales. Al reconocer las acciones emprendidas por los Comités, será posible formular recomendaciones acordes al contexto en el que se encuentran los CHB, para así coadyuvar al

mejoramiento de la calidad de la atención médica y el impulso de los Comités como mecanismo de atención enfocada al usuario.

El análisis de los CHB no acentuará el estudio de la eficacia y eficiencia para captar o atender dilemas bioéticos debido a que abordará sus características estructurales para llevar a cabo sus funciones determinadas por la legislación aplicable a los Comités y la CONBIOÉTICA. No obstante, los hallazgos en este apartado sustentan propuestas y conclusiones explicativas de algunas de las debilidades de los CHB que trastocan la captación de casos clínicos.

Con el objetivo de identificar fortalezas y debilidades del CHB del Centro Médico, se recopiló información de manera personal y por comunicación vía correo electrónico en los CHB puestos en comparación. En cada estudio de los Comités se llevó a cabo una evaluación *in situ* para identificar sus características materiales y administrativas particulares. Asimismo, como instrumento de investigación, se desarrolló un cuestionario, en el cual se hace uso de preguntas con respuestas limitadas y con respuestas abiertas. Las personas entrevistadas ocupan el cargo de Presidente o Vocal Secretario¹²⁴ del Comité debido a la importancia de sus funciones dentro del Comité y su conocimiento sobre su relación con la Dirección del Hospital y otras instituciones.

El cuestionario cuenta con 25 preguntas orientadas a constatar el cumplimiento de los requerimientos de la CONBIOÉTICA para su instalación, así como las acciones emprendidas para capacitar a los miembros del Comité, el personal médico y a la población en general. De esta manera se busca nutrir la comparación entre Comités con base en los siguientes tópicos:

- ❖ Conformación del Comité
- ❖ Reglamentos, Programas y Procedimientos
- ❖ Capacitación

¹²⁴ La identidad de las personas encuestadas se resguardará con apego a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2010.

Los hospitales puestos a comparación se caracterizan por ser: tres institutos, un hospital general y un hospital del sector privado¹²⁵. En adelante serán nombrados por la nomenclatura “Ai”, “Bi” y “Ci” para el caso de los Institutos; “Ag” para el Hospital General; y “Ap” para el Hospital de iniciativa privada. Su diferencia institucional más notoria es su carácter legal y la institución a la que se encuentran subordinadas. En este sentido, el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre es un Instituto¹²⁶ de alta especialización, así como los Hospitales Ai, Bi y Ci. No obstante, el Centro Médico se encuentra subordinado al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) mientras que los otros Institutos se encuentran subordinados a la Secretaría de Salud (SSA). En el caso del hospital Ag, éste se encuentra subordinado a la SSA y el hospital Ap cuenta con una dirección compuesta por privados.

Cabe destacar que este estudio de caso buscará ampliar el análisis de los CHB añadiendo elementos de estudio que permitan formular estrategias para flexibilizar y descentralizar recursos y acciones a favor de los Comités. Para ello, es indispensable reconocer:

- Las relaciones de cooperación entre instituciones y Comités.
- Las acciones de capacitación realizadas por los CHB dirigidas al personal médico y el público en general.
- Los apoyos que reciben los Comités de la dirección del hospital.

¹²⁵ De acuerdo a Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2010, en sus artículos 8, 15, 16, 33 y 36, se emitió un Aviso de Privacidad para proteger la identidad de las personas consultadas, para ello se omitieron datos que identifiquen los testimonios de las personas con la finalidad de evitar perjuicios a su persona. En el caso del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, se obtuvo el consentimiento expreso para publicar su información. Como Anexo 7 se integró el Aviso de Privacidad que regula la administración de datos personales.

¹²⁶ De acuerdo al artículo 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica indica: “Es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad.” Recuperado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html> (Consultado el 02/01/2016)

- Las dificultades que presentan los Comités para desarrollar sus funciones y objetivos.

Estos puntos de análisis pueden ser estudiados a partir de la observación de los elementos demandados por la CONBIOÉTICA en el Formato de Autoevaluación. Al respecto, la experiencia de algunos Comités muestra diversas formas de conducirse para cumplir con las expectativas de evaluación de la CONBIOÉTICA. Por medio de una observación comparativa es posible identificar las mejores estrategias llevadas a cabo por los CHB y las características particulares que respaldan el resultado evaluado, así como las dificultades comunes que presentan los Comités para cumplir con sus funciones.

Desde esta perspectiva, se focalizó la atención hacia cada Comité como *único*, siendo una particularidad más de la aplicación de las normas, así como una adecuación de una política de reciente aplicación con objetivos de amplio alcance. Es decir, cada Comité, desde su particularidad, refleja el contexto donde se desenvuelve y expresa las dificultades que experimenta para alcanzar el referente ideal de CHB formulado por las normas nacionales e internacionales. Al conjuntar y analizar los diversos escenarios donde se desenvuelven los Comités, es posible identificar algunas acciones e inacciones que impulsan -o frenan- el desarrollo de los Comités. En consecuencia, es importante identificar los elementos que representan debilidades o fortalezas en los Comités con el objetivo de formular estrategias particulares y generales que amplíen la gama de acciones para mejorar la calidad de los servicios de atención de la salud.

Conformación de Comités

Una de las características más significativas de los CHB es su conformación multidisciplinaria. Esta cualidad se cumple gracias a la integración de especialistas de diferentes campos de conocimiento, así como a la inclusión de representantes de la comunidad para discutir dilemas bioéticos. En este sentido, la CONBIOÉTICA ha impulsado la riqueza multidisciplinaria de los Comités con la inclusión de personal de apoyo administrativo en la estructura de los CHB. Estas características

constituyen parte de los elementos evaluados en el formato de autoevaluación de la CONBIOÉTICA, sin embargo sólo evalúa si el Comité cuenta con aquellos integrantes dejando de lado la distinción de los especialistas que conforman los Comités y las dificultades que presentan para alcanzar un carácter multidisciplinario.

Por otra parte, el formato de autoevaluación de la CONBIOÉTICA también reconoce la necesidad de contar con un área física de trabajo y recursos financieros para su funcionamiento. Desde esta perspectiva, la Comisión Nacional de Bioética ha propuesto una visión de Comité donde los CHB tengan herramientas reglamentarias, programáticas, procedimentales, físicas y financieras para generar espacios de discusión, análisis y enseñanza académica de dilemas bioéticos en la práctica médica. Al considerar éstos puntos de análisis, es menester partir del alcance y estructura de los Comités para poder reconocer su potencial y qué aspectos no han sido explorados para alcanzar el referente ideal de los CHB.

En este sentido, el análisis de los CHB del Centro Médico, el hospital Ai, Bi, Ci, Ag y Ap principia desde su conformación para identificar sus características particulares y el potencial que tienen a partir de sus elementos físicos, materiales y humanos. En este sentido, el siguiente cuadro comparativo nos permitirá observar las diferencias y similitudes entre los Comités, así como tendencias compartidas en su conformación.

Cuadro comparativo sobre la conformación de los Comités

	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Ai	Bi	Ci	Ag	Ap
Año de su fundación	1990	En 1990 y registrado en 2013 ante la CONBIOÉTICA	2012	1966	2010	2013
Número de Vocales	11 y 3 vocales externos	5	6	15	10	9

Perfil Profesional de los Integrantes del Comité	En Ciencias Médicas, Filosofía y Derecho	En Ciencias Médicas (Medicina y Enfermería) y en Trabajo Social	En Ciencias Médicas (Medicina, Salud Pública y Enfermería), Trabajo Social y en Derecho	En Ciencias Médicas (Medicina y Enfermería), en Trabajo Social y en Derecho	En Medicina, Derecho, Química, Filosofía, y Antropología	En Derecho, Ciencias Humanas y en Medicina
Se observa equidad de género en la integración del Comité	No	Si	Si	Si	Si	Si
Cuenta con Representante de la Comunidad	Si	No	No	Si	Si	No
Cuenta con personal de apoyo administrativo	No	No	Si	Si	Si	Si
Cuenta con área física de trabajo	No	Si	Si	Si	Si	Si
Cuenta con recursos financieros para su operación	No	No	No	No	No	No

Cuadro de elaboración propia con base en las Encuestas 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Desde el análisis de la conformación de los CHB es posible notar que los Comités cuentan con registro ante la CONBIOÉTICA¹²⁷ aunque no cumplen totalmente con las características demandadas por el Formato de Autoevaluación. A su vez, en su conformación, el hospital Ci y Ag cumplen con la mayoría de los aspectos evaluados pese a la reciente experiencia del CHB del hospital Ag (5 años) en comparación con el Comité del hospital Ci (49 años).

¹²⁷ Comisión Nacional de Bioética; *Lista de Registros Emitidos de Comités Hospitalarios de Bioética*, recuperado en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/registrocomites/Registro_CHB_Lista.html (Consultado el 24/01/2016).

Por otra parte, los hospitales Bi y Ap han constituido sus Comités después del año 2011, sin embargo, el hospital Ap cuenta con 9 vocales mientras que el hospital Bi ha logrado incluir a 6 vocales. En ambos casos no han logrado incluir a un representante de la comunidad, lo cual se refleja en la percepción del Comité del hospital Ap al notar desinterés de la comunidad por participar en los CHB.

En contraste, el Comité del hospital Ai afirma percibir desinterés de la comunidad para participar en el CHB debido a que han podido incluir representantes de la comunidad a su estructura, sin embargo no han demostrado constancia y compromiso para asistir a las reuniones del Comité¹²⁸. En este tenor, el Comité del Centro Médico afirma haber consolidado representantes de la comunidad de forma continua y han demostrado compromiso para colaborar con el CHB. En el caso del hospital Ci, han logrado consolidar la participación de más miembros al invitar investigadores o médicos externos al hospital.

Aunque la equidad de género no es una característica determinante de los CHB, es una cualidad que fortalece la inclusión de personas de diferente género en la observación y atención de los derechos de las personas. No obstante, la Guía Nacional emitida por la CONBIOÉTICA, señala que el quórum de los CHB no puede constituirse por personas de la misma profesión, tampoco por personas del mismo sexo¹²⁹. En consecuencia, la equidad de género deviene en un elemento importante para el funcionamiento del Comité. Bajo este panorama, la equidad de género se encuentra presente en los hospitales puestos en comparación, excepto en el Centro Médico, el cual afirma no presenciar equidad de género en la conformación de su Comité.

Por otra parte, los Comités no cuentan con recursos financieros para su funcionamiento y tampoco existe alguna remuneración monetaria a los miembros de los Comités (por mandato legal) sin embargo el CHB del hospital Ai afirmó que pueden solicitar instrumentos de papelería e ingreso a lugares reservados en el

¹²⁸ Además, el Comité del hospital Ai es el único de los hospitales evaluados que cuenta con un programa de capacitación para los miembros de la comunidad.

¹²⁹ Comisión Nacional de Bioética (2013); Óp. Cit. P. 31.

estacionamiento del hospital para participantes eventuales del Comité. Asimismo, en el hospital Bi, Ap y Ag afirmaron poder solicitar, a la administración del hospital, instrumentos de papelería para desempeñar sus funciones, no obstante, sólo los hospitales Ap y Ag cuentan con horas de trabajo destinadas únicamente a la atención de los asuntos del CHB mientras que los Comités del Centro Médico, los hospitales Ai, Bi y Ci, sus miembros, requieren administrar sus jornadas laborales contemplando sus responsabilidades como miembros del CHB.

Por otra parte, con respecto al personal de apoyo administrativo, el CHB del Centro Médico y del hospital Ai no cuentan con un miembro con ésta cualidad, no obstante cumplen con la totalidad de procedimientos demandados por la CONBIOÉTICA mientras que el Comité del hospital Bi y Ag no cuentan con la totalidad de procedimientos pese a la existencia de personal de apoyo administrativo en su estructura.

Reglamentos, Programas y Procedimientos

Al contar con un reglamento interno y manual de organización, los Comités pueden regular las acciones de los miembros de los Comités, además pueden servir como una herramienta de información para capacitar a los integrantes del CHB. De esta forma es posible delimitar las tareas de cada miembro del Comité y las responsabilidades que deben cumplir para llevar a cabo las funciones del CHB.

Por otra parte, la programación de sesiones y capacitaciones puede mostrar la claridad de un Comité para llevar a cabo ambas actividades, las cuales pueden detonar la enseñanza y capacitación de distintos actores, así como la atención y discusión de dilemas bioéticos.

Comparación del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, los hospitales Ai, Bi, Ci, Ag y Ap de acuerdo a la posesión de un reglamento interno, manual de organización y programa anual de sesiones

	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Ai	Bi	Ci	Ag	Ap
Cuenta con reglamento interno	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Cuenta con manual de organización	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Cuenta con un programa anual de sesiones	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Cuadro de elaboración propia con base en las Encuestas 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

Todos los Comités cuentan con un Reglamento Interno, Manual de Organización y un Programa Anual de Sesiones. Lo cual evidencia que los Comités tienen a su disposición los documentos básicos para reconocer las funciones de cada miembro y la forma en cómo van a conducirse para atender dilemas bioéticos. Sin embargo, estas cualidades deben fortalecerse con procedimientos que complementen sus normas orgánicas. Al respecto podemos contrastar que los CHB de los hospitales Bi y Ag no cuentan con procedimientos para llevar a cabo sesiones ordinarias, extraordinarias y expeditas, además el Comité del hospital Bi tampoco cuenta con procedimientos para la admisión de casos clínicos para el análisis bioético.

En el caso del hospital Bi podemos notar varias deficiencias en su construcción institucional, ya que carece de elementos normativos para su funcionamiento, incluso en un elemento básico para su funcionamiento como la posesión de procedimientos para la admisión de casos clínicos para el análisis bioético. Además, es relevante señalar que el CHB del hospital Bi cuenta con personal de apoyo administrativo, sin embargo no ha podido generar los procedimientos demandados por la CONBIOÉTICA, lo cual es posible constatar en el siguiente cuadro comparativo.

Cuadro comparativo de Procedimientos de Comités Hospitalarios de Bioética

	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Ai	Bi	Ci	Ag	Ap
Cuenta con procedimientos para la solicitud de intervención del Comité	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Cuenta con procedimientos para la admisión de casos clínicos para el análisis bioético	Si	Si	No	Si	Si	Si
Cuenta con procedimientos para llevar a cabo sesiones ordinarias, extraordinarias y expeditas	Si	Si	No	Si	No	Si
Cuenta con procedimientos de control y seguimiento de recomendaciones emitidas por el CHB	Si	Si	No	Si	No	Si

Cuadro de elaboración propia con base en las Encuestas 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

El CHB del Centro Médico así como del Hospital Ai, Ci y Ap, cuentan con la documentación y procedimientos que demanda la CONBIOÉTICA, para su funcionamiento, de manera completa. En el caso del Comité del Centro Médico, podemos notar que cuenta con los documentos normativos básicos pese a que no cuenta con personal de apoyo administrativo en su Comité. A su vez, el CHB del hospital Ai también cumple con los documentos normativos y procedimientos demandados por la CONBIOÉTICA sin contar con personal de apoyo administrativo, no obstante, en la evaluación *in situ*, fue posible corroborar que los miembros del

Comité del hospital Ai se apoyaron con los miembros del Comité de Ética en Investigación para poder generar sus documentos normativos y procedimentales.

Si bien los documentos normativos y los procedimientos orientan la forma cómo se desarrollarán las funciones de los Comités y sus miembros, es necesario llevar a cabo una estrategia programática para ejercer las funciones determinadas en los documentos orgánicos de los CHB: En consecuencia, es esencial identificar si los Comités cuentan con la programación básica para llevar a cabo sus funciones considerando sus planteamientos particulares orientados a cumplir con los elementos evaluados por la CONBIOÉTICA.

A continuación, se presenta un cuadro comparativo sobre la posesión de programas orientados a la capacitación, los cuales deben ser contrastados con los planteamientos particulares de los Comités para determinar su congruencia para cumplir con el referente ideal de CHB construido a partir de la teoría, discusión legislativa y las disposiciones normativas.

Cuadro comparativo de programas en los Comités Hospitalarios de Bioética

	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Ai	Bi	Ci	Ag	Ap
Cuenta con un programa de capacitación Interna	Si	Si	No	Si	No	No
Cuenta con un programa de capacitación externa	Si	No	No	Si	Si	No
Cuenta con un programa de capacitación para el personal médico del establecimiento de salud	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Cuenta con un programa de capacitación para la comunidad	No	Si	No	No	No	No
--	----	----	----	----	----	----

Cuadro de elaboración propia con base en las Encuestas 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

El CHB del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre no cuenta con un programa de capacitación para la comunidad, sin embargo no ha presentado dificultades para incluir representantes de la comunidad al Comité. Asimismo, los Comités de los hospitales Bi, Ci, Ag y Ap tampoco cuentan con un programa de capacitación para este sector, no obstante, el CHB del hospital Ci y Ag han podido incluir representantes de la comunidad al Comité.

La capacitación de personas externas a los hospitales no tiene como única finalidad incluirlas a los CHB, también debe impulsar la difusión de información para que los usuarios puedan identificar qué es un CHB, sus funciones y los derechos que pueden ejercer para apoyarse en los Comités Hospitalarios de Bioética. Esto amplía el margen de influencia de los Comités en la comunidad e interioriza en ella el interés por ejercer los derechos de los usuarios de los servicios de atención de la salud. En este sentido, la capacitación en bioética puede facilitar la identificación de dilemas bioéticos y la solicitud de una atención multidisciplinaria enfocada al usuario.

Es importante reconocer las acciones y los objetivos que pueden alcanzar los Comités por medio de la programación de capacitaciones de acuerdo al sector que se requiera destinar la capacitación. Es decir, al interior del Comité se debe privilegiar la capacitación para atender dilemas bioéticos, así como para llevar a cabo la gestión de apoyos para desarrollar sus funciones y objetivos; por otra parte, al interior del hospital se requiere capacitar al personal médico, administrativo y jurídico bajo un enfoque afín a su campo de conocimiento para identificar dilemas bioéticos, recomendar la intervención de los CHB en caso de ser necesario o propiciar la inclusión de miembros al Comité; finalmente, al público en general se debe capacitar desde un enfoque de ejercicio de derechos, así como en su inclusión en la estructura de los CHB para analizar dilemas bioéticos. A partir de este panorama, es posible analizar el planteamiento de cada CHB para capacitar en

bioética, lo cual muestra si los Comités hacen uso de los mecanismos necesarios para detonar una mayor interiorización de la bioética dentro de su Comité, hospital y la comunidad.

