

30 años, 30 documentos
Comisión Nacional de Bioética

2004

Comités Hospitalarios de Bioética. Una propuesta para su regulación legal

Ingrid Brena Sesma



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



gob.mx/salud/conbioetica

COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA. UNA PROPUESTA PARA SU REGULACIÓN LEGAL

I. Introducción	143
II. Relación médico-paciente	143
III. Marco conceptual	145
1. Comités de ética médica	145
2. Comités de ética para la investigación	146
3. Los comités hospitalarios de bioética	147
IV. Propuesta de regulación	148
V. Constitución de los comités hospitalarios de bioética	149
VI. Funciones de los comités hospitalarios de bioética	150
1. Función educativa o docente	150
2. Función normativa	150
3. El análisis y resolución de casos concretos	151
VII. Composición de los comités hospitalarios de bioética	152
1. Multidisciplinaria	152
2. Estabilidad de sus miembros	154
3. Remuneración	154
4. Actuación	155
5. Limitaciones	155
6. Funcionamiento interno	155
VIII. Acreditación	156
IX. Conclusión	156
X. Bibliografía	157

COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA UNA PROPUESTA PARA SU REGULACIÓN LEGAL

I. INTRODUCCIÓN

Observando el desarrollo de la ciencia y sus aplicaciones técnicas hacia áreas específicas como la medicina y la biología, que afectan directamente a las personas y por ende a la sociedad, se ha realizado esta investigación, que aborda el tema de la regulación legal de los comités hospitalarios de bioética.

II. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

No podemos entender la razón de ser de los comités de bioética sin transitar, aunque en forma breve, por la relación médico-paciente a través del tiempo. La nota general que marcó la práctica médica en las primeras etapas del desarrollo de la humanidad fue el sustento mágico y la superstición. La atención de los pacientes no requería propiamente de un planteamiento ético, dado que la acción curativa era delegada a las fuerzas externas. Dioses y demonios, eran responsables de la salud, curación, enfermedad y muerte, el curandero, sacerdote o chamán quedaba exento de responsabilidad, pues sólo era una pieza más en el juego de las fuerzas sobrenaturales.

La filosofía presocrática, marca una nueva etapa al reconocer la libertad de pensamiento y despojar la práctica médica de la mitología, la religión y la superstición. El médico pasa a ser un agente activo en el desarrollo o curación de la enfermedad y su actuación puede ser cuestionada. Es precisamente, un médico,

Hipócrates quien señaló las bases de una práctica basada en principios científicos y éticos. Posteriormente la religión católica añadió los sentimientos de caridad y amor al prójimo como motor de muchas acciones de médicos y enfermeras en beneficio de los seres humanos.¹

Tradicionalmente el médico empleaba todos sus conocimientos en beneficio del paciente, ya fuera para mitigar su dolor, curar su enfermedad o salvarle la vida. El paciente en cambio, desempeñaba un comportamiento pasivo,² limitado a cumplir las órdenes del médico sin cuestionamiento alguno. Tal actitud respondía a la convicción de que el médico sólo buscaba el beneficio del paciente, ambas partes de la relación tenían enemigos comunes contra quien luchar, la enfermedad, el dolor y la muerte.

Por otro lado, la antigua confianza que distinguía la relación, ha sido sustituida por el temor y la falta de credibilidad. La práctica médica en grandes hospitales y la alta tecnología han deshumanizado la interacción, y no son pocos los casos en que el anterior binomio se ha transformado en una lucha frontal, es común oír de grupos que luchan por la protección de los derechos del paciente, pero también por los de los médicos. No obstante este deterioro, es de reconocerse la clara y constante preocupación que existe, por que la práctica médica, además de ser una actividad científica, se sostenga en valores éticos y morales.

1 La civilización egipcia, es ejemplo de una etapa muy evolucionada según consta en papiros que mencionan ciertas consideraciones de carácter ético. Posteriormente, en Babilonia, el Código de Hammurabi hace referencia específica a la profesión médica los médicos debían tener una especialización y les era obligatorio ejercerla y no actuar en otra que no fuera la suya; existían médico cirujano, conjurador, marcador de esclavos y partero. Cfr. Kuthy Porter, José, *et al. Temas Actuales de Bioética*, México, Porrúa, 1999, pp. 5-7.