Capacitación

La capacitación se yergue como un mecanismo para expandir el conocimiento sobre los Comités en diferentes espacios de trabajo, estudio y análisis con el objetivo de integrar a más actores en la discusión de dilemas bioéticos, así como fomentar el ejercicio de derechos por parte de los usuarios de los servicios de atención clínica. Al interior del Comité, la capacitación en bioética ayuda a los miembros del CHB a identificar casos donde se puedan tratar dilemas bioéticos. En este sentido, los Comités de los hospitales analizados en este capítulo han llevado a cabo las siguientes acciones para capacitar a sus miembros:

Capacitación de los miembros del Comité

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Ai	Bi	Ci	Ag	Ap
Cursos de actualización, cursos virtuales y sesiones temáticas de capacitación interna.	Sesiones generales anuales	Sesiones temáticas de capacitación interna.	Apoyo a los Miembros del Comité para asistir a reuniones y congresos especializados en bioética.	Apoyo a los Miembros del Comité para asistir a Cursos, Foros y Talleres organizados por la CONBIOÉTICA y la Academia Mexicana Nacional de Bioética.	Apoyo a los Miembros del Comité para asistir a congresos, conferencias, cursos y programas de capacitación.

Cuadro de elaboración propia con base en las Encuestas 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

Los Comités del Centro Médico y del hospital Ai cuentan con un programa de capacitación interna que se traduce en sesiones temáticas de capacitación llevadas a cabo por los miembros del Comité. En contraste, el Comité del hospital Ci también cuenta con este tipo de programa, el cual establece sesiones de capacitación

anuales¹³⁰, además genera boletines informativos para los miembros del Comité y el personal médico del hospital.

Los CHB de los hospitales Ag y Ap no cuentan con un programa de capacitación interna, en consecuencia, han impulsado a sus miembros a asistir a cursos, foros, talleres y capacitaciones externas al Comité. Los Comités de los hospitales Ag y Ap funcionan como intermediarios para impulsar la asistencia de sus miembros a espacios de capacitación sin generar sus propios programas de manera interna. Por otra parte, el CHB del hospital Bi tampoco cuenta con este tipo de programa, no obstante ha implementado sesiones temáticas de capacitación interna y externa del Comité.

Al interior del Comité se pueden aprovechar las sesiones programadas para discutir elementos de la bioética. En este sentido, el hospital Ai ha desarrollado una estrategia de capacitación para los miembros del Comité, y el personal médico del hospital, sustentada en sesiones anuales de capacitación. No obstante, el posicionamiento del hospital Ai se puede identificar como una debilidad para interiorizar y ampliar el interés del personal médico en el CHB y la bioética.¹³¹ Cabe señalar que, de los hospitales puestos en comparación, el CHB del hospital Ai tiene el menor número de vocales mientras que el Centro Médico tiene la misma antigüedad pero cuenta con once vocales.

¹³⁰ Esto se pudo constatar en la visita *in situ*, en la cual se observó que el CHB del hospital Ci comparte el espacio físico de trabajo con el Comité de Ética en Investigación e incluso comparten sesiones de actualización de temas relacionados con la Bioética, aunque también practican sesiones por separando atendiendo los temas que les competen. La cercanía entre ambos comités se debe a que, en un principio, formaban parte de un mismo Comité de Bioética, el cual fue dividido en dos Comités (CHB y Comité de Ética en Investigación) tras la aprobación de la adición del Artículo 41 Bis y la reforma del artículo 98 de la Ley General de Salud en 2011. Esta información puede ser verificada en la Reseña Histórica realizada por el CHB del hospital Ci en agosto de 2014.

¹³¹ En la evaluación *in situ* se corroboró que el Comité del hospital Ai no ha recibido casos desde su registro ante la CONBIOÉTICA en 2013, de acuerdo al testimonio del vocal secretario del CHB del hospital Ai.

Capacitación del personal del establecimiento de salud

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Ai	Bi	Ci	Ag	Ap
Sesiones y cursos monográficos	Sesiones generales anuales de capacitación	Cursos interactivos	Se programan cuatro sesiones académicas generales al año a cargo del Comité, para tratar temas relacionados con la Bioética. Es la reunión académica general del Instituto a la que acuden los médicos adscritos y residentes, investigadores interesados y personal de apoyo.	Sesiones temáticas informativas (charlas) y de consejería.	Cursos anuales con sesiones periódicas mensuales y diversos artículos publicados dentro y fuera de la institución.

Cuadro de elaboración propia con base en las Encuestas 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

De manera similar, los hospitales puestos en comparación implementaron sesiones de estudio en bioética para capacitar al personal médico al interior del hospital. Este tipo de actividades aprovecha la presencia de académicos especialistas de distintas aplicaciones de la bioética (investigación, atención médica y docencia) para analizar casos que presenten dilemas bioéticos y reflexiones sobre la bioética¹³².

En el caso del CHB del hospital Ap, la difusión de artículos científicos se posiciona como un mecanismo de capacitación del personal médico, lo cual responde a las funciones y características de los CHB como órganos de fortalecimiento de la docencia e investigación en bioética.¹³³ De esta manera, los CHB pueden desarrollar su trabajo consultivo a partir de la difusión del conocimiento entorno al

¹³² En este sentido, el Presidente del CHB del hospital Ci y Ap son reconocidos especialistas en Bioética por la CONBIOÉTICA, a su vez, el Presidente del Comité del Hospital Ag imparte la cátedra sobre Bioética a alumnos de posgrado.

¹³³ Esta característica responde a la función número 3 de los CHB desarrollada en el capítulo anterior, la cual fue recuperada en: Comisión Nacional de Bioética (2013); *Óp. Cit.* P. 21.

estudio de la bioética, produciendo materiales de estudio para los integrantes del Comité, el personal médico y al público en general.

Asimismo, la capacitación enfocada a los miembros de los CHB y al personal médico fortalece el interés sobre la bioética en un núcleo especializado en las Ciencias Médicas. No obstante, la capacitación a los miembros de la comunidad presenta una complejidad particular que debe ser superada por los CHB debido a que debe contar con una convocatoria extendida a todo público, enfocada a la exposición de los rasgos distintivos de la bioética; las características de un dilema bioético; las funciones de los CHB; el procedimiento para solicitar la intervención de los CHB; y las características que no son propias de un CHB. En este sentido, la experiencia de los CHB comparados muestra lo siguiente:

Acciones han implementadas para capacitar a los miembros de la comunidad

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Ai	Bi	Ci	Ag	Ap
Dípticos informativos.	Ninguna	Ninguna	Se atienden invitaciones de universidades y otras instancias académicas para participar en foros, mesas de discusión y conferencias sobre el tema.	Sesiones temáticas informativas (charlas) y de consejería.	Invitación al público en general a participar en las sesiones mensuales de capacitación y de difusión de la Ética y Bioética.

Cuadro de elaboración propia con base en las Encuestas 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

Los Comités de los hospitales Ci, Ag y Ap han logrado impulsar mecanismos de capacitación al público en general a partir de la celebración de sesiones informativas y la asistencia a foros académicos al exterior del hospital. Por otra parte, el CHB del hospital Ai afirma no haber llevado a cabo este tipo de acciones aunque es el único CHB consultado que cuenta con un programa de capacitación para la comunidad.

Asimismo, el CHB del Centro Médico y del hospital Bi no han concretado acciones decisivas para capacitar al público en general al interior o exterior del hospital, donde el contenido de la capacitación esté expresamente orientado a la comunidad.

En contraste, la CONBIOÉTICA ha organizado distintos foros para capacitar al público en general sobre diversos temas relacionados con la bioética y la atención médica a partir de la difusión de información en plataformas virtuales como su página de internet¹³⁴ y YouTube¹³⁵. Tanto los foros, videoconferencias y librería virtual de la CONBIOÉTICA se yerguen como mecanismos para la capacitación de la comunidad, los cuales deberían replicarse en los CHB para difundir el conocimiento sobre la bioética aplicada a la atención médica y el ejercicio de los derechos de los pacientes.

Ante la necesidad de capacitar a distintos núcleos de personas (miembros de CHB, personal médico y público en general) es menester sostener una relación estrecha con diversas instituciones, organizaciones y Comités para abarcar diversos públicos y espacios para difundir información sobre la bioética. En consecuencia, los CHB consultados afirman que la CONBIOÉTICA es un canal fundamental para la difusión del conocimiento, gracias a los foros nacionales e internacionales que ha organizado. Si bien, la CONBIOÉTICA impulsa de manera permanente la capacitación en bioética, también existen otros actores e instituciones que pueden coadyuvar a su impulso al interior de los CHB, hospitales y la comunidad.

Instituciones que han impulsado la capacitación de los CHB

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Ai	Bi	Ci	Ag	Ap
La CONBIOÉTICA	La CONBIOÉTICA, otros CHB, CEI, Universidades, OSC CISAV, Secretaría de Salud y la	La CONBIOÉTICA	La CONBIOÉTICA, Universidades y Organismos Internacionales	La CONBIOÉTICA, otros CHB, Universidades, Organismos Internacionales, Secretaría de Salud y la	La CONBIOÉTICA, otros CHB, CEI, Organizaciones de la Sociedad Civil, otros establecimientos de salud, la

¹³⁴ Comisión Nacional de Bioética; *Videoconferencias Realizadas*, recuperado en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/memoria/videoconferencia.html> (Consultado el 28/02/2016).

¹³⁵ YouTube; *Comisión Nacional de Bioética*, recuperado en: <https://www.youtube.com/user/conbioetica> (Consultado el 28/02/2016).

	Compañía de Jesús.			Academia Nacional Mexicana de Bioética.	Secretaría de Salud.
--	--------------------	--	--	---	----------------------

Cuadro de elaboración propia con base en los Cuestionarios 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

La experiencia de los Comités consultados nos permiten observar que la capacitación enfocada a la bioética puede ser desarrollada a partir de la coordinación con: organismos Internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; la Secretaría de Salud; la CONBIOÉTICA; hospitales; los Comités Hospitalarios de Bioética; los Comités de Ética en Investigación; universidades; Organizaciones de la Sociedad Civil; Asociaciones Civiles; y organizaciones religiosas. Al observar este conjunto de actores interesados en la capacitación en bioética podemos considerar que los Comités del Centro Médico y del Hospital Bi han dejado de lado la posibilidad de relacionarse con otros nueve actores interesados en ampliar el conocimiento en bioética desde su ámbito de acción.

Observaciones particulares para el CHB del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Con base en este estudio comparativo, se ha recopilado la experiencia de seis CHB para reconocer las prácticas y acciones que han utilizado para fortalecer la interiorización de los CHB en cada hospital y en la comunidad. Desde esta perspectiva es posible delimitar fortalezas, debilidades y acciones que puede llevar a cabo el Centro Médico para impulsar a su Comité hacia un mejor estadio, incluso cercano a los referentes expuestos en capítulos anteriores. Al respecto, cabe destacar que la comparación de CHB permitió vincular acciones con elementos normativos y de planeación para impulsar el funcionamiento de los Comités de acuerdo al modelo de CHB ponderado por la CONBIOÉTICA. En consecuencia, las observaciones y recomendaciones al CHB del Centro Médico se orientarán a cumplir las consignas demandas por la normatividad nacional perfilando acciones hacia un mejor funcionamiento del Comité.

FORTALEZA

- ❖ El CHB del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre cuenta con un número de vocales que triplica a los requerimientos de la CONBIOÉTICA para su registro e incluso cuenta con representantes de la comunidad al interior de su Comité.

El número de vocales, aunado a su diversidad profesional (Ciencias Médicas, Filosofía y Derecho), se presenta como un indicador del impacto que tiene el Comité para interiorizar, en el Centro Médico, el interés por participar de manera constante y activa en el desarrollo de sus funciones. Desde ésta perspectiva, el Comité ha sido eficaz en capacitar y difundir información sobre la bioética y el CHB a diversos profesionales al interior del Centro Médico con el objetivo de impulsar el carácter multidisciplinario del Comité.

DEBILIDAD

- ❖ No cuenta con un área física de trabajo, lo cual dificulta la celebración de sesiones, capacitación y consulta de información a sus miembros.
- ❖ El CHB del Centro Médico no cuenta con el apoyo de la administración de la dirección del hospital para solicitar: instrumentos de papelería para desarrollar su trabajo; horas de trabajo específicas para atender los asuntos del Comité; o lugares de estacionamiento de uso exclusivo para los miembros del Comité.

El panorama comparativo del Comité del Centro Médico ha demostrado que, sin importar la falta de un vocal de apoyo administrativo, el CHB ha podido generar los

documentos, programas y procedimientos demandados por la CONBIOÉTICA, con excepción del Programa de Capacitación para la Comunidad. No obstante, un vocal de apoyo administrativo puede desempeñar un rol de gestor para facilitar la coordinación entre la administración del hospital y el CHB.

La falta de recursos financieros para la operación del Comité, no limita la posibilidad de gestionar apoyos materiales y de financiamiento para las actividades del Comité a partir de acciones de colaboración con la dirección del hospital. En consecuencia, es esencial poder apoyar a los miembros de los Comités con un horario para atender los asuntos del Comité considerando la administración de las responsabilidades laborales que requieran desempeñar. Asimismo, la experiencia de otros CHB demuestra que es factible solicitar material de papelería para llevar a cabo las funciones del Comité, incluyendo el material de capacitación que requieran emplear.

2

REGLAMENTOS. PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS

FORTALEZA

- ❖ El CHB del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre cumple con la mayoría de los documentos, programas y procedimientos demandados por la CONBIOÉTICA y sus programas de capacitación se traducen en acciones congruentes con el núcleo al que se dirigen.

El Comité del Centro Médico carece de un programa de capacitación para la comunidad, no obstante cuenta con los demás documentos, programas y procedimientos demandados por la CONBIOÉTICA, los cuales dotan de claridad programática y reglamentaria al CHB para desempeñar sus funciones. Además, la falta de un programa y acciones exclusivas para la capacitación de la comunidad no

han impedido que el CHB del Centro Médico pueda incluir a personas externas de sus hospitales como vocales. Además, es un Comité que atiende, de manera constante, casos con presencia de un dilema bioético lo cual muestra que el personal médico es capaz de orientar al paciente para solicitar la intervención del CHB.

3

CAPACITACIÓN

FORTALEZA

- ❖ La captación de casos con presencia de un dilema bioético -de manera continua- permite la celebración de sesiones ordinarias, extraordinarias y expeditas, lo cual impulsa la capacitación de los miembros del CHB con base en la práctica. Asimismo, de manera complementaria, el CHB celebra sesiones y cursos monográficos para fortalecer el conocimiento de los miembros del Comité, y el personal médico, sobre la bioética y su aplicación en la atención médica.

La capacitación de los miembros del Comité se desarrolla con base en cursos de actualización, cursos virtuales (impulsados por la CONBIOÉTICA) y sesiones temáticas de capacitación interna. A su vez, la capacitación orientada al personal médico se lleva a cabo a partir de sesiones y cursos monográficos para conocer casos que presenten un dilema bioético. Al interior del Centro Médico, es notorio que el Comité cuenta con material de análisis de casos bioético para llevar a cabo cursos de capacitación, por lo que se puede observar una marcada interiorización del Comité en el Centro Médico gracias a la atención continua de casos clínicos con presencia de un dilema bioético.

DEBILIDAD

- ❖ El Comité del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, no ha podido concretar apoyos por parte de la Secretaría de Salud, hospitales, otros CHB, Universidades, la UNESCO u Organizaciones de la Sociedad Civil para impulsar la capacitación de miembros de la comunidad, el personal médico y los integrantes del Comité.

Los miembros del CHB del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre no han logrado integrar acciones de capacitación con el apoyo de instituciones y organizaciones interesadas en la difusión del conocimiento en bioética, distintas a la CONBIOÉTICA. El Comité tampoco ha logrado obtener un espacio físico de trabajo, lo cual disminuye las oportunidades de capacitación y trabajo de sesiones. La autosuficiencia del Comité puede llegar a ser rebasada ante la creciente demanda de intervención del CHB en la atención de casos con dilema bioético, por lo que es importante ampliar los apoyos materiales, humanos y financieros para generar más acciones en beneficio de los pacientes, ya sea en trabajo de sesiones o en la capacitación del personal médico y el público en general. Además, la coordinación con distintas organizaciones e instituciones podría posicionar al CHB del Centro Médico como un referente de alto impacto en la interiorización de la bioética dentro del Comité, hospital y la comunidad.

Gracias al reconocimiento de fortalezas y debilidades es posible formular acciones y estrategias particulares para el CHB del Centro Médico, no obstante, también es posible generar propuestas generales para los Comités a partir del contraste de experiencias y de los referentes ideales de CHB construidos a partir de las normas, la discusión legislativa y las observaciones internacionales. Bajo esta consigna, es importante observar los nuevos lineamientos de la CONBIOÉTICA para regular a los CHB con el objetivo de construir estrategias que integren a los Comités, la CONBIOÉTICA, organizaciones e instituciones interesadas en la bioética hacia una atención clínica de mayor calidad.

El futuro para los Comités Hospitalarios de Bioética

En diciembre de 2015, la CONBIOÉTICA publicó una nueva edición de la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, la cual muestra cambios significativos en comparación con la edición del año 2013. Estos cambios se orientan, principalmente, hacia la simplificación de procedimientos de los Comités y la disminución de requerimientos para la integración de los CHB. Al respecto, el cuadro siguiente muestra algunas diferencias entre ambas ediciones que denotan cambios significativos hacia la simplificación del funcionamiento de los Comités.

Edición 2013	Edición 2015
Los Comités deberán sesionar, por lo menos, 12 veces al año. P.30	Los Comités deberán sesionar, por lo menos, seis veces al año. P. 26
Las sesiones extraordinarias se llevarán a cabo con la participación del 75% de los integrantes del Comité. P. 30	Las sesiones extraordinarias se llevarán a cabo con la participación de 3 miembros del Comité, como mínimo. Ellos serán electos entre los vocales, previamente, de acuerdo a sus conocimientos y experiencia en clínica y bioética. P. 26
Se podrán llevar a cabo sesiones Expeditas, las cuales se integrarán por miembros del Comité previamente seleccionados y denominados como “Comité de Urgencia” o “Consultor”. P.31	No especifica la existencia de sesiones Expeditas.
Indica que el quórum debe constituirse por la presencia del presidente del Comité, el mínimo de miembros requeridos para sesionar y la asistencia de la mitad, más uno, de sus integrantes. Asimismo, por un miembro de un área primaria de experiencia (no científica) y, por lo menos, un miembro ajeno al hospital donde se presentó el caso a tratar. P.31	Indica que el quórum debe constituirse por la presencia del presidente del Comité, el mínimo de miembros requeridos para sesionar y la asistencia de la mitad, más uno, de sus integrantes. P. 31
El registro del CHB ante la CONBIOÉTICA incluye una autoevaluación previa, compuesta por 25 elementos básicos de integración y funcionamiento del Comité. El proceso de autoevaluación requiere el cumplimiento de	El formato de autoevaluación contiene 11 elementos básicos de integración y funcionamiento del Comité. El formato de autoevaluación tiene la función de mostrar un

los puntos señalados en el Formato de Autoevaluación. Pp. 33, 45	diagnóstico del CHB previo a su registro. Pp. 30, 34
--	--

Cuadro de elaboración propia con información recuperada de:
*Comisión Nacional de Bioética (2015); Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética.*¹³⁶
*Comisión Nacional de Bioética (2013) Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética.*¹³⁷

Es notable que la nueva edición de la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética simplifica la celebración de sesiones y los requerimientos de autoevaluación. En la edición 2015, se redujeron a la mitad la programación de sesiones, se suprimieron las sesiones expeditas y se simplificó el quórum requerido para llevar a cabo sesiones ordinarias y extraordinarias. Además, se eliminó la presencia estricta de un miembro de un área primaria de experiencia (no científica) y un miembro ajeno al hospital donde se presentó el caso, lo cual simplifica los requerimientos para celebrar sesiones, sin embargo, esto podría debilitar la cualidad interdisciplinaria e incluyente de los CHB.

En la edición 2013, las sesiones extraordinarias eran consideradas para llevar a cabo la sustitución de miembros y la elección del presidente del Comité, y las sesiones expeditas se destinaban para atender situaciones clínicas que requirieran una respuesta inmediata¹³⁸, no obstante, en la edición 2015, se suprimieron las sesiones expeditas y las sesiones extraordinarias asimilaron sus funciones descritas en la edición 2013. En contraste, la edición 2013 establecía la integración de un “Comité de Urgencias” o “Consultor” compuesto por miembros del CHB electos previamente por sus conocimientos y experiencia clínica y bioética¹³⁹, mientras que, en la edición 2015, se establece que las sesiones extraordinarias se

¹³⁶ Comisión Nacional de Bioética (2015); *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*; Secretaría de Salud, México, Distrito Federal. Recuperado en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf (Consultado el 3/02/2016).

¹³⁷ Comisión Nacional de Bioética (2013); *Óp. Cit.*

¹³⁸ Comisión Nacional de Bioética (2013); *Ibíd.* Pp. 30-31

¹³⁹ Comisión Nacional de Bioética (2013); *Ibíd.* P. 31.

compondrán por tres miembros del Comité electos previamente por sus conocimientos y experiencia clínica y bioética.¹⁴⁰

Cabe destacar que los CHB, en su estructura básica, se conforman por un presidente y cuatro vocales, por lo cual, la celebración de sesiones extraordinarias requerirá de la presencia, por lo menos, del presidente del Comité y dos vocales, siendo una presencia equiparable al sesenta por ciento de los miembros del CHB. Sin embargo, el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, cuenta con once miembros, de los cuales requerirá, como mínimo, de tres miembros para celebrar una sesión extraordinaria compuesta por el presidente del CHB y dos vocales electos por su conocimiento y experiencia clínica y bioética¹⁴¹. Este escenario muestra que el Centro Médico podrá sesionar de manera extraordinaria con la presencia del veintisiete por ciento de los miembros del Comité privilegiando la participación de los miembros con mayor experiencia clínica y bioética.

Este ejemplo muestra que ante la demanda de una respuesta rápida, por medio de una sesión extraordinaria, en un CHB con un bajo número de miembros (un presidente y cuatro vocales) representa una parte significativa del Comité, sin embargo en Comités con mayor número de miembros sugiere la participación de un porcentaje bajo de sus integrantes. Esta condición facilitará a los CHB con mayores integrantes a sesionar de manera extraordinaria, apartando la posibilidad de considerar el fortalecimiento de la participación de sus integrantes en sesiones extraordinarias de acuerdo al grado de consolidación del Comité en el hospital¹⁴². Es decir, se requiere establecer en la Guía Nacional porcentajes de participación de acuerdo al número de miembros que cuenta el Comité, de esta manera se elegirán previamente a aquellos miembros reconocidos por su conocimiento y experiencia

¹⁴⁰ Comisión Nacional de Bioética (2015); *Óp. Cit.* P. 26.

¹⁴¹ Comisión Nacional de Bioética (2015), *Óp. Cit.* P. 26

¹⁴² Si se considera el sesenta por ciento de participación de los miembros del CHB del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, se presentarán a sesión siete miembros del CHB (seis vocales y el presidente del Comité).

clínica y bioética, así como a miembros profesionales de áreas distintas a la medicina, como trabajo social, derecho, antropología o filosofía.¹⁴³

Por otra parte, la edición 2015 ha simplificado los requerimientos de autoevaluación y también se determinó una función distinta al Formato de Autoevaluación. En la edición 2013, se presentaba al formato de autoevaluación con la siguiente consigna:

“Los Comités Hospitalarios de Bioética, para su registro ante la CONBIOÉTICA, deberán realizar el proceso de autoevaluación. Para su cumplimiento es necesario contar con la información básica de su integración y funcionamiento que contiene este formato, misma que será auditable por las instancias que al efecto correspondan.”¹⁴⁴

Mientras que en la edición 2015 es presentado el formato de autoevaluación de la siguiente manera:

“El formato de autoevaluación es un formato de diagnóstico que sirve para conocer los elementos con los que cuenta el comité al momento del registro.”¹⁴⁵

De esta manera, el formato de autoevaluación ha dejado de ser un requisito para el registro de Comités ante la CONBIOÉTICA, en adelante servirá como un instrumento de diagnóstico de los CHB. De esta manera, el Formato de Autoevaluación, al ser reconocido como un instrumento de diagnóstico también requirió ser reestructurado para denotar el panorama observado por la CONBIOÉTICA. En este sentido, se redujeron a once elementos de evaluación y se eliminaron algunos aspectos evaluados en la edición 2013. El siguiente cuadro muestra de forma comparativa los aspectos evaluados en ambas ediciones, lo cual

¹⁴³ Se consideraron estas tres áreas de profesionalización de acuerdo a los CHB analizados en este capítulo, el CHB del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, el Comité del hospital Ai, Bi, Ci, Ag y Ap.

¹⁴⁴ Comisión Nacional de Bioética (2013); Óp. Cit. P. 45.

¹⁴⁵ Comisión Nacional de Bioética (2012); Óp. Cit. P. 34.

resalta aquello que la COBIOÉTICA dejará de evaluar y la síntesis de algunos elementos evaluados en 2013:

Cuadro comparativo de Guías Nacionales para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética 2013 y 2015

Edición 2013	Edición 2015
1. Acta de Instalación	
2. Cartas de designación de los integrantes del CHB	
3. Cartas de confidencialidad	1. Cartas de confidencialidad
4. Mínimo de miembros necesario (presidente, vocal secretario y tres vocales)	
5. En la integración se cumple con no incluir personal del cuerpo directivo de la institución	2. En la integración se cumple con no incluir personal del cuerpo directivo de la institución
6. En su conformación es multidisciplinario	3. En su conformación es multidisciplinario
7. En su integración observa equidad de género	
8. En la integración incluye un representante de la comunidad	4. En la integración incluye un representante de los usuarios de los servicios de salud
9. Reglamento interno	5. Reglamento interno
10. Manual de organización	
11. Programa anual de sesiones	6. Programa anual de sesiones
12. Programa de capacitación interna y externa	7. Programa anual de capacitación
13. Área física de trabajo	8. Área física de trabajo
14. Personal de apoyo administrativo	9. Apoyo administrativo para las funciones del comité

15. Mecanismo de financiamiento para su operación	
16. Procedimiento para la solicitud de intervención del comité para el análisis de casos clínicos	10. Procedimiento para la solicitud de intervención del comité para el análisis de casos clínicos
17. Procedimiento para admisión de casos clínicos para análisis bioético	
18. Procedimiento para sesiones ordinarias, extraordinarias y expeditas	
19. Procedimiento para análisis de casos clínicos con dilema bioético	
20. Procedimiento de control y seguimiento de recomendaciones emitidas por el comité	11. Procedimiento de seguimiento de recomendaciones emitidas por el comité
21. Procedimiento para comunicación de recomendaciones e informes	
22. Procedimiento para resguardo de la información	
23. Programa anual de capacitación interna del comité	
24. Programa anual de capacitación para el personal del establecimiento	
25. Programa anual de capacitación para la comunidad	

Cuadro de elaboración propia con información recuperada de:
*Comisión Nacional de Bioética (2013); Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética.*¹⁴⁶
*Comisión Nacional de Bioética (2015) Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética.*¹⁴⁷

El formato de autoevaluación del año 2015 dejó de censar la obtención del Acta de Instalación debido a que se puede corroborar a partir del acto formal de instalación del Comité donde se integran -en un documento- las características orgánicas, jurídicas y de identificación del Comité (domicilio y la institución a la que pertenece), así como los objetivos, funciones y tipo de financiamiento del CHB¹⁴⁸. Asimismo, las

¹⁴⁶ Comisión Nacional de Bioética (2013); *Ibid.* P. 45.
¹⁴⁷ Comisión Nacional de Bioética (2015); *Ibid.* P. 34.
¹⁴⁸ Comisión Nacional de Bioética (2015); *Ibid.* P. 24.

cartas de designación de los integrantes del CHB pueden ser censadas desde el seguimiento del trámite de integración del Comité ante la CONBIOÉTICA¹⁴⁹. De esta manera, es posible explicar la simplificación del formato de autoevaluación 2015 a partir del cese de la búsqueda de información de manera reiterada ya que aquella información puede ser censada desde el seguimiento del trámite de integración del CHB y su registro ante la CONBIOÉTICA. Esto también provocó que se dejara de consultar si el CHB cuenta con los integrantes necesarios para constituirse como Comité, así como: su carácter multidisciplinario; el mostrar equidad de género en su integración; y el contar con un manual de organización.

A su vez, los procedimientos demandados en 2013 fueron simplificados y se dejaron de solicitar los siguientes procedimientos:

- ❖ Procedimiento para admisión de casos clínicos para análisis bioético.
- ❖ Procedimiento para sesiones ordinarias, extraordinarias y expeditas.
- ❖ Procedimiento para análisis de casos clínicos con dilema bioético.
- ❖ Procedimiento para comunicación de recomendaciones e informes.
- ❖ Procedimiento para resguardo de la información.

Asimismo, los programas del Comité disminuyeron, dejando de lado los siguientes programas:

- ❖ Programa anual de capacitación interna del comité.
- ❖ Programa anual de capacitación para el personal del establecimiento.
- ❖ Programa anual de capacitación para la comunidad.

La reducción de procedimientos puede indicar que las funciones detalladas en los procedimientos de solicitud de intervención del comité para el análisis de casos clínicos y en el procedimiento de seguimiento de recomendaciones emitidas por el comité deberán integrar los procedimientos que se dejarán de evaluar. Por otra parte, en la Guía Nacional 2015 se suprimieron las sesiones expeditas por lo que es lógico que se supriman los procedimientos que las reglamentaban.

¹⁴⁹ Comisión Nacional de Bioética (2015); *Ibid.* P. 22.

Asimismo, los programas de capacitación serán integrados en un único programa anual de capacitación donde los CHB deberán incluir los mecanismos de capacitación al interior del Comité, al personal del establecimiento de atención de la salud y la comunidad. De esta forma, se simplifica el censo de programas de capacitación, sin embargo, hace que el formato de autoevaluación deje de ser un referente para analizar a los Comités desde la capacitación en diversos sectores. Desde esta perspectiva, los formatos de autoevaluación de la edición 2015 pierden la oportunidad de generar versiones públicas que permitan analizar la particularidad de los CHB, desde una comparación amplia, sobre su interés o capacidad para realizar capacitaciones e interiorizar la bioética en distintos sectores. En adelante sabremos que tienen programas de capacitación pero no podremos constatar si han segmentado mecanismo de capacitación de acuerdo a la responsabilidad y funciones del Comité.

Bajo este panorama, en el siguiente capítulo explicaré propuestas para analizar a los CHB a partir de versiones públicas de los formatos de autoevaluación. También desarrollaré estrategias para impulsar el desarrollo del CHB del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre a partir de una mayor interiorización del Comité en la comunidad y el personal médico. Acentuaré la importancia de consolidar el apoyo con otros Comités, organizaciones de la sociedad civil y universidades para ampliar los mecanismos de capacitación e integración de más miembros al Comité. Además, expondré algunas acciones para aprovechar el uso de las Tecnologías de la Información para difundir el conocimiento en bioética.

CAPÍTULO 4: IMPULSO DE LAS MEJORES PRÁCTICAS DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA: PROPUESTAS Y CONCLUSIONES

Después de analizar aspectos teóricos, legislativos, legales y tangibles de los CHB, es esencial destacar el contexto donde se encuentran los Comités estudiados para poder delimitar estrategias orientadas a la interiorización de la bioética en los usuarios y hospitales. Asimismo, es necesario delimitar acciones que coadyuven a diseñar instrumentos de evaluación que expresen una intención de mejora continua de la calidad y una mayor participación de los Comités en la capacitación y atención de casos con presencia de un dilema bioético. Desde esta perspectiva, éstos se podrán configurar como un órgano auxiliar para la toma de decisiones con una orientación hacia la mejora continua de la calidad en los servicios de atención de la salud, al mismo tiempo que podrán fortalecer una cultura de ejercicio de derechos en bioética.

El potencial de los CHB para influir en el diseño de nuevos procedimientos y razonamientos pone en relieve su capacidad para ser el origen de posturas legislativas, así como de mejores prácticas para la atención de los usuarios. Para ellos es necesario ampliar la publicidad de las resoluciones de los Comités, sin menoscabo de la protección de la identidad de los pacientes. Esto abrirá al público posturas que han sido resueltas de forma multidisciplinaria en los CHB, lo cual podrá posicionar su trabajo en la agenda legislativa, o -dado el caso- la agenda de gobierno, para formular mejoras en los servicios de atención de la salud, el respeto de los derechos humanos y en la formulación de iniciativas que respalden la toma de decisiones ante dilemas bioéticos.

A su vez, la Comisión Nacional de Bioética puede potenciar la influencia de los Comités en la comunidad gracias a su papel como órgano consultor en asuntos legislativos donde puede mostrar argumentos con base en evidencias para el análisis de iniciativas de ley. Dentro de este universo de iniciativas podemos observar temas relacionados con: la eutanasia; el derecho a la vida; la objeción de

conciencia; planificación familiar; criopreservación de células germinales; violencia obstétrica; y la reproducción humana asistida.¹⁵⁰ El trabajo de análisis y formulación de propuestas de la CONBIOÉTICA, responde al conocimiento internacional en la materia así como en los referentes nacionales para expresar algún pronunciamiento.

En este tenor, la experiencia internacional -e histórica- ha evidenciado que el trabajo de los Comités ha podido dar cabida a cambios legislativos en la atención de los usuarios. Gracias a los cambios sociales y tecnológicos, los legisladores han ampliado los derechos de los pacientes sirviéndose de normas internacionales como referentes y el dinamismo de la sociedad como motor de cambio. Al respecto, los Comités también han podido coadyuvar a formular protocolos de atención gracias a su trabajo de análisis de casos clínicos, lo cual ha permitido contrarrestar la incertidumbre ante dilemas bioéticos.

Desde esta perspectiva, los CHB son un elemento importante para generar nuevos planteamientos legales, éticos y administrativos en la atención médica. Para ello es necesaria una mayor difusión sobre el funcionamiento de los Comités con el propósito de incluir la participación de diferentes actores en el análisis y promoción de la bioética, como: académicos; autoridades gubernamentales; legisladores; el personal médico de establecimientos públicos y privados; así como organizaciones de la sociedad civil. Además, gracias al avance tecnológico, resulta más fácil comunicar información para generar redes de cooperación, lo cual debe ser aprovechado por los CHB para reclutar a profesionales de diferentes áreas de conocimiento y para amplificar su grado de influencia en debates públicos acerca de la atención de la salud.

Con base en este panorama, este capítulo expresará propuestas para orientar estrategias multilaterales para impulsar el máximo potencial de los CHB, resaltando la participación de la CONBIOÉTICA, los Comités Estatales de Bioética, Comités Hospitalarios de Bioética, Comités de Ética en la Investigación, medios de

¹⁵⁰ Comisión Nacional de Bioética (2013); *La promoción de la cultura bioética en México: Avances y Perspectivas 2009-2013*, Secretaría de Salud, México, Distrito Federal, pp. 50-53.

comunicación, organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales y universidades en la mejora de la calidad de los servicios de salud. Esto es posible reconociendo el estado actual de los CHB y las dificultades que presentan para realizar sus funciones descritas en la normatividad vigente. Por lo cual, los CHB deben implementar medidas incrementales que promuevan una mayor calidad en la atención médica gracias a una visión de vanguardia de las discusiones públicas sobre la atención de la salud, el avance tecnológico, la implementación de nuevas prácticas médicas y los derechos que rigen la relación médico-paciente.