2 De los escritos hipocráticos, surge la idea de que el médico debe querer el mayor bien para el enfermo, pero sin contar con su voluntad, ya que el enfermo no se consideraba que tuviera autonomía moral. La doctora Fracapani amplía esta relación al considerar que "el paternalismo es la forma de tratar o gobernar a los otros como el padre trata a sus hijos. Se ha visto no sólo en la vida familiar, sino también en la religiosa, en la política y en la médica. La dominación puede considerarse como la característica típica de las profesiones y como fundamental diferencia con las ocupaciones y oficios" Cfr. Fracapani de Cuitiño, Marta, *et al., Bioética: limitaciones en el tratamiento*, Buenos Aires, Lumen, 1997, p. 29.

Tenemos frente a nosotros una nueva práctica médica que debe dejar atrás la tradicional interrelación paternalista y vertical, para sustituirse por una nueva visión más plural y deliberativa, que permita afrontar adecuadamente las situaciones que diariamente se presentan en los hospitales.

Los comités hospitalarios de bioética pueden ser considerados como un auxiliar en esta nueva concepción de la relación médico-paciente. El estar integrados por grupos multidisciplinarios, con preparación especializada, los legitima para deliberar sobre los diferentes problemas éticos que surgen en la práctica médica. Sus intervenciones pueden abarcar desde los grandes problemas que se plantean en las instituciones hospitalarias, en todos los niveles, hasta los problemas particulares que puedan presentarse en pacientes o en sus familiares. También, apoyan al médico, presentándole un enfoque más allá de los aspectos técnicos de un caso clínico.

III. MARCO CONCEPTUAL

Suele existir confusión sobre la estructura y funciones de los diferentes comités que de alguna manera tienen que ver con los aspectos bioéticos. Nuestra investigación se refiere a los comités hospitalarios de bioética, por ello conviene diferenciarlos de comités de ética para la investigación y de ética médica.

1. *Comités de ética médica*

Los comités de ética médica cumplen básicamente funciones deontológicas dentro de un ambiente hospitalario determinado. Están formados por un grupo de médicos encargados de velar por el estricto cumplimiento de las normas establecidas en la ley y códigos de deontología médica. El comité de ética médica se encarga de analizar conflictos derivados de supuestas violaciones a la normativa y emitir una resolución.

2. *Comités de ética para la investigación*

El nuevo paradigma y los grandes acontecimientos bélicos del siglo XX, marcaron nuevos rumbos en la práctica de la investigación médica en seres humanos. Los experimentos sádicos realizados por los médicos e investigadores nazis con prisioneros en los campos de concentración durante la segunda guerra mundial, dieron como resultado la exigencia de la creación de un marco legal para evitar la repetición de tales hechos. En Núremberg se sanciona ética y legalmente la actuación de los médicos alemanes y en 1947 se proclama el código de esa misma ciudad, el cual establece un decálogo de principios, que deben ser respetados en casos de experimentación médica sobre seres humanos.³

En 1964 en Helsinki, se redactó un documento que vetó el exceso en la investigación con base en principios éticos, a éste lo sigue la Declaración de Tokio en 1975, donde se recomienda expresamente que en cada fase de experimentación con sujetos humanos se considere la opinión y consejo de un comité independiente especialmente constituido.

Poco a poco los comités para la investigación se van consolidando, su finalidad principal consiste en revisar y aprobar los protocolos de investigación que se llevarán a cabo en instituciones de salud o en laboratorios, a fin de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos sometidos a investigación, tomando en cuenta las normas tanto nacionales como internacionales.

3 Algunos años después de lo ocurrido en Alemania, en Alabama, Estados Unidos de América, no se trató con penicilina a un grupo de pacientes sífilíticos para no interrumpir un proyecto de investigación sobre el curso natural de la enfermedad. En 1963, en un hospital para pacientes en Brooklin se inyectaron a ancianos células cancerosas vivas para ver que pasaba "experimentalmente", y en Nueva York se inoculó hepatitis a niños oligofrénicos en el marco de un protocolo de investigación. Estos tres casos salen a la luz pública y se les condena por atentar contra la ética". Cfr. González Cajal, Jesús, *Manual de Bioética Clínica-Práctica.*, España, FUDEN, 1997, p.215.