En este sentido, el análisis del contexto actual de los Comités es marcado por la falta de insumos financieros, materiales y humanos para alcanzar la construcción ideal de CHB denotada en capítulos anteriores. Al respecto, este capítulo tiene como propósito plantear un modelo de desarrollo de los Comités a partir de medidas incrementales, direccionando las estrategias actuales hacia un escenario donde los CHB sean actores importantes para los ciudadanos como órganos garantes del ejercicio de los derechos de los usuarios. La imagen y comunicación al exterior de los Comités tiene un lugar privilegiado en la interiorización de la bioética en la comunidad, por lo que es necesario focalizar distintos segmentos poblacionales para comunicar información acerca de los Comités, ya sea como usuarios, personal médico o como personal del hospital.

Con base en este escenario, se propondrán acciones que procuren una menor participación de los CHB en los dilemas bioéticos gracias a la capacitación del personal médico y los usuarios. En consecuencia, los Comités fungirán como un cuerpo garante de los derechos de los usuarios ante dilemas que sobrepasen la capacidad resolutoria de la relación ética y jurídica médico-paciente. Finalmente, los CHB trabajarán para ampliar el conocimiento bioético y sus repercusiones en las sociedades gracias a su participación en los debates públicos, así como en la prevención de situaciones clínicas desfavorables para los usuarios. Esto generará una mejora continua de la calidad de los servicios de salud, además de plantear innovaciones en la forma de ejercer la atención clínica y los derechos de los usuarios ante dilemas bioéticos.

Los Comités Hospitalarios de Bioética como órganos de influencia pública

El referente amplio de los CHB, analizado en los capítulos anteriores, denota una relación con diversos segmentos poblacionales, los cuales se caracterizan por la relación jurídica entre los actores y el Comité, así como por la influencia potencial que tienen los CHB en los hospitales y la comunidad. Esta diferenciación de poblaciones está compuesta por los usuarios, el personal médico, personal del hospital y la comunidad. Si bien, el universo poblacional compuesto por la comunidad es sumamente diverso por sí mismo, los Comités tienen la responsabilidad ética de expandir su influencia al público gracias al desarrollo del conocimiento en bioética, la protección de los derechos humanos y su acercamiento a toda persona gracias a las tecnologías de la información.

En consecuencia, la influencia de los CHB en el desarrollo de la humanidad es tangible ante la reflexión ética y multidisciplinaria de la atención de la salud. Por ello es indispensable reconocer espacios y estrategias para posicionar el trabajo de los Comités en los debates locales e internacionales sobre bioética, lo cual detona una mejora de la calidad de los servicios públicos y privados de atención clínica. Desde este punto de partida, el trabajo de los CHB puede generar posicionamientos jurídicos, legislativos, éticos y teóricos para plantear prácticas médicas, así como administrativas, que reconozcan el dinamismo social y el desarrollo científico-tecnológico en diferentes aspectos de la atención de la salud.

La segmentación poblacional también tiene una utilidad para diferenciar el conocimiento y atención que debe ser abordado para cada conjunto y subconjunto. Partiendo de un análisis particular a general, es posible reconocer las características de la relación entre los CHB y los conjuntos poblacionales, así como las acciones necesarias para impulsar la influencia de los Comités en los espacios de convergencia. De esta manera, los CHB podrán tener una mayor participación en la humanidad gracias a la maximización de los beneficios derivados de su trabajo como órgano multidisciplinario de análisis de casos clínicos con presencia de dilemas bioéticos. Entre estos beneficios es posible identificar el fortalecimiento del

ejercicio de derechos humanos, la mejora continua de la calidad de los servicios de atención de la salud y el replanteamiento de políticas de atención de la salud.

Influencia y redes de cooperación de los Comités Hospitalarios de Bioética

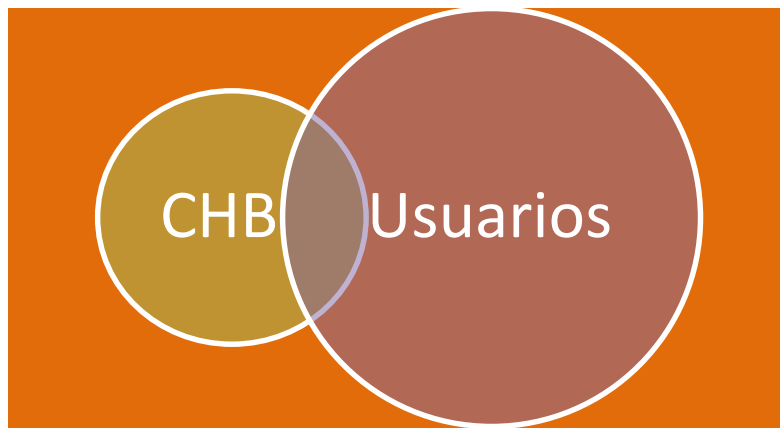
La relación de los CHB con los usuarios parte de la solicitud de intervención de los Comités ante la presencia de un dilema bioético. Con base en el reconocimiento de dilemas bioéticos, gracias a la orientación del personal médico, los usuarios pueden recibir la asesoría del CHB, quien podrá exponer elementos clínicos, jurídicos, administrativos, psicológicos, filosóficos y técnicos para proponer alternativas en la toma de decisiones sobre el cuerpo y vida de los usuarios. Cabe destacar que la resolución del Comité no determina por sí misma la decisión del usuario, ya que este último, ejerciendo su autonomía, puede tomar una decisión diferente a la recomendación del CHB.

Una vez que los usuarios tomaron una decisión, los CHB terminan su función consultiva por lo que los asuntos relacionados a la negligencia médica deberán ser turnados a la instancia jurídica correspondiente. No obstante, los Comités deben ofrecer alternativas a los usuarios para evitar su abandono cuando la resolución del CHB no sea favorable a sus expectativas. Por lo tanto, es imperante difundir información y capacitar a los usuarios en materia de bioética de forma preventiva debido a los cambios poblacionales en términos de morbilidad y mortandad. Desde este enfoque, los Comités pueden producir y colaborar en campañas informativas sobre casos clínicos que puedan presentar un dilema Bioético.

La capacitación y difusión de información debe tener un amplio alcance para interiorizar en la comunidad la solicitud de intervención de los CHB y el análisis de dilemas bioéticos desde la relación médico-paciente. En consecuencia, es necesario reconocer la capacidad de influencia de los CHB para llevar a cabo acciones conducentes a una mayor discusión pública sobre la intervención de los Comités para así maximizar la calidad en la atención médica. Esta misión requiere de la capacitación de los distintos actores que interactúan con el Comité con base en redes de colaboración que amplíen su rango de influencia. Ante esta consigna,

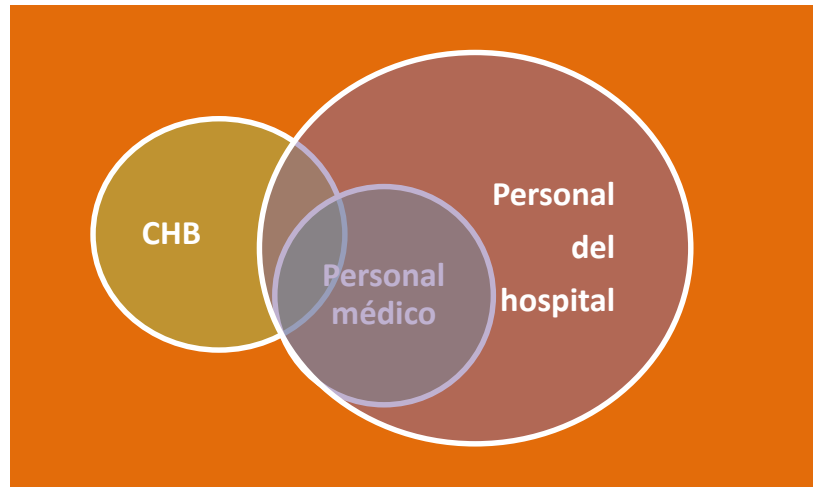
los siguientes diagramas podrán ilustrar la relación de los Comités con los usuarios, el personal médico y el personal del hospital, así como con otros actores interesados en el impulso de la bioética.

Diagrama 1: Usuarios de servicios de atención de la salud-Comités Hospitalarios de Bioética



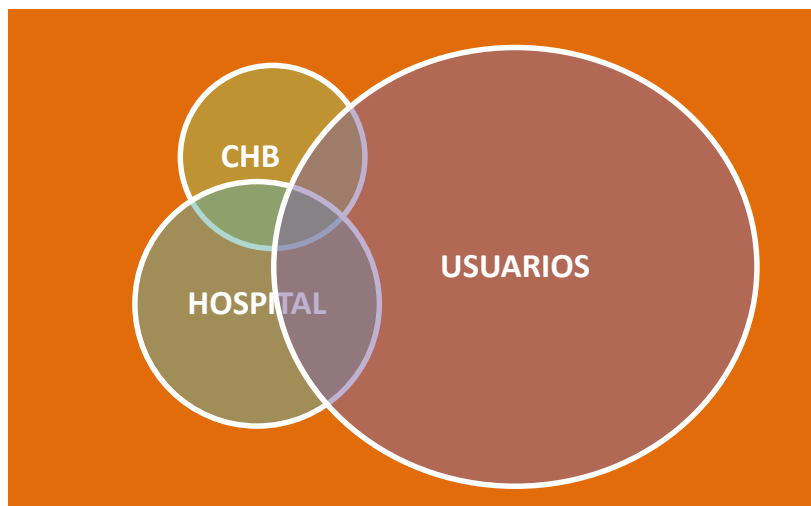
El Diagrama 1 muestra la relación de conjuntos donde los CHB y los usuarios interactúan ante la presencia de dilemas bioéticos, sin embargo, la influencia de los CHB puede alcanzar un espectro más amplio gracias al apoyo del personal médico y el personal del hospital para fortalecer el ejercicio de derechos de los usuarios. En este sentido, el siguiente diagrama ejemplifica la relación entre el CHB con aquellos actores, lo cual muestra los puntos de interacción entre ellos y nos permite visualizar acciones que impulsen una mayor integración de actores, con el objetivo de mejorar la calidad en la atención clínica.

Diagrama 2: Comités Hospitalarios de Bioética-
Personal médico-Personal del hospital



El espectro de influencia del CHB aumenta cuando consideramos que los Comités son actores que buscan la capacitación del personal médico en bioética, además de ser un foro de análisis de dilemas bioéticos desde una perspectiva multidisciplinaria. Para ello, el CHB integra a parte del personal del hospital para analizar casos clínicos desde una perspectiva distinta a las ciencias médicas, lo cual logra incluir el conocimiento en psicología, derecho o trabajo social. Estas disciplinas mencionadas, corresponden al perfil profesional de una parte del personal del hospital, quienes pueden ampliar el margen de influencia del CHB en la mejora de los servicios de atención de la salud. Desde esta perspectiva, la interiorización de la bioética en la comunidad, gracias al trabajo de los CHB, se fortalece con el apoyo del personal de hospital y la integración de distintas posturas disciplinarias para generar información y recomendaciones destinadas a la mejora de la atención del usuario.

Diagrama 3: Comités Hospitalarios de Bioética-
Hospital-Usuarios



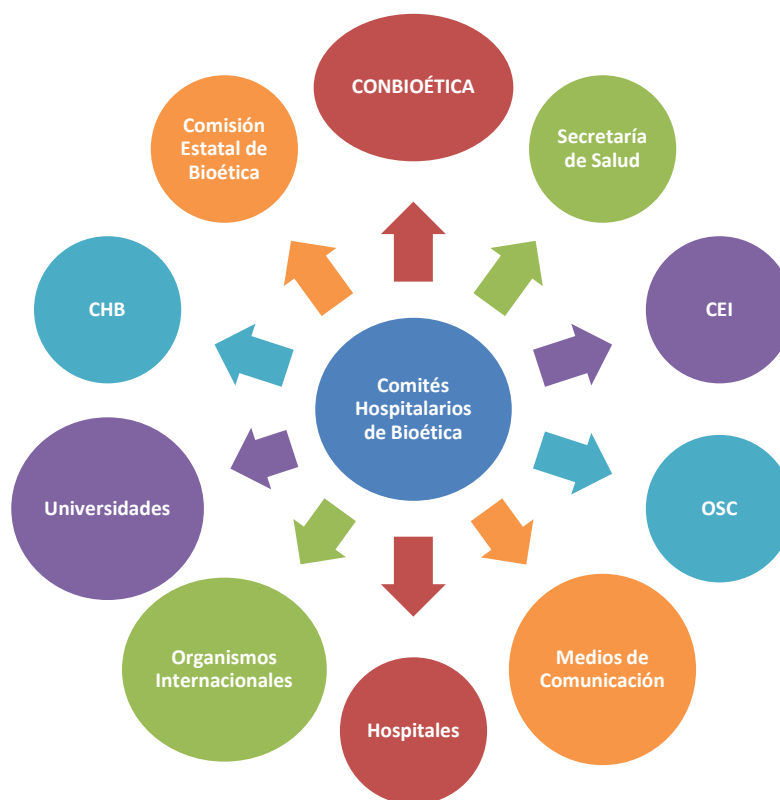
Con base en el Diagrama 3 podemos observar la relación entre el hospital, el CHB y los usuarios de los servicios de atención de la salud. Si bien el conjunto de usuarios corresponde a las personas que hacen uso de los servicios de atención de la salud de los distintos establecimientos (como clínicas y hospitales, además de consultorios públicos y privados), el punto de convergencia con el CHB y el hospital es determinado por la existencia de casos clínicos con presencia de un dilema bioético. No obstante, los CHB pueden vincularse con los usuarios de otros establecimientos de atención de la salud gracias a la capacitación destinada a la comunidad, al intercambio de información entre CHB y hospitales, así como a la difusión de mejores prácticas en la atención de los usuarios.

Por otra parte, el hospital interactúa con el CHB con capacitaciones, análisis de casos clínicos y en el desarrollo de nuevos protocolos de atención de los usuarios. También la cooperación entre el CHB y el hospital aborda la gestión de recursos materiales, financieros y humanos para desarrollar de manera óptima las funciones de los Comités. Gracias a esta colaboración, los Comités pueden alcanzar a un público más amplio para capacitar en bioética y orientar a la comunidad para ejercer sus derechos con el objetivo de solicitar servicios que respeten su autonomía como usuario. Para ello, el CHB se relaciona con actores externos al hospital, distintos a

los usuarios, interesados en el impulso de la bioética y el fortalecimiento de la atención médica con base en la mejora continua de la calidad.

La comunicación y cooperación con los actores externos al CHB hace posible influir en la comunidad, gracias a la reflexión ética de dilemas bioéticos con base en el reconocimiento del arribo de nuevas tecnologías; los cambios en la morbilidad y mortandad de la población; así como la creciente demanda de acceso a información relacionada con el cuidado de la salud y las repercusiones en las aspiraciones de las personas ante alguna enfermedad. Para ello es necesario ampliar el margen de actores y personas capacitadas en bioética para desarrollar mecanismos de difusión que posicionen a los CHB al frente del análisis de casos clínicos. De esta forma, los Comités podrán evidenciar las deficiencias y limitaciones que experimentan los usuarios, el personal médico y los hospitales para atender casos con presencia de dilemas bioéticos.

Actores de apoyo de los Comités Hospitalarios de Bioética



Los actores relacionados con los CHB representan al universo de instituciones, organizaciones y personas capacitadas –o interesadas- en bioética. Como instituciones rectoras de los CHB podemos destacar a la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Bioética y las Comisiones Estatales de Bioética. Por otra parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura ofrece apoyos de capacitación para las personas interesadas en la bioética, así como a las instituciones que cuenten con un comité de ética asistencial (conocidos en México como CHB). Otros actores de apoyo de los CHB son las organizaciones de la sociedad civil, universidades, los Comités de Ética en la Investigación y los Comités Hospitalarios de Bioética de los diferentes establecimientos de atención de la salud públicos y privados. El apoyo recibido por los CHB se traduce en capacitaciones, cursos, diplomados y congresos, así como programas para obtener el grado de licenciatura, maestría, doctorado y especialización en bioética, en el caso de las universidades.

Esta gama de relaciones jurídicas, administrativas y de apoyo entre actores permite visualizar un amplio universo de influencia para impulsar la capacitación y conocimiento en bioética. En consecuencia, los CHB deben aprovechar los beneficios de la cooperación entre instituciones, organizaciones y personas interesadas en el análisis bioético de casos clínicos para maximizar los efectos de su trabajo en la comunidad. Además, gracias a una mayor capacitación en bioética, los usuarios podrán tomar decisiones de manera autónoma e informada apoyándose de las alternativas formuladas por el personal médico responsable del paciente y el CHB ante un dilema bioético.

Desde esta perspectiva, el ejercicio de la autonomía del paciente se puede lograr sin la necesaria participación de los CHB gracias a la colaboración del binomio médico-paciente de forma consciente de las alternativas que ofrece el conocimiento en bioética. Sin embargo, el trabajo de los CHB no terminará con la capacitación del personal médico y la comunidad, ya que el dinamismo tecnológico, social y poblacional demandará la participación de los Comités ante nuevos dilemas bioéticos. Por lo tanto, la atención de un mayor número de casos no representa un

mejor desempeño de los Comités, más bien indica que existe una falta de información y criterios para tomar decisiones ante la presencia de dilemas bioéticos.

Este escenario, donde los CHB intervienen en menor medida ante dilemas bioéticos, recopila el potencial observado en el estudio realizado a los CHB en el capítulo anterior. La experiencia de los Comités observados muestra sus esfuerzos por interiorizar la bioética en distintos segmentos poblacionales, sin embargo resulta insuficiente para alcanzar su máximo potencial. En consecuencia, es necesario progresar de manera gradual hacia un mayor impulso del trabajo de los Comités desde el aprovechamiento de la red de cooperación disponible para ampliar la capacitación, profesionalización y orientación en bioética. Ello podrá facilitar la inclusión de más actores en la integración de los CHB, lo cual fortalecerá su virtud multidisciplinaria y analítica para impulsar la mejora de la calidad del servicio brindado.

Asimismo, los CHB deben posicionarse de manera paulatina en medios de comunicación como radio, televisión y medios digitales para difundir información sobre la toma de decisiones ante dilemas bioéticos. Esta cooperación cordial entre medios de comunicación y los Comités permitirá evidenciar la efectividad del ejercicio de derechos de los usuarios, así como la puesta en marcha de una atención de mayor calidad enfocada al usuario. Además, los medios digitales han adquirido una amplia cobertura para difundir información, lo cual ha podido ser aprovechado por el CHB del Hospital Ixmiquilpan, en Hidalgo¹⁵¹; el CHB de la Clínica de Medicina Familiar de Puebla¹⁵²; y el Comité del Hospital General de Zona número 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Monterrey¹⁵³. Estos últimos han generado un perfil en Facebook para difundir información al personal médico del hospital y a todo público interesado en artículos de investigación, artículos

¹⁵¹ Facebook; Comité Bioética Hospital Ixmiquilpan, recuperado en:

<https://www.facebook.com/comitebioetica.hospitalixmiquilpan/about?section=contact-info&pnref=about> (Consultado el 04/05/2016).

¹⁵² Facebook; Comité De Bioética CMF ISSSTE, recuperado en: <https://www.facebook.com/Comit%C3%A9-De-Bio%C3%A9tica-CMF-ISSSTE-Puebla-465378256988253/?fref=ts> (Consultado el 04/05/2016).

¹⁵³ Facebook; Comité de Bioética; recuperado en:

<https://www.facebook.com/profile.php?id=100005219596888&pnref=friends.search> (Consultado el 04/05/2016).

periodísticos, conferencias, ponencias e información relacionada con el cuidado de la salud y el trabajo de los CHB. Además, desde esta plataforma informan sobre las actividades realizadas por los Comités y difunden información a los miembros del Comité para asistir a las sesiones de trabajo.

Gracias al reconocimiento de las prácticas de otros Comités es posible orientar a los CHB hacia la visualización del potencial de su trabajo y el impacto que puede tener en la comunidad. Para ello es menester generar instrumentos de evaluación, los cuales deberán ser denominados *instrumentos de mejora continua del Comité Hospitalario de Bioética*, debido al rol que ejerce actualmente la autoevaluación - con la Guía Nacional 2015- como instrumento de diagnóstico. El cambio de denominación denota una orientación de los miembros de los Comités hacia el desarrollo permanente de sus capacidades con base en la mejora de la calidad. Por lo tanto, el mecanismo de autoevaluación debe contener un mayor número de elementos evaluables con la finalidad de que los miembros de los Comités reconozcan las actividades que pueden realizar para cubrir sus funciones determinadas en la normatividad, así como las funciones implícitas para vincularse con la sociedad con el objetivo de interiorizar la bioética en su seno, a partir del aprovechamiento de redes de cooperación.

Gracias al enfoque de mejora continua, los Comités podrán reconocer que los elementos evaluables corresponden a un desarrollo gradual e incremental en su funcionamiento. Además, la evaluación de los CHB requiere ser comparable y pública para impulsar el análisis de su trabajo. Esta dinámica permitirá reconocer las áreas donde los actores interesados en el fortalecimiento de los Comités -y la bioética- puedan actuar de manera focalizada. Asimismo, el fortalecimiento de los CHB, a través de la publicación de los informes de autoevaluación, muestra parte de los objetivos implícitos del instrumento de mejora continua. En este sentido, el desarrollo incremental de nuevas prácticas, el impulso de redes de cooperación de los CHB y la mejora de la calidad en la atención clínica se configuran como los principales objetivos implícitos de este tipo de evaluación.

Por otra parte, los objetivos explícitos se orientan a fortalecer áreas específicas de los CHB, como: su conformación; la posesión de reglamentos, programas y procedimientos; la puesta en marcha de estrategias de capacitación y difusión de información; vinculación con otros actores; y la evaluación del desempeño. Al respecto, en el siguiente apartado analizaré los elementos que deben integrar la autoevaluación de los Comités, así como una propuesta de instrumento de mejora continua de los CHB. De esta forma, podrán ser visibles los elementos explícitos de la evaluación y su orientación hacia los objetivos implícitos que generará este tipo instrumento.

Nuevo instrumento de autoevaluación de mejora continua de la calidad

Como su nombre lo indica, el instrumento de autoevaluación deberá ser conducido por los miembros del Comité con el objetivo de generar una autocrítica que permita establecer estrategias para impulsar el desarrollo del CHB. Para ello, la autoevaluación, de acuerdo a la Guía Nacional 2015, se debe llevar a cabo cada tres años al término de la vigencia de registro de los CHB y al momento de realizar el primer registro ante la CONBIOÉTICA.¹⁵⁴ Estos dos momentos requieren de diferentes aspectos de autoevaluación donde se destaque la conformación del Comité en un primero momento y el desempeño del CHB en cada refrendo de registro. De esta manera, la integración y el desempeño del Comité se configuran como dos ejes principales de evaluación.

El eje de integración del Comité aborda el reconocimiento del perfil profesional de los miembros del CHB, así como sus documentos normativos, programas y procedimientos. Estos elementos de autoevaluación corresponden a un escenario inicial donde los Comités requieren fortalecer su estructura orgánica para poder realizar sus funciones de forma óptima. Es decir, los CHB requieren contar con una integración multidisciplinaria, manual de organización, reglamento interno, cartas de confidencialidad, programas y procedimientos que faciliten a los miembros del

¹⁵⁴ Comisión Nacional de Bioética (2015); Óp. Cit., P. 30.

Comité el entendimiento de sus tareas y responsabilidades para así impulsar acciones destinadas al máximo desarrollo del CHB.

Por otra parte, el eje de desempeño evalúa las acciones que realizan los Comités para: atender casos con presencia de dilemas bioéticos; la puesta en marcha de capacitaciones; la gestión de recursos materiales; y la vinculación con instituciones, organizaciones y actores interesados en el impulso de la bioética, así como la mejora del funcionamiento de los CHB. El eje de desempeño se configura como un indicador de la interiorización e influencia del CHB en el hospital y la comunidad, al mismo tiempo que permite compartir las prácticas que han mostrado resultados sobresalientes. Al respecto, es esencial compartir las mejores prácticas y estrategias para impulsar a los Comités, abordando sus virtudes y deficiencias a través del entendimiento de sus cualidades particulares para luego identificar recomendaciones generales.

Sin embargo, identificar a un Comité que atiende un mayor número de casos, en comparación de otros CHB, no es suficiente para reconocer como satisfactorio su desempeño. Las funciones e influencia de los Comités rebasan el análisis de casos clínicos, por lo cual, se requiere que los CHB impulsen la capacitación en bioética, la gestión de recursos materiales –incluso financieros- y su vinculación al exterior del hospital con otros actores. Ante esta consigna, la función explícita del instrumento de autoevaluación para la mejora continua del Comité se orienta al reconocimiento del desarrollo y funcionamiento del CHB a través de indicadores de respuesta limitada y abierta. A partir de la puesta en marcha de un instrumento de evaluación amplio es posible examinar la posesión de elementos de integración del hospital, así como las prácticas que llevan a cabo los Comités para impulsar su funcionamiento.

Desde esta perspectiva, el siguiente formato está compuesto por veinticuatro elementos de autoevaluación que incluyen aspectos de integración y desempeño de los Comités. En este sentido, los primeros cinco elementos de evaluación tienen como objetivo identificar la integración del CHB desde el número de vocales, el perfil profesional de sus miembros, la presencia de personal de apoyo administrativo y la

presencia de equidad de género en su interior. La importancia de estos elementos radica en el reconocimiento del perfil de los integrantes para observar si existe una conformación multidisciplinaria, de tal forma que los miembros externos al hospital no sean solamente profesionales de las ciencias médicas. Además, la presencia de personal de apoyo administrativo es determinante para generar los documentos, programas y procedimientos necesarios para el funcionamiento del CHB, además puede apoyar en la gestión de recursos y la vinculación del Comité con otros actores.

Instrumento de mejora continua del Comité Hospitalario de Bioética

Elemento de Autoevaluación	Observaciones	
Integración del Comité		
1. Número de Vocales.		
2. Perfil profesional de los miembros del Comité.		
3. Perfil profesional de los miembros del Comité externos al hospital.		
4. ¿Observa equidad de género en la conformación del Comité?		
5. ¿El Comité cuenta con personal de apoyo administrativo?		
Elementos de Autoevaluación	Si	No
Documentación		
6. Cartas de confidencialidad.		
7. Reglamento Interno.		
8. Manual de organización.		
Programas		
9. Programa anual de sesiones.		
10. Programa anual de capacitación.		
Procedimientos		
11. Procedimiento para la solicitud de intervención del Comité para el análisis de casos clínicos.		
12. Procedimiento de seguimiento de recomendaciones emitidas por el Comité.		
Elemento de Autoevaluación	Observaciones	
Atención de casos con presencia de un dilema bioético		
13. Número de casos atendidos.		
Capacitación		
14. Acciones de capacitación dirigidas a los miembros del Comité.		
15. Acciones de capacitación dirigidas al personal del hospital.		
16. Acciones de capacitación dirigidas al público en general.		
Gestión de recursos		
17. ¿El Comité cuenta con área física de trabajo?		
18. ¿Qué tipo de apoyos reciben del hospital para desarrollar sus funciones?		

Vinculación	
19. Cooperación con el Comité Estatal de Bioética.	
20. Cooperación con otros CHB y CEI.	
21. Uso de redes sociales para difundir información sobre el Comité.	
22. Cooperación con universidades y organizaciones de la sociedad civil.	
23. Cooperación con organismos internacionales.	
24. Cooperación en medios de comunicación como revistas, radio, periódicos y televisión.	

Instrumento de elaboración propia

Los elementos de evaluación, con numeración seis al doce, componen la documentación, los programas y procedimientos necesarios para llevar a cabo sus funciones. Hasta este punto, los CHB que realizan su primer registro ante la CONBIOÉTICA podrán responder ya que abordan aspectos normativos y de integración del Comité. En contraste, los elementos trece a veinticuatro, están orientados hacia el desempeño de los CHB, desde la atención de casos, capacitación, gestión de recursos y vinculación con otros actores. Este cúmulo de elementos evaluables demanda una respuesta abierta debido a la necesidad de identificar las prácticas que llevan a cabo los Comités. Esto permitirá compartir las mejores prácticas con otros Comités gracias a la comparación de CHB por la CONBIOÉTICA y el público, a partir de la divulgación de versiones públicas del instrumento de mejora continua de los CHB.

Asimismo, desde el eje del desempeño, es posible evaluar el número de casos atendidos; las acciones de capacitación realizadas por los Comités; los recursos que tienen acceso gracias al apoyo de las autoridades del hospital; y la vinculación con otros actores. Estos elementos de evaluación abordan las prácticas y estrategias de los CHB para ampliar la interiorización de la bioética en el hospital y la comunidad, además abre la posibilidad para que los Comités busquen vincularse con diversos actores con la finalidad de impulsar la capacitación en bioética, así como la influencia de los CHB en la comunidad. Sin embargo, esto representa una carga de trabajo importante para los miembros del Comité, en consecuencia, atribuyo esta responsabilidad -de forma específica- al personal de apoyo administrativo, tanto para impulsar la gestión de recursos como la vinculación del Comité con otros actores.

Ante este panorama, es necesario que el personal de apoyo administrativo realice actividades orientadas al impulso de la influencia de los Comités al exterior del hospital, así como en la gestión de recursos materiales y al uso de un espacio físico para llevar a cabo las reuniones del CHB. Por lo tanto, no es suficiente la función del presidente del Comité y el vocal secretario para desarrollar estas actividades ya que los miembros del Comité comparten su carga laboral con las responsabilidades que representan su profesión y nombramiento. Es decir, el fortalecimiento del trabajo de los Comités no debe entorpecer las responsabilidades que tienen sus miembros al interior o exterior del hospital, sobre todo cuando esta carga laboral no le representará mayores ingresos económicos.

La figura del personal de apoyo administrativo puede ser una oportunidad para incluir a más profesionales en la capacitación y difusión de la bioética. Incluso podría constituir una oportunidad de vinculación al campo laboral para estudiantes universitarios en el área de las ciencias sociales, como: derecho, trabajo social, psicología, economía, ciencia política, administración pública, comunicación, antropología, sociología y relaciones internacionales. De esta forma, el profesional en ciencias sociales podrá capacitarse en bioética al mismo tiempo que desarrolla sus competencias disciplinarias en el campo laboral mediante la práctica de estadías prácticas o servicio social. En consecuencia, una mayor gestión recursos, aunada a la vinculación con otros actores, puede impactar en los siguientes aspectos de la atención y cuidado de la salud, como: la mejora de la calidad en la atención médica; una mayor profesionalización de los miembros del Comité y del personal del hospital; el análisis público de dilemas bioéticos; y el impulso del ejercicio de derechos por parte de los usuarios al reconocer las implicaciones de la toma de decisiones ante dilemas bioéticos, así como el apoyo que pueden recibir por parte de los CHB.

Por último, cabe destacar que la cualidad multidisciplinaria de los Comités requiere de la presencia de suficientes miembros para promover una resolución que también integre conocimientos distintos a las ciencias médicas. Al respecto, el quórum señalado por la Guía Nacional 2015 establece la obligatoriedad de la presencia del

presidente del Comité y -en total- del cincuenta por ciento, más uno, de los miembros del CHB. No obstante, el quórum para la celebración de sesiones extraordinarias requiere de la presencia de, por lo menos, tres miembros del Comité, lo cual limita la cualidad multidisciplinaria del CHB para atender casos con presencia de dilemas bioéticos -si ello representa el motivo de la sesión extraordinaria-.

La presencia de un cuerpo multidisciplinario es esencial para llevar a cabo las funciones del Comité con un mayor grado de calidad. Por lo cual recomiendo la homologación del quórum para llevar a cabo sesiones ordinarias y extraordinarias de acuerdo al cumplimiento de porcentajes de participación. Lo cual puede ejemplificarse con la siguiente tabla:

Tabla 2: Quórum de sesiones ordinarias y extraordinarias

Porcentaje	Miembros del CHB	Quórum
70	5	4
70	6	5
70	7	5
60	8	5
60	9	6
60	10	6
50	11	6
50	12	6
50	13	7
50	14	7
50	15	8
50	16	8
50	17	9
50	18	9
50	19	10
50	20	10

Bajo el respeto de porcentajes, el quórum de los Comités con un menor número de miembros requerirá de la presencia del mayor número de vocales, mientras que los CHB con un mayor número de miembros requerirá -por lo menos- de la presencia del doble de las personas (seis) solicitadas en la Guía Nacional 2015 (tres) como quórum. De esta forma, habrá una mayor probabilidad de conformar un cuerpo

multidisciplinario para el análisis de dilemas bioéticos. Además, la figura del personal de apoyo administrativo (la cual puede ser compuesta por más de una persona), puede asegurar la presencia de una persona profesional de un área de conocimiento diferente a las ciencias médicas capacitada en el análisis de dilemas bioéticos.

A manera de balance, el estudio realizado en capítulos anteriores muestra que los CHB, actualmente, desarrollan prácticas que muestran resultados positivos para el funcionamiento del Comité. Al respecto es destacable la diversidad de apoyos que reciben los CHB de las autoridades de los hospitales, así como las diferentes estrategias que ponen en marcha los Comités para capacitar en bioética. Además, los CHB analizados cuentan con diferentes redes de cooperación con otros actores, lo cual muestra parte del potencial de los Comités para involucrarse con actores externos al hospital. De esta forma, es notable que las recomendaciones expuestas en este capítulo sintetizan prácticas que son llevadas a cabo actualmente, sin embargo se requiere informar a los miembros de los Comités que es posible alcanzar el escenario ideal de CHB a partir del uso de las mejores prácticas.

Tanto los nuevos Comités, como los CHB de mayor antigüedad, requieren de una guía clara que muestre la diversidad de acciones y recursos a su disposición. Esta guía -sintetizada en el instrumento de mejora continua de los CHB- orienta a los miembros de los Comités hacia la puesta en marcha de acciones con mayor impacto en la mejora de los servicios de atención de la salud y en una mayor profesionalización del personal de los hospitales. En consecuencia, la mejora de la calidad implica la cooperación entre actores para fortalecer el trabajo de los CHB desde una perspectiva multidisciplinaria y sensible al dinamismo social que trastoca el entendimiento de la forma de brindar servicios a partir de una atención enfocada al usuario.

Estrategia para el fortalecimiento de los CHB

- 1) Reemplazar el instrumento de autoevaluación por un instrumento de mejora continua de los Comités Hospitalarios de Bioética.
- 2) Generar versiones públicas del instrumento de mejora continua de los Comités con el objetivo de comparar, a escala nacional, las mejores prácticas de los CHB.
- 3) Fortalecer la capacitación en bioética con la producción de material digital, así como videoconferencias, en redes sociales. (Esta recomendación retoma el trabajo de la CONBIOÉTICA y de algunos CHB que hacen uso de redes sociales digitales como Facebook, Twitter y YouTube para alcanzar una mayor difusión de contenidos en bioética)
- 4) Integrar a profesionales de las ciencias sociales en la gestión de recursos y en la vinculación de los Comités con otros actores interesados en el impulso de la bioética.
- 5) Establecer porcentajes de participación diferenciados para conformar el quórum para la celebración de sesiones de los CHB, de acuerdo a su número de miembros.
- 6) Es imperante que la CONBIOÉTICA impulse el establecimiento de la Comisión Estatal de Bioética de la Ciudad de México.
- 7) Impulsar desde la Secretaría de Salud mayores apoyos a los Comités Hospitalarios de Bioética con el objetivo de desarrollar estrategias de comunicación social sobre dilemas bioéticos.

Conclusiones

Los Comités Hospitalarios de Bioética representan parte del dinamismo que experimenta la humanidad para reconocer la atención que requieren las personas para procurar un estado físico y mental que cumpla con sus expectativas de acuerdo a sus costumbres y edad. Gracias a este dinamismo, las naciones han reconocido el respeto de derechos que impactan en la forma de planificar y llevar a cabo la atención de la salud. Los acuerdos internacionales promueven cambios en la forma de ofrecer servicios a los usuarios desde el reconocimiento de la responsabilidad que tienen las naciones sobre el bienestar de las personas. Al respecto, en México, la discusión y aprobación del goce de mayores derechos -a favor de los usuarios de los servicios de atención de la salud- ha sido impulsado por el desarrollo de la ciencia, tecnología y el conocimiento en bioética aplicado a la mejora de la calidad en la atención de los usuarios.