3. *Los comités hospitalarios de bioética*

Con antecedentes diversos a los comités para la investigación, nacen los comités hospitalarios de bioética. Un detonante para su aparición fue el caso Karen Ann Quinlan. En 1975 esta jovencita asistió a una fiesta en la que ingirió un cocktail de drogas y barbitúricos. La mezcla le ocasionó una apnea y con ello un coma apático. Ante la negativa del retiro de la ventilación asistida por parte de los médicos que atendían a Quinlan, los padres la joven, acudieron al Tribunal Supremo para que resolviera el asunto. El veredicto para resolver la controversia se dictó en el Tribunal Supremo en marzo de 1976, a favor de la Familia Quinlan. Desafortunadamente, Karen Ann Quinlan muere diez años después. En esta histórica decisión, el Tribunal Supremo solicitó el auxilio de un comité para adoptar su resolución y motivó que a comienzo de la década de los ochenta, una comisión presidencial de los EE UU apoyará la creación de dichos comités asistenciales de ética en los hospitales⁴ El informe de la comisión dio un impulso decisivo a los comités al proponer la formación y utilización de los mismos para la toma de decisiones en pacientes terminales.⁵

Sin embargo, las funciones de los comités hospitalarios se han ido ampliando, actualmente, estos grupos responden a los problemas derivados de la aplicación de nuevas tecnologías en la práctica médica y en la concepción actual de la relación médico-paciente. Se encarga a estos comités recomendar decisiones racionales en situaciones en donde exista un conflicto de intereses o de valores y, que por lo tanto, se presenten opciones diferentes y hasta divergentes.

4 *Ibidem*, p. 215 y 216. La doctora Karen Teel, en Estados Unidos en 1976, propuso en un artículo en una revista de temas pediátricos, un comité de ética integrado por médicos, trabajadores sociales, abogados y teólogos, como instrumento del diálogo para la evaluación de diferentes opciones terapéuticas aplicables a un determinado paciente. *Cfr.* Tealdi, Juan Carlos y Mainetti, José Alberto, "Los Comités Hospitalarios de Ética", *Bioética, Temas y Perspectivas*, Washington D. C., Publicación Científica núm. 257, 1999, p. 54.

5 *Idem*.

En Estados Unidos ha proliferado la aparición de estos comités, en mucho impulsados por organizaciones no gubernamentales en pro de los derechos de los pacientes. Europa, en cambio, ha demostrado mayor interés por los comités para la investigación. En América Latina, Argentina y Chile son los países que han dado más impulso a la creación de estos comités. La legislación sanitaria de nuestro país menciona los comités de una forma poco precisa. El artículo 98 de la Ley General de Salud expresa: “En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso que se realicen investigaciones en seres humanos...”. Por su parte el artículo 88 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica señala: “En todo hospital, de acuerdo con su grado de complejidad y poder de resolución, se integrarán comisiones y comités señalados por la Ley, los reglamentos y las normas técnicas que emita la Secretaría”. Actualmente no hay reglamentación alguna, de manera que la puerta está abierta en espera de una regulación legal de los comités hospitalarios de Bioética.

IV. PROPUESTA DE REGULACIÓN

Al tener en cuenta los antecedentes de su nacimiento y las importantes funciones que pueden realizar los comités de bioética, es notable la ausencia de una reglamentación jurídica específica en la legislación sanitaria. La Comisión Nacional de Bioética, conciente de esta carencia, organizó una reunión de análisis de la propuesta de inclusión de los comités de bioética en la Ley General de Salud, el 8 de julio de 2002. Para dar seguimiento al foro me permití proponer al presidente de la Comisión, el doctor Fernando Cano Valle, un cuestionario, para ser resuelto por miembros de comités hospitalarios de bioética que ya están funcionando.