Desde esta perspectiva, los CHB impulsan la mejora de la calidad de los servicios de la salud desde la integración de un cuerpo multidisciplinario que analiza la toma de decisiones ante dilemas bioéticos. Esta consigna obliga la formulación de resoluciones y recomendaciones que puedan impactar en la dimensión técnica, no técnica y el entorno de los servicios de atención de la salud. En su aspecto técnico, los CHB involucran a profesionales de distintas áreas de conocimiento para analizar los efectos de la intervención o no intervención clínica; desde el aspecto no técnico, los CHB proyectan un mayor acompañamiento del usuario para apoyarlo en la toma de decisiones sobre su cuerpo y vida con base en la exposición de argumentos e información ante dilemas bioéticos; asimismo, el entorno de los servicios de atención de la salud puede mostrar impacto en la adecuación de sus instalaciones para ofrecer espacios para la celebración de sesiones del Comité y la administración de recursos, así como en el desarrollo de recomendaciones que trastocan la gestión de nuevos equipos tecnológicos para la mejora de la atención de la salud.

Gracias al enfoque en bioética, los CHB no sólo emiten recomendaciones para la toma de decisiones, también se configuran como foros de análisis para reconocer

las limitaciones y deficiencias de los servicios de atención de la salud con respecto al marco legal que rige la relación médico-paciente y la capacidad material de los hospitales para brindar -o negar- la atención médica a los usuarios contemplando las limitaciones en sus recursos materiales. Al retomar la experiencia internacional, los CHB han logrado impactar en la forma de administrar los recursos tecnológicos, así como en la atención médica de cuidados paliativos y la donación de órganos. Desde esta perspectiva, en México, el trabajo colaborativo de los CHB con los Comités Internos de Trasplantes¹⁵⁵ y los Comités de Ética en la Investigación constituye un elemento importante para la administración de los recursos de los hospitales, así como en la atención de los usuarios ya que el análisis de dilemas bioéticos puede mostrar evidencias de deficiencias administrativas y limitaciones materiales del hospital.

Desde esta perspectiva, el trabajo de los Comités puede lograr reconocer prácticas e iniciativas para mejorar la calidad de los servicios de atención de la salud desde un enfoque multidisciplinario. Sin embargo, las observaciones realizadas por los Comités requieren de apoyo para poder traducirlas en normas, objetivos, acciones y reformas que logren clarificar las acciones conducentes ante un dilema bioético con base en la legalidad, el conocimiento profesional del personal médico y el apoyo al usuario para tomar decisiones cercanas a sus expectativas sobre el servicio solicitado. Ante este panorama, la administración pública puede poner en relieve estrategias viables para la mejora de los servicios de atención de la salud tomando en cuenta la intensión legislativa de las normas, el pleno respeto de la legalidad, el análisis del dinamismo social y las expectativas de los usuarios sobre los resultados deseados al término de su tratamiento.

Los resultados de la investigación realizada demuestran que los Comités cuentan con una amplia trayectoria en algunos hospitales sin embargo requieren de mayor apoyo para poder realizar las actividades denotadas en el cúmulo de referentes expuestos en los capítulos anteriores, como la intención legislativa que convirtió en

¹⁵⁵ Cabe señalar que esta relación de cooperación es determinada por la Ley General de Salud en su artículo 316. Cámara de Diputados; *Ley General de Salud*, artículo 316, recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf (Consultado el 9/05/2016).

obligatorios a los CHB, acuerdos internacionales, normas, análisis académicos y la experiencia internacional sobre su funcionamiento. Si bien los Comités realizan funciones auxiliares a la toma de decisiones, también pueden colaborar en la capacitación del personal médico, así como del público en general.

La capacitación cobra mayor importancia ya que puede generar mejores condiciones para ejercer los derechos de los pacientes; proporcionar mejores servicios para el cuidado de la salud; cambiar conductas y prevenir padecimientos; y lograr una mayor interiorización de la bioética en la sociedad con el propósito de abrir debates legislativos y legales sobre la atención que se desea obtener ante el dinamismo tecnológico y cultural. El contacto inmediato de los Comités con el personal médico, los beneficiarios de los servicios de atención de la salud y su entorno poblacional les otorga un mayor protagonismo para desarrollar actividades de capacitación. Para ello es de suma importancia generar estrategias de cooperación entre todas las instancias responsables de promover el trabajo de los CHB. En este punto la gobernanza requiere ser incluida para generar eslabones de cooperación aprovechando los recursos de otras instituciones y actores interesados en impulsar la bioética, como organismos internacionales, universidades, organizaciones de la sociedad civil y medios de comunicación. De esta forma se podrá ampliar la influencia de los CHB en la sociedad al mismo tiempo que los servicios de atención de la salud podrán mejorar en la medida que los pacientes y el personal médico puedan tomar decisiones más satisfactorias ante dilemas bioéticos.

Al respecto, el análisis de la prestación de servicios de salud desde el enfoque de la administración pública -aunado al enfoque en bioética- puede producir el diseño de acciones que traduzcan y sintetizan el análisis ético sobre la vida, abordando las unidades más simples hasta las más complejas de la especie humana en acciones concretas. Es decir, desde el análisis de los efectos -en la sociedad- del desarrollo científico-tecnológico en el cuidado de la salud, la bioética genera conocimiento que requiere ser enfocado a acciones viables por parte de actores gubernamentales, privados y organizaciones de la sociedad civil. En el caso de los Comités

Hospitalarios de Bioética, el trabajo analítico de la administración pública puede generar estrategias que impulsen a los CHB hacia mejores resultados en su desempeño a partir del uso de mayores recursos y la mejora continua de sus acciones.

Al respecto, el enfoque en administración pública es necesario para desarrollar acciones que sinteticen las prácticas de gobernanza con la mejora de la calidad de los servicios de atención de la salud. En este sentido, la bioética experimenta fenómenos paralelos con la administración pública al devenir más compleja al reconocer la participación de más actores en el análisis de su disciplina. Por un lado, la gobernanza requiere de la participación de más actores en el análisis, diseño, implementación y evaluación de políticas mientras que la bioética demanda la integración de distintas disciplinas para configurar conocimiento, acciones y políticas alrededor de la conceptualización sobre la vida y la muerte.

La colaboración entre la Bioética y la Administración Pública maximiza, de forma incremental, el desarrollo de políticas dirigidas hacia el desarrollo de la humanidad de forma incluyente. A su vez, la inclusión se desarrolla en dos variantes donde en su primer escenario promueve la participación de más actores en el análisis, diseño, implementación y evaluación de políticas, lo cual amplifica el margen de recomendaciones y recursos (mediante redes de cooperación) disponibles para materializar metas, así como objetivos determinados. En un segundo escenario, la inclusión se posiciona en el reconocimiento de derechos para así impulsar su ejercicio disminuyendo –o eliminado- restricciones económicas y físicas. De esta forma, ambos escenarios confluyen para tomar mejores decisiones, con base en evidencias, orientadas a maximizar el ejercicio de derechos a partir del ofrecimiento de recursos y servicios de mayor calidad.

A su vez, los Comités Hospitalarios de Bioética son una tecnología que ha logrado integrar el conocimiento de las ciencias médicas, la ética y las ciencias sociales. Asimismo, los CHB se constituyen como una política para la mejora de la atención de los usuarios gracias a su obligatoriedad legal, como en México, y a la demanda de su integración para obtener la certificación de calidad de la Joint Comission. De

esta forma existe un interés científico, académico, administrativo y social para integrar Comités Hospitalarios de Bioética, los cuales, desde la conformación del comité del Seattle Artificial Kidney Center, han evolucionado gracias a las aportaciones jurídicas en el análisis de dilemas bioéticos; al reconocimiento de derechos a escala nacional e internacional en bioética; la demanda de mejores servicios por parte de los usuarios y los organismos acreditadores de la calidad; así como al mayor interés de la sociedad por acceder a información gracias al desarrollo tecnológico de la humanidad.

Con base en la experiencia nacional e internacional de los CHB podemos observar que la Bioética y la Administración Pública han tenido puntos de encuentro donde se requiere tomar decisiones y llevar a cabo acciones a partir del análisis multidisciplinario. En un espacio común, la bioética promueve proporcionar servicios de mayor calidad tomando en cuenta la participación activa, autónoma e informada de los usuarios, sin embargo el trabajo de los Comités puede impactar en más espacios donde la administración pública actúa, como en las funciones ejecutivas de los gobiernos; la administración de recursos materiales, humanos y económicos; así como en la integración de actores en la toma de decisiones. De esta forma, la brecha entre ambas disciplinas se acorta ante la demanda de acciones que traduzcan y materialicen el conocimiento de la bioética.

Este entendimiento de la administración pública, antes de ser denominada de otra manera¹⁵⁶, en el marco de la globalización genera una mayor cantidad de espacios donde la Bioética puede ofrecer respuestas para tomar decisiones. En este sentido, los CHB son el inicio de más debates en la forma de brindar servicios y analizar el desarrollo, no en función de fronteras y regiones, más bien hacia una sensibilización sobre aquello que la humanidad requiere para salvaguardar su espacio común, la biosfera. El análisis bioético de la administración pública sostiene tesis y

¹⁵⁶ En referencia a la construcción de conceptos nuevos, no es práctico diferenciar la Administración Pública de una *Administración Bioética*, más bien, su relación con la Bioética es el reflejo del dinamismo social que supera el entendimiento de fronteras y naciones hacia el entendimiento de una Administración Pública con miras hacia el uso ético de recursos que impactan a la humanidad, como en el caso de hidrocarburos, recursos forestales, el agua, vidas humanas en situación de guerra, tecnología, conocimiento científico, servicios y productos (medicamentos y alimentos).

planteamientos que necesitan del entendimiento de los recursos disponibles para la humanidad así como las relaciones de poder entre actores que intervienen en los fenómenos sociales.

Ante esta consigna, la Administración Pública tiene una ardua tarea pendiente por referenciar los recursos que son derecho de la humanidad, así como las acciones que deben tomar las naciones para proteger los recursos no renovables mediante el uso de recursos finitos, en términos económicos y políticos. Además, gracias al análisis de los Comités Hospitalarios de Bioética podemos encontrar que la Bioética ha reforzado una sensibilización hacia la vida, como un recurso único, indivisible e irrepetible. Si este pensamiento lo traducimos en acciones orientadas campo de competencia de la administración pública podríamos reconocer: el ejercicio de derechos de actores humanos y no humanos; una mayor sensibilización sobre el impacto de las decisiones y acciones gubernamentales –así como privadas- en las vidas humanas presentes y futuras; además de reconocer una permanente búsqueda de la calidad en la manera de gobernar, brindar servicios y proporcionar oportunidades de desarrollo para así generar el máximo grado de bienestar con base en los recursos disponibles.

Finalmente, el desarrollo del conocimiento en administración pública y bioética orientado al análisis de los Comités Hospitalarios de Bioética puede marcar el inicio de más estudios enfocados a la mejora de la calidad de los servicios de atención de la salud. Esta vinculación de disciplinas privilegia la inclusión de más actores en el ejercicio de derechos y el goce de mayor bienestar. Por lo tanto, los próximos estudios en bioética requieren incluir el conocimiento en administración pública para materializar su intensión teórica, con el propósito de alcanzar un mayor bienestar desde el reconocimiento de aspectos éticos en distintos escenarios de la toma de decisiones, tanto en el ámbito operativo de la prestación de servicios como en la discusión legislativa y la puesta en marcha de políticas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- ❖ Aguilar Villanueva, Luis (2006); *Gobernanza y gestión pública*, Fondo de Cultura Económica, México, Distrito Federal, Pp. 500.
- ❖ Bobbio, Norberto; Matteucci, Nicola; Pasquino, Gianfranco (2005); *Diccionario de Política*; Editorial Siglo XXI, México, Pp. 1698.
- ❖ Caballero Velarde, María Cristina (2013); *Estrategia ante el reto bioético del paciente crítico*, Gaceta CONBIOÉTICA, Año. 11, Núm. 7, Pp. 22-27.
- ❖ Cámara de Diputados; *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, recuperado en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm> (Consultado el 1/05/2015).
- ❖ _____; *Ley General de Salud*, recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf (Consultado el 1/05/2015).
- ❖ _____; *Ley General de Salud*, artículo 316, recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf (Consultado el 9/05/2016).
- ❖ _____; *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*, recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_190315.pdf (Consultado el 1/05/2015).
- ❖ _____ (2014); *Reglamento de la ley general de salud en materia de trasplantes*, recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MT.pdf (Consultado el 25/09/2016).
- ❖ Cano Valle, Fernando (2001); *Percepciones acerca de la medicina y el derecho*, UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, Pp. 262. Recuperado en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=36> (Consultado el 21/02/2015).
- ❖ Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1948); *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, recuperado en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp> (Consultado el 25/09/2016).
- ❖ Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006); *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico*, Fondo de Cultura Económica, México, D.F., Pp. 245. Recuperado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7830.pdf> (Consultado el 8/02/2015).
- ❖ Comisión Nacional de Bioética; *Código de Núremberg*, recuperado en: <http://www.conbioetica->

- mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf (Consultado el 30/04/2015).
- ❖ _____; *Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos*, recuperado en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/8.INTL_Dec_Univ_Genoma_y_Der_Humanos.pdf (Consultado el 30/04/2015).
 - ❖ _____ (2013); *Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*, Secretaría de Salud, México, Distrito Federal, Pp. 53.
 - ❖ _____ (2015); *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*; Secretaría de Salud, México, Distrito Federal, Pp. 61. Recuperado en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf (Consultado el 3/02/2016).
 - ❖ _____ (2007); *La Comisión Nacional de Bioética en México*, revista Debate Bioético, Secretaría de Salud, Número 2, Julio-Septiembre, México, Distrito Federal, Pp. 27-42.
 - ❖ _____ (2013); *La promoción de la cultura bioética en México: Avances y Perspectivas 2009-2013*, Secretaría de Salud, México, Distrito Federal, pp. 72.
 - ❖ _____; *Lista de Registros Emitidos de Comités Hospitalarios de Bioética*, recuperado en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/registrocomites/Registro_CHB_Lista.html (Consultado el 24/01/2016).
 - ❖ _____; *Videoconferencias Realizadas*, recuperado en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/memoria/videoconferencia.html> (Consultado el 28/02/2016).
 - ❖ Deutsch, Karl (1976); *Política y Gobierno*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, Distrito Federal, Pp. 608.
 - ❖ Dezalay, Yves; Garth, Bryant (1998); *Le Washington Consensus*, Actes de la recherche en sciences sociales, Vol. 121-122, Pp. 3-22. Recuperado en: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1998_num_121_1_3241 (Consultado el 27/03/2015).
 - ❖ Diario Oficial de la Federación (2014); *Reglas de Operación del Programa de Calidad en la Atención Médica*, publicado el 29 de diciembre de 2014, recuperado en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377622&fecha=29/12/2014 (Consultado el 16/04/2015).
 - ❖ División de Ética de la Ciencia y la Tecnología de la UNESCO (2005); *Guía 1: Creación de comités de bioética*, UNESCO, Francia, París, Pp. 78.

- ❖ _____ (2007); *Guía 3: Capacitación de los comités de bioética*, UNESCO, Francia, París, Pp. 86.
- ❖ Emmerich, Gustavo Ernesto; Víctor Alarcón Olguín (Coords.) 2007; *Tratado de Ciencia Política*, Ed. Anthropos, México, Distrito Federal, Pp.295.
- ❖ Facebook; *Comité de Bioética*; recuperado en: https://www.facebook.com/profile.php?id=100005219596888&pnref=friends.se_arch (Consultado el 04/05/2016).
- ❖ _____; *Comité De Bioética CMF ISSSTE*, recuperado en: <https://www.facebook.com/Comit%C3%A9-De-Bio%C3%A9tica-CMF-ISSSTE-Puebla-465378256988253/?fref=ts> (Consultado el 04/05/2016).
- ❖ _____; *Comité Bioética Hospital Ixmiquilpan*, recuperado en: <https://www.facebook.com/comitebioetica.hospitalixmiquilpan/about?section=contact-info&pnref=about> (Consultado el 04/05/2016).
- ❖ Fessler, Jean-Marie (2010); “*Not for profit*” *dans les hôpitaux*, Les tribunes de la Santé, Número 28, pp. 49-54. Recuperado de : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-3-page-49.htm> (Consultado el 3/4/2015).
- ❖ Frois, Gilbert Abraham; Desalgues, Brigitte (2003); *Du Consensus de Washington au Consensus Stiglitzien*, Revue d'économie politique, Vol. 113, Pp. 1-13. Recuperado en: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=REDP_131_0001&DocId=21805&hits=5735+5734+5732+5731+5730+7+6+4+3+2+ (Consultado el 27/03/2015).
- ❖ García Colorado, Gabriel; López Brito, Francisco Salvador (2003); *Legislar en Bioética legislando para el futuro*, Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, México, Pp. 510.
- ❖ García Colorado, Gabriel y Ramírez Barba, Jaime (2011); *Diccionario Enciclopédico de Bioética*, Editorial Trillas, México, Pp. 334.
- ❖ Garza Garza, Raúl (2013); *Bioética la toma de decisiones en situaciones difíciles*, Ed. Trillas, México, Distrito Federal, Pp. 345.
- ❖ González V., Juliana; Linares, Jorge (2013); *Diálogos de bioética nuevos saberes y valores de la vida*, Fondo de Cultura Económica, México, P. 663.
- ❖ Kraus, Arnoldo y Pérez Tamayo, Ruy (2007); *Diccionario incompleto de bioética*, Editorial Taurus, México, Pp. 217.
- ❖ Laboucheix, Vincent (Coord.) (2001); *Tratado de la calidad total*, Editorial Limusa, México, Distrito Federal, P. 673.
- ❖ Lasswell, Harold; *La orientación hacia las políticas*, en: Aguilar Villanueva, Luis (2013); *El estudio de las Políticas Públicas*, Editorial Miguel Ángel Porrúa, Tercera Edición, México, D.F., Pp. 280.
- ❖ Majnoni d'Intignano Béatrice (2013) ; *Santé et économie en Europe*, P.U.F. « Que sais-je ? », (7^e éd.), p. 3-14. Recuperado en: www.cairn.info/sante-et-

- [economie-en-europe--9782130624509-page-3.htm](#). (Consultado el 28/10/2014).
- ❖ Mondragón Londoño, Gustavo; Moncayo Medina, Álvaro (2011); *Salud Pública Perspectivas*, Segunda Edición, Editorial Médica Panamericana, Colombia, Pp. 677.
 - ❖ Moyado Estrada, Francisco (2014); *Gobernanza y Calidad en la Gestión Pública: Oportunidades para Mejorar el Desempeño de la Administración Pública en México*, INAP, México, D.F., Pp. 160.
 - ❖ Novoa, Fernando (2007); La historia de Terri Schiavo, en Revista Chilena de neuro-psiquiatría, vol. 45, núm. 3, Santiago, septiembre 2007, pp. 232-234. Recuperado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272007000300009&lang=pt (Consultado el 14/08/2016).
 - ❖ Organización Mundial de la salud (2009); *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, La Stampa S.A., Argentina, Pp. 31, recuperado en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1 (Consultado el 17/10/2014).
 - ❖ Organización de los Estados Americanos (1969); *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, recuperado en: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm (Consultado el 25/09/2016).
 - ❖ Organización de las Naciones Unidas; *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, recuperado en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (Consultado el 30/04/2015).
 - ❖ _____ (2014); *México: Desafíos para un desarrollo incluyente*, Oficina de Coordinación del Sistema de Naciones Unidas en México, México, Pp. 40. Recuperado en: <https://www.pdfhost.net/index.php?Action=DownloadFile&id=cd28a09f2280b72be55714148ec10102> (Consultado el 15/01/2015).
 - ❖ _____ (1976); *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, recuperado en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (Consultado el 25/09/2016).
 - ❖ _____ (1976); *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, recuperado en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx> (Consultado el 25/09/2016).

- ❖ Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Ciencia y la Cultura; *Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras*, recuperado en: <http://www.unesco.org/cpp/sp/declaraciones/generaciones.htm> (Consultado el 30/04/2015).
- ❖ _____ (1997); *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*, recuperado en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (Consultado el 25/09/2016).
- ❖ Parret, Bernard (2008); *L'évaluation des politiques publiques*, Ed. La Découverte, Francia, París, Pp. 120.
- ❖ Potter, Van Rensselaer (2002); *Bioética, la ciencia de la supervivencia*, Selecciones de Bioética [versión electrónica], Volumen 1. Pp. 121-139. Recuperado en: http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/Bioetica/1pdfs_docs/Tab/selecciones/No.1.pdf (Consultado el 21/03/2015).
- ❖ Real Academia Española; recuperado en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=RGCXMpDHtDXX2Sbc27MO> (Consultado el 14/04/2015).
- ❖ Reyes A, Pedro, et. Al. (2010); *Algunos dilemas éticos en la práctica médica*, Archivos de Cardiología, 80(4), México, Pp. 338-342. Recuperado de la base de datos EBSCO-Host.
- ❖ Rousseau, Juan Jacobo (1984); *El contrato social*; UNAM, México, Distrito Federal, Pp. 187.
- ❖ Sánchez Moreno, Francisco (2013); *La inequidad de la salud afecta el desarrollo en el Perú*, Rev Perú Med Exp Salud Pública, 30 (4), Pp. 676-678. Recuperado de la Base de datos EBSCO-Host.
- ❖ Schramm, Fermín Roland; Kottow, Miguel (2001); *Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*, Cad. Saúde Pública, Brasil, 17 (4), julio-agosto, Pp. 949-956.
- ❖ Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2016); *Presupuesto de Egresos de la Federación proyecto 2016*, Pp. 24, recuperado en: <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Presupuest/Presupuestacion/ppef2016.pdf> (Consultado el 19/07/2016).
- ❖ Senado de la República (2011); *Diario de Debates de la Cámara de Senadores del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos*, Año III, Primer periodo Ordinario, LXI Legislatura, Núm. 17, recuperado en: <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=3&sm=1&id=2108&lg=61&ano=3#a30288> (Consultado el 2/05/2015).

- ❖ _____ (2011); *Diario de Debates de la Cámara de Senadores del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos*, Año III, Primer periodo Ordinario, LXI Legislatura, Núm. 20, recuperado en: <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=3&sm=1&id=2110&lg=61&no=3#30347> (Consultado el 2/05/2015).
- ❖ Sesma Brena, Ingrid (2004); *El derecho y la salud: Temas a Reflexionar*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, Distrito Federal, Pp. 158.
- ❖ Tarasco Michel, Martha (2007); *Comités Hospitalarios de Bioética*, Ed. Manual Moderno, México, Pp. 225.
- ❖ Tello, Carlos (2007); *Estado y desarrollo económico: México 1920-2006*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., Pp. 776.
- ❖ Tomás Garrido, Gloria; Manero Richard, Elvira (2008); *Diccionario de Bioética para estudiantes*, Ed. Formación Alcalá, España, Pp. 334.
- ❖ Hobbes, Tomas (1984); *Leviatán*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, Distrito Federal, Pp. 618.
- ❖ UNESCO (2005); *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, recuperado en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/subtemas/bioeticayderechoshumanos.pdf> (Consultado el 16/04/2015).
- ❖ Van Zenden, J.L., et al. (2014); *How was life?: Global Well-being since 1820*, OECD Publishing, P.102, recuperado en: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/how-was-life_9789264214262-en#page1 (Consultado el 20/02/2015).
- ❖ Vázquez, Rodolfo (2004); *Del aborto a la clonación principios de una bioética liberal*, Fondo de Cultura Económica, México, Distrito Federal, Pp. 132.
- ❖ Vicher, Diana (2014); *El laberinto de "governance": La gobernancia de los antiguos y los modernos*, IAPEM, México, Estado de México, Pp. 211.
- ❖ YouTube; Comisión Nacional de Bioética, recuperado en: <https://www.youtube.com/user/conbioetica> (Consultado el 28/02/2016).

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta No. 1

Fecha: 12/08/ 2016

Institución:

Hospital Ai

Cargo que ocupa en el Comité Hospitalario de Bioética:

Vocal Secretario

1. ¿En qué año se fundó el Comité? 1990 y en 2013 se registró
2. ¿Por cuántos vocales está compuesto el Comité? Seis miembros del CHB
3. ¿Cuál es el perfil profesional de los integrantes del Comité?
Profesionistas en medicina, enfermería y trabajo social

4. ¿Observa equidad de género en la integración del Comité? (Si) (No)
5. ¿El Comité cuenta con representantes de la comunidad? (Si) (No)
6. Ha observado dificultades para integrar a representantes de la comunidad, como:
 - A) Deficiente difusión de información sobre los CHB en la comunidad
 - B) Desinterés de la comunidad para participar en los CHB.
 - C) Falta de capacitación en Bioética para los miembros de la comunidad
 - D) Otro: _____
7. ¿El Comité cuenta con personal de apoyo administrativo? (Si) (No)
8. ¿El Comité cuenta con reglamento interno? (Si) (No)
9. ¿El Comité cuenta con manual de organización? (Si) (No)
10. ¿El Comité cuenta con un programa anual de sesiones? (Si) (No)
11. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación interna? (Si) (No)
12. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación externa? (Si) (No)
13. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para el personal médico del establecimiento de salud? (Si) (No)
14. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para la comunidad? (Si) (No)
15. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros del Comité?
Sesiones generales, una anualmente.

16. ¿Qué acciones han llevado a cabo para capacitar al personal del establecimiento de salud?

17. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros de la comunidad?

_____ Ninguna _____

18. ¿Con cuáles instituciones se ha apoyado el Comité para llevar a cabo las capacitaciones?

- | | | | |
|--|--|------------------------|-------------------------------|
| a) La Comisión Nacional de Bioética | b) Otros Comités Hospitalarios de Bioética | c) Universidades | d) Organismos Internacionales |
| e) Organizaciones de la sociedad civil | f) Otros establecimientos de salud | g) Secretaría de Salud | h) Otro: Compañía de Jesús |

19. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la solicitud de intervención del CHB? (Si) (No)

20. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la admisión de casos clínicos para el análisis bioético? (Si) (No)

21. ¿El Comité cuenta con procedimientos para llevar a cabo sesiones ordinarias, extraordinaria y expeditas? (Si) (No)

22. ¿El Comité cuenta con procedimientos de control y seguimiento de recomendaciones emitidas por el CHB? (Si) (No)

23. ¿El Comité cuenta con área física de trabajo? (Si) (No)

24. ¿El Comité cuenta con recursos financieros para su operación? (Si) (No)

25. Con el objetivo de facilitar el trabajo de los miembros del Comité, ellos pueden solicitar:

- | | | |
|--|--|--|
| a) Disminución de cargas laborales para trabajar en el Comité. | b) Instrumentos de papelería para desarrollar su trabajo en el Comité. | c) Horas de trabajo específicas para atender los asuntos del Comité. |
| d) Capacitaciones en otros Estados de la República. | e) Capacitaciones en el extranjero. | f) Otro: _____ |

Institución:

Hospital Bi

Cargo que ocupa en el Comité Hospitalario de Bioética:

Vocal secretario

1. ¿En qué año se fundó el Comité? 2012
2. ¿Por cuántos vocales está compuesto el Comité? Seis
3. ¿Cuál es el perfil profesional de los integrantes del Comité?
Médico, Licenciados en Enfermería, trabajo social, Derecho, Maestría en Salud Pública.

4. ¿Observa equidad de género en la integración del Comité? **(Si)** (No)
5. ¿El Comité cuenta con representantes de la comunidad? (Si) **(No)**

6. Ha observado dificultades para integrar a representantes de la comunidad, como:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| A) Deficiente difusión de información sobre los CHB en la comunidad | B) Desinterés de la comunidad para participar en los CHB. | C) Falta de capacitación en Bioética para los miembros de la comunidad | D) Otro: <u>No se cuenta con representante de la comunidad</u> |
|---|---|--|--|

7. ¿El Comité cuenta con personal de apoyo administrativo? **(Si)** (No)
8. ¿El Comité cuenta con reglamento interno? **(Si)** (No)
9. ¿El Comité cuenta con manual de organización? **(Si)** (No)
10. ¿El Comité cuenta con un programa anual de sesiones? **(Si)** (No)
11. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación interna? (Si) **(No)**
12. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación externa? (Si) **(No)**
13. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para el personal médico del establecimiento de salud? **(Si)** (No)
14. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para la comunidad? (Si) **(No)**

15. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros del Comité?

Sesiones o reuniones para la capacitación; cursos que se toman de manera independiente

16. ¿Qué acciones han llevado a cabo para capacitar al personal del establecimiento de salud?

Curso interactivo

17. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros de la comunidad?

_____ Ninguna _____

18. ¿Con cuáles instituciones se ha apoyado el Comité para llevar a cabo las capacitaciones?

- a) La Comisión Nacional de Bioética b) Otros Comités Hospitalarios de Bioética c) Universidades d) Organismos Internacionales
- e) Organizaciones de la sociedad civil f) Otros establecimientos de salud g) Secretaría de Salud h) Otro: _____

19. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la solicitud de intervención del CHB? (Si) (No)

20. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la admisión de casos clínicos para el análisis bioético? (Si) (No)

21. ¿El Comité cuenta con procedimientos para llevar a cabo sesiones ordinarias, extraordinaria y expeditas? (Si) (No)

22. ¿El Comité cuenta con procedimientos de control y seguimiento de recomendaciones emitidas por el CHB? (Si) (No)

23. ¿El Comité cuenta con área física de trabajo? (Si) (No)

24. ¿El Comité cuenta con recursos financieros para su operación? (Si) (No)

25. Con el objetivo de facilitar el trabajo de los miembros del Comité, ellos pueden solicitar:

- a) Disminución de cargas laborales para trabajar en el Comité. b) Instrumentos de papelería para desarrollar su trabajo en el Comité. c) Horas de trabajo específicas para atender los asuntos del Comité.
- d) Capacitaciones en otros Estados de la República. e) Capacitaciones en el extranjero. f) Otro: _____

Institución:

Hospital Ap

Cargo que ocupa en el Comité Hospitalario de Bioética:

Presidente del Comité

1. ¿En qué año se fundó el Comité? ____2013____
2. ¿Por cuántos vocales está compuesto el Comité? Nueve _____
3. ¿Cuál es el perfil profesional de los integrantes del Comité?
Personal con licenciatura en Derecho, Doctorado en Ciencias Humanas y Médicos Especialistas

4. ¿Observa equidad de género en la integración del Comité? (Si) (No)
5. ¿El Comité cuenta con representantes de la comunidad? (Si) (No)
6. Ha observado dificultades para integrar a representantes de la comunidad, como:

A) Deficiente difusión de información sobre los CHB en la comunidad	B) Desinterés de la comunidad para participar en los CHB.	C) Falta de capacitación en Bioética para los miembros de la comunidad	D) Otro: _____
---	---	--	----------------

7. ¿El Comité cuenta con personal de apoyo administrativo? (Si) (No)
8. ¿El Comité cuenta con reglamento interno? (Si) (No)
9. ¿El Comité cuenta con manual de organización? (Si) (No)
10. ¿El Comité cuenta con un programa anual de sesiones? (Si) (No)
11. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación interna? (Si) (No)
12. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación externa? (Si) (No)
13. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para el personal médico del establecimiento de salud? (Si) (No)
14. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para la comunidad? (Si) (No)
15. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros del Comité?
Asistencia a congresos, conferencias, cursos y programas de capacitación.

16. ¿Qué acciones han llevado a cabo para capacitar al personal del establecimiento de salud?

____Cursos anuales con sesiones periódicas mensuales y diversos artículos publicados dentro y fuera de la institución_____

17. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros de la comunidad?

___ Invitación al público en general, a participan en las sesiones mensuales de capacitación y de difusión ética y genética ___

18. ¿Con cuáles instituciones se ha apoyado el Comité para llevar a cabo las capacitaciones?

- a) La Comisión Nacional de Bioética b) Otros Comités Hospitalarios de Bioética c) Universidades d) Organismos Internacionales
- e) Organizaciones de la sociedad civil f) Otros establecimientos de salud g) Secretaría de Salud h) Otro: ___Comités de Ética en Investigación_

19. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la solicitud de intervención del CHB? (Si) (No)

20. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la admisión de casos clínicos para el análisis bioético? (Si) (No)

21. ¿El Comité cuenta con procedimientos para llevar a cabo sesiones ordinarias, extraordinaria y expeditas? (Si) (No)

22. ¿El Comité cuenta con procedimientos de control y seguimiento de recomendaciones emitidas por el CHB? (Si) (No)

23. ¿El Comité cuenta con área física de trabajo? (Si) (No)

24. ¿El Comité cuenta con recursos financieros para su operación? (Si) (No)

25. Con el objetivo de facilitar el trabajo de los miembros del Comité, ellos pueden solicitar:

- a) Disminución de cargas laborales para trabajar en el Comité. b) Instrumentos de papelería para desarrollar su trabajo en el Comité. c) Horas de trabajo específicas para atender los asuntos del Comité.
- d) Capacitaciones en otros Estados de la República. e) Capacitaciones en el extranjero. Otro: Capacitación personal con instituciones reconocidas por la Comisión Nacional de Bioética

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Nombre del Entrevistado:

Martínez Rodríguez Héctor Armando

Cargo que ocupa en el Comité Hospitalario de Bioética:

Vocal secretario

1. ¿En qué año se fundó el Comité? _1990_
 2. ¿Por cuántos vocales está compuesto el Comité? _11 y 3 externos_
 3. ¿Cuál es el perfil profesional de los integrantes del Comité?
Profesionales de Salud, representantes de la Comunidad, Filósofo, Abogado
-

4. ¿Observa equidad de género en la integración del Comité? (Si) (No)
5. ¿El Comité cuenta con representantes de la comunidad? (Si) (No)

6. Ha observado dificultades para integrar a representantes de la comunidad, como:

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| A) Deficiente difusión de información sobre los CHB en la comunidad | B) Desinterés de la comunidad para participar en los CHB. | C) Falta de capacitación en Bioética para los miembros de la comunidad | D) Otro: <u>Población burócrata</u> |
|---|---|--|-------------------------------------|

7. ¿El Comité cuenta con personal de apoyo administrativo? (Si) (No)
8. ¿El Comité cuenta con reglamento interno? (Si) (No)
9. ¿El Comité cuenta con manual de organización? (Si) (No)
10. ¿El Comité cuenta con un programa anual de sesiones? (Si) (No)
11. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación interna? (Si) (No)
12. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación externa? (Si) (No)
13. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para el personal médico del establecimiento de salud? (Si) (No)
14. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para la comunidad? (Si) (No)

15. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros del Comité?

Cursos de actualización, virtuales, sesiones sobre temas selectos del CHB

16. ¿Qué acciones han llevado a cabo para capacitar al personal del establecimiento de salud?

_____ Sesiones y cursos monográficos _____

17. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros de la comunidad?

_____ No han realizado, sólo se ha realizado un díptico informativo _____

18. ¿Con cuáles instituciones se ha apoyado el Comité para llevar a cabo las capacitaciones?

- | | | | |
|--|--|------------------------|-------------------------------|
| a) La Comisión Nacional de Bioética | b) Otros Comités Hospitalarios de Bioética | c) Universidades | d) Organismos Internacionales |
| e) Organizaciones de la sociedad civil | f) Otros establecimientos de salud | g) Secretaría de Salud | h) Otro: _____ |

19. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la solicitud de intervención del CHB? (Si) (No)

20. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la admisión de casos clínicos para el análisis bioético? (Si) (No)

21. ¿El Comité cuenta con procedimientos para llevar a cabo sesiones ordinarias, extraordinaria y expeditas? (Si) (No)

22. ¿El Comité cuenta con procedimientos de control y seguimiento de recomendaciones emitidas por el CHB? (Si) (No)

23. ¿El Comité cuenta con área física de trabajo? (Si) (No)

24. ¿El Comité cuenta con recursos financieros para su operación? (Si) (No)

25. Con el objetivo de facilitar el trabajo de los miembros del Comité, ellos pueden solicitar:

- | | | |
|--|--|--|
| g) Disminución de cargas laborales para trabajar en el Comité. | h) Instrumentos de papelería para desarrollar su trabajo en el Comité. | i) Horas de trabajo específicas para atender los asuntos del Comité. |
| j) Capacitaciones en otros Estados de la República. | k) Capacitaciones en el extranjero. | Otro: Ninguno de los anteriores |

Institución:

Hospital Ci

Cargo que ocupa en el Comité Hospitalario de Bioética:

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

1. ¿En qué año se fundó el Comité? 1966 (Fundación del Instituto)
 2. ¿Por cuántos vocales está compuesto el Comité? **15**
 3. ¿Cuál es el perfil profesional de los integrantes del Comité?
Médicos especialistas, investigadores básicos en diversos aspectos de neurociencias, enfermeras con maestría, maestros en trabajado social, maestros en ciencias jurídicas
-

4. ¿Observa equidad de género en la integración del Comité? Si
5. ¿El Comité cuenta con representantes de la comunidad? Si
6. Ha observado dificultades para integrar a representantes de la comunidad, como:
A) Deficiente difusión de información sobre los CHB en la comunidad
B) Desinterés de la comunidad para participar en los CHB.
C) Falta de capacitación en Bioética para los miembros de la comunidad
D) Otro: Ninguna de las anteriores
7. ¿El Comité cuenta con personal de apoyo administrativo? (Si)
8. ¿El Comité cuenta con reglamento interno? (Si)
9. ¿El Comité cuenta con manual de organización? (Si)
10. ¿El Comité cuenta con un programa anual de sesiones? (Si)
11. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación interna? (Si)
12. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación externa? (Si)
13. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para el personal médico del establecimiento de salud? (Si)
14. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para la comunidad? (No)

15. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros del Comité?

El Instituto ha apoyado a los Miembros del Comité para asistir a reuniones y congresos como el Internacional de Bioética celebrado el año pasado en esta ciudad.

16. ¿Qué acciones han llevado a cabo para capacitar al personal del establecimiento de salud?

Se programan cuatro sesiones académicas generales al año a cargo del Comité, para tratar aspectos de Bioética. Es la reunión académica general del Instituto a la que acuden los médicos adscritos y residentes, investigadores interesados y personal de apoyo.

17. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros de la comunidad?

Se atienden invitaciones de universidades y otras instancias académicas para participar en foros, mesas de discusión y conferencias sobre el tema.

18. ¿Con cuáles instituciones se ha apoyado el Comité para llevar a cabo las capacitaciones?

- a) La Comisión Nacional de Bioética b) Otros Comités Hospitalarios de Bioética c) Universidades d) Organismos Internacionales
- e) Organizaciones de la sociedad civil f) Otros establecimientos de salud g) Secretaría de Salud h) Otro: _____

19. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la solicitud de intervención del CHB? (Si)

20. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la admisión de casos clínicos para el análisis bioético? (Si)

21. ¿El Comité cuenta con procedimientos para llevar a cabo sesiones ordinarias, extraordinaria y expeditas? (Si)

22. ¿El Comité cuenta con procedimientos de control y seguimiento de recomendaciones emitidas por el CHB? (Si)

23. ¿El Comité cuenta con área física de trabajo?

24. ¿El Comité cuenta con recursos financieros para su operación? (Si)
(No)

25. Con el objetivo de facilitar el trabajo de los miembros del Comité, ellos pueden solicitar:

- a) Disminución de cargas laborales para trabajar en el Comité. b) Instrumentos de papelería para desarrollar su trabajo en el Comité. c) Horas de trabajo específicas para atender los asuntos del Comité.
- d) Capacitaciones en otros Estados de la República. e) Capacitaciones en el extranjero. f) Otro: _____

Institución:

Hospital Ag

Cargo que ocupa en el Comité Hospitalario de Bioética:

Presidente

1. ¿En qué año se fundó el Comité? 2010
 2. ¿Por cuántos vocales está compuesto el Comité? 10
 3. ¿Cuál es el perfil profesional de los integrantes del Comité?
Bogados, químico, filósofo, antropólogo y médicos
-

4. ¿Observa equidad de género en la integración del Comité? **(Si)** (No)
5. ¿El Comité cuenta con representantes de la comunidad? **(Si)** (No)

6. Ha observado dificultades para integrar a representantes de la comunidad, como:

- | | | | |
|---|--|--|----------------|
| A) Deficiente difusión de información sobre los CHB en la comunidad | B) Desinterés de la comunidad para participar en los CHB. | C) Falta de capacitación en Bioética para los miembros de la comunidad | D) Otro: _____ |
|---|--|--|----------------|

7. ¿El Comité cuenta con personal de apoyo administrativo? **(Si)** (No)
8. ¿El Comité cuenta con reglamento interno? **(Si)** (No)
9. ¿El Comité cuenta con manual de organización? **(Si)** (No)
10. ¿El Comité cuenta con un programa anual de sesiones? **(Si)** (No)
11. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación interna? (Si) **(No)**
12. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación externa? **(Si)** (No)
13. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para el personal médico del establecimiento de salud? **(Si)** (No)
14. ¿El Comité cuenta con un programa de capacitación para la comunidad? (Si) **(No)**

15. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros del Comité?

Cursos, foros y talleres que han existido en CONBIOÉTICA o de la Academia Mexicana Nacional de Bioética.

16. ¿Qué acciones han llevado a cabo para capacitar al personal del establecimiento de salud?

Charlas y consejería, próximamente un folleto.

17. ¿Qué acciones han implementado para capacitar a los miembros de la comunidad?

_____ De igual forma de acuerdo a la respuesta anterior _____

18. ¿Con cuáles instituciones se ha apoyado el Comité para llevar a cabo las capacitaciones?

- | | | | |
|--|--|------------------------|---|
| a) La Comisión Nacional de Bioética | b) Otros Comités Hospitalarios de Bioética | c) Universidades | d) Organismos Internacionales |
| e) Organizaciones de la sociedad civil | f) Otros establecimientos de salud | g) Secretaría de Salud | h) Otro: Academia Nacional Mexicana de Bioética |

19. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la solicitud de intervención del CHB? (Si) (No)

20. ¿El Comité cuenta con procedimientos para la admisión de casos clínicos para el análisis bioético? (Si) (No)

21. ¿El Comité cuenta con procedimientos para llevar a cabo sesiones ordinarias, extraordinaria y expeditas? (Si) (No)

22. ¿El Comité cuenta con procedimientos de control y seguimiento de recomendaciones emitidas por el CHB? (Si) (No)

23. ¿El Comité cuenta con área física de trabajo? (Si) (No)

24. ¿El Comité cuenta con recursos financieros para su operación? (Si) (No)

25. Con el objetivo de facilitar el trabajo de los miembros del Comité, ellos pueden solicitar:

- | | | |
|--|--|--|
| a) Disminución de cargas laborales para trabajar en el Comité. | b) Instrumentos de papelería para desarrollar su trabajo en el Comité. | c) Horas de trabajo específicas para atender los asuntos del Comité. |
| d) Capacitación en otros Estados de la República. | e) Capacitaciones en el extranjero. | f) Otro: _____ |

Anexo 7: Aviso de Privacidad de Gerardo Rivera Monroy

Conforme a lo previsto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2010, en sus artículos 8, 15, 16, 33 y 36, se emite el aviso de privacidad para la protección de los datos personales de las personas participantes en el trabajo de investigación de Gerardo Rivera Monroy para obtener el grado de licenciado en Ciencia Política y Administración Pública por la Universidad Nacional Autónoma de México.

De acuerdo a la ley, se entiende como Datos Personales a cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable, además se diferencian de los Datos Personales Sensibles los cuales son aquellos datos personales que afecten a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. En particular, se consideran sensibles aquellos datos que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente y futura, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas y/o preferencia sexual.

Datos solicitados

Nombres y apellidos, institución en la que labora, cargo que ocupa dentro de la institución, responsabilidad dentro del Comité Hospitalario de Bioética y correo electrónico. Estos datos serán recabados a partir de un cuestionario y por grabación de audio. En el mismo cuestionario se solicitará la opinión del titular sobre el desempeño de los Comités Hospitalarios de Bioética y sus actividades dentro del Comité.

Persona responsable de recabar los Datos Personales

La persona física responsable de recabar los Datos Personales y Datos Personales Sensibles es Gerardo Rivera Monroy, quien cuenta con su domicilio ubicado en la dirección: ***(Información no pública, a disposición únicamente de las personas encuestadas)***

Tratamiento de Datos Personales

Al respecto de la obtención, uso, divulgación o almacenamiento de Datos Personales por cualquier medio, así como al respecto de la acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de Datos Personales, el responsable Gerardo Rivera Monroy actuará con apego a las Finalidades del Tratamiento previstas en este Aviso de Privacidad. Por lo cual, en caso de requerir el uso de Datos Personales para un fin distinto a los fines del presente Aviso de Privacidad, se solicitará el consentimiento del titular (persona identificada con los datos personales) de nueva cuenta.

Finalidades del Tratamiento de Datos Personales

La Finalidad del Tratamiento de Datos Personales se orientará hacia el uso estrictamente académico y de análisis, además se publicarán los resultados de la investigación omitiendo los datos que identifiquen a las personas entrevistadas, bajo la discreción y confidencialidad debidas. La consulta de Datos Personales por terceros se llevará a cabo exclusivamente para autentificar la veracidad de la investigación por parte de las autoridades competentes de la Universidad Nacional Autónoma de México con el consentimiento del titular, salvaguardando la confidencialidad del titular y cumpliendo con las disposiciones legales aplicables.

Limitación del uso o divulgación de los Datos Personales

Con el fin de garantizar la protección de los Datos Personales, el responsable de los Datos Personales llevará a cabo las siguientes acciones:

- **Guardar la confidencialidad de la información recabada:** Se guardará la confidencialidad de los datos desde su solicitud, incluso después de cumplir con los fines académicos de su uso.
- **Notificación de Confidencialidad:** En caso de requerir proporcionar los Datos Personales recabados a terceros, de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y el Aviso de Privacidad, se notificará a dichos terceros la obligación de cumplir con las disposiciones legales y la confidencialidad de los Datos Personales.
- **Resguardo de Bases de Datos:** Los Datos Personales serán administrados y resguardados mediante el uso de Bases de Datos, la cual solamente será administrada por el responsable Gerardo Rivera Monroy, sin que se permita el uso, consulta, manejo o acceso a personas no autorizadas.

Derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición

El titular tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación u oposición al Tratamiento de los Datos Personales. Para ejercer esos derechos, se requiere contactar al responsable Gerardo Rivera Monroy por medio de los siguientes mecanismos:

- Correo electrónico: ***(Información no pública, a disposición únicamente de las personas encuestadas)***
- Correo postal: ***(Información no pública, a disposición únicamente de las personas encuestadas)***
- Teléfono móvil: ***(Información no pública, a disposición únicamente de las personas encuestadas)***

La solicitud deberá contener la siguiente información:

- Nombre completo e Información para poder contactar y emitir una respuesta al titular de los Datos Personales (por ejemplo: dirección, correo electrónico, teléfono móvil o teléfono fijo).
- Documentos que acrediten la identidad o la representación legal del titular de los Datos Personales.
- Descripción clara y precisa de los Datos Personales que se requieren para ejercer alguno de los derechos antes mencionados (acceso, rectificación, cancelación u oposición).
- Información que facilite la localización de los Datos Personales.
- En caso de ser necesario, indicar las modificaciones a realizarse y/o las limitaciones al uso de los Datos Personales.
- Aportar la documentación que sustente su petición.

El titular de los Datos Personales recibirá la resolución en un plazo no mayor a 20 días hábiles contados desde la fecha en que se recibió la solicitud. El responsable notificará al titular el sentido y motivación de la resolución por el mismo medio por el que se llevó a cabo la solicitud y aportará las pruebas pertinentes en caso de ser necesario. Al ser procedente la solicitud del titular, se hará efectiva dentro de los 15 días hábiles siguientes a la comunicación de la resolución adoptada.

La emisión de la resolución a la solicitud para acceso, rectificación, cancelación u oposición de los Datos Personales será gratuita. Solamente se deberán cubrir los gastos justificados por el envío o el costo de reproducción en copias u otros formatos, los cuales, serán notificados por el responsable.

Negativa para acceder a Datos Personales

El responsable podrá negar el acceso total o parcial a los Datos Personales o a la realización de la rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de los mismos, en los siguientes supuestos:

- Cuando el solicitante no sea el titular o el representante legal no esté acreditado para ello.
- Cuando en la Base de Datos del responsable no se encuentren los Datos Personales del solicitante.
- Cuando se lesionen los derechos de un tercero.
- Cuando exista impedimento legal o resolución de una autoridad.
- Cuando la rectificación, cancelación u oposición haya sido previamente realizada, de manera que la solicitud carezca de materia para hacerla efectiva.

Cancelación de Datos Personales

La cancelación de Datos Personales, en caso de ser conducente, de acuerdo a las leyes aplicables, procederá a la supresión de los datos correspondientes, de tal forma que el responsable notificará al titular. Con el objetivo de efectuar la supresión o cancelación de los Datos Personales del titular que hubiesen sido transmitidos a

terceros, el responsable notificará a los terceros la solicitud presentada por el titular para efectuar las acciones correspondientes.

Transferencia de Datos Personales

El responsable Gerardo Rivera Monroy, en caso de requerir la transferencia de Datos Personales para llevar a cabo las Finalidades del Tratamiento de Datos Personales, lo hará previo consentimiento del titular, por lo cual, previo a la recopilación de los Datos Personales y/o previo a la transferencia de los mismos, se informará al titular la posible transferencia y en donde se recopilará el consentimiento del titular para ello. La transferencia se realizará de acuerdo a la celebración de convenios de confidencialidad y las disposiciones legales aplicables.

El médico y el paciente

El médico es un profesionalista que desde su formación procura el bienestar de los hombres y mujeres que depositan su confianza en él –o ella- para forjar una complicidad destinada a la satisfacción de las aspiraciones del paciente. Es un voto mutuo de confianza ya que el médico procurará actuar de acuerdo a la legalidad mientras que el paciente deberá decidir sobre su propio cuerpo usando el conocimiento del médico como insumo para la toma de decisiones. No obstante, el conocimiento del médico, pese su preparación continua, es limitado ante la complejidad del cuerpo humano.

Desde esta perspectiva, el médico, consciente de la posibilidad de riesgos en la intervención médica, debe actuar de manera cercana con el paciente, respetando su dignidad, buscando su bienestar y valorando la vida como principio fundamental. Incluso en circunstancias donde se deba decidir entre la vida o la muerte, siempre se dirigirán las acciones médicas hacia el escenario donde el paciente obtenga mayores beneficios o, por lo menos, le provoque mayor confort. Además, el respeto de la dignidad abarca a las personas con problemas psicológicos, los sentenciados a prisión, los minusválidos, analfabetas y los cadáveres de acuerdo con la ley, la moral y la ética. (Reyes A., Pedro, et. Al.; 2010; P. 340)

En consecuencia, dentro de la práctica médica, existen circunstancias que detonan dilemas éticos, sobre todo, en aquellos momentos donde se debe decidir sobre la realización de una acción que atente contra el cuerpo aunque esta tenga un fin positivo sobre la persona. En ese instante se decide salvar al todo (individuo) o las partes que lo componen, como en el caso de decidir la amputación de miembros u órganos. (Reyes A., Pedro, et. Al.; 2010; P. 340)

Reyes A, Pedro, et. Al. (2010); *Algunos dilemas éticos en la práctica médica*, Archivos de Cardiología, 80(4), México, Pp. 338-342. Recuperado de la base de datos EBSCO-Host.

La toma de decisiones al final de la vida

En la toma de decisiones, para la interrupción de la vida de forma digna, las personas han optado por expresar su voluntad de manera anticipada para evitar tratamientos terapéuticos no deseados. En el caso de los pacientes críticos, aquellos que peligran su vida de manera inmediata o potencial, el personal médico valora la capacidad de recuperación del paciente para ser tratados con equipos de alta tecnología teniendo en cuenta la disponibilidad de los recursos materiales, humanos y financieros del hospital, basados en el principio de justicia distributiva y responsabilidad en el uso de recursos. (Caballero, María Cristina; 2013; P. 22)

Al respecto, las Unidades de Cuidados Intensivos, afrontan la decisión de administrar el ingreso de pacientes y el uso de tratamientos que podrían no ser efectivos para algunos usuarios, cuando estas unidades representan entre tres y cinco veces el gasto de otras áreas hospitalarias. Además, se enfrentan al estrés de decidir sobre la vida de otras personas ante la presión del paciente y familiares. Este panorama provoca cuestionarse sobre la racionalización de los recursos sobre el ímpetu de atender pacientes que posiblemente no alcancen a evolucionar de manera satisfactoria, incluso con el uso de alta tecnología. También, detona la reflexión sobre quién debe decidir sobre la vida de los pacientes, aun cuando sean candidatos potenciales a recibir el tratamiento, donde los recursos son escasos para el tratamiento de todos. (Caballero, María Cristina; 2013; P. 23)

En esta situación, los Comités Hospitalarios de Bioética coadyuvan a decidir sobre dilemas bioéticos, para evitar la obstinación terapéutica, abandono del paciente, la precipitación, indecisión y negligencia en la toma de decisiones (Caballero, María Cristina; 2013; P. 23). Los Comités, informan e integran a la familia del paciente en la definición de criterios de decisión en la administración y uso de materiales para el tratamiento del usuario. Cuando el paciente no es beneficiado con algún tratamiento, los Comités determinan alternativas para evitar su abandono en la búsqueda de su mayor bienestar. De esta forma, se valoriza a la vida bajo la justa administración –y uso- de recursos por medio de criterios que ayudan a la toma de decisiones de médicos y pacientes, bajo un razonamiento ético y legal.

Caballero Velarde, María Cristina (2013); *Estrategia ante el reto bioético del paciente crítico*, Gaceta CONBIOÉTICA, Año. 11, Núm. 7, Pp. 22-27.