Las primeras respuestas al documento se obtuvieron de integrantes de comités pertenecientes a los institutos nacionales de salud, algunos de los cuales tienen una antigüedad de 29 años, como en el caso del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Con base en los resultados obtenidos en esta primera encuesta y al estudio comparativo de otras legislaciones, me permito presentar una serie de lineamientos que puedan servir de base para elaborar una propuesta legislativa.

V. CONSTITUCIÓN DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA

Sobre una base siempre optativa, pues no todas las instituciones hospitalarias tienen la capacidad, se propone la creación de comités hospitalarios de bioética. Ellos estarán encargados de asesorar, apoyar y formular recomendaciones sobre los aspectos éticos de casos presentados por personas legítimamente implicadas en la toma de decisiones clínicas. Además, estos grupos multidisciplinarios se encargan de la formación ética del personal sanitario y de políticas sanitarias con un contenido ético”.⁶ A través del desarrollo de estas funciones, se asegura el mejoramiento de la calidad de la atención médica y se promueven los derechos de las personas en el marco asistencial.

En caso de que la institución no pueda integrar un comité, algunas legislaciones extranjeras presentan, como alternativa, el establecimiento de comités municipales, regionales o estatales para realizar las funciones que originalmente se encomiendan a los comités hospitalarios. En estos casos, se debe garantizar la independencia del comité y la no injerencia de otras instancias, ni gubernamentales, ni no gubernamentales.

6 González Cajal, Jesús, *op. cit.*, nota 3, p. 220. Tealdi y Mainetti los definen como “Comités Hospitalarios de Ética (CHE) y son grupos interdisciplinarios que se ocupan de la docencia, investigación y consulta, asociadas con los dilemas éticos que surgen durante la práctica de la medicina hospitalaria” Tealdi, Juan Carlos y Mainetti, José Alberto, *op. cit.*, nota 5, p. 54.

VI. FUNCIONES DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA

Los comités desempeñan básicamente funciones educativas o docentes; normativas, de análisis y respuesta a los casos que le sean sometidos.

1. *Función educativa o docente*

La primera función que afrontará un comité recién creado es la formación de su propio personal a través de un proceso educativo. Los miembros del comité no podrán enfrentarse a los difíciles problemas éticos sin una rigurosa formación en bioética.⁷ Si bien, es recomendable que los integrantes posean distintas formaciones, para su interrelación, deberán recurrir a un lenguaje común y manejar conceptos, principios, valores, virtudes y metodologías de resolución de conflictos éticos.⁸ Para el desarrollo de esta función educativa se recomienda elegir en la integración del comité a un experto en bioética, quien podría encargarse de la formación del resto del grupo.

Esta función docente se puede extender al resto de la comunidad hospitalaria. En la medida que el personal médico y paramédico de una institución hospitalaria tenga una formación en bioética, dará mejor atención y conocerá más los derechos humanos de los pacientes.

2. *Función normativa*

Se ha demostrado la constante repetición de determinados casos prototipo en la clínica, por ello, es aconsejable utilizar lo aprendido en la resolución de casos anteriores para con base en la experiencia, proponer reglas generales de conducta denominadas

7 González Cajal, Jesús, *op. cit.*, nota 3, p. 221.

8 Fracapani de Cuitiño, Marta et al., *Bioética: sus instituciones*, Buenos Aires, Lumen, 1999, p. 217.

comúnmente directrices o normas. El valor de estas normas o directrices dependerá de su sustentación en principios éticos y puntos de vista médicos, su sólido basamento será la base para exigir su cumplimiento.

Estas normas o directrices deberán darse a conocer a todo el personal sanitario de la institución, como una manera de concientizar la importancia de toma de decisiones éticamente correctas. Si algún profesional de la salud contraviniera las directrices elaboradas por un comité, tendría que justificar el motivo de su postura. La difusión de las normas servirá también para incrementar la calidad de la asistencia médica y mejorar la relación con el paciente. Es claro que profesionales con conocimientos en bioética respetarán los derechos humanos de los pacientes.

Ejemplo de estas normas son:

- Órdenes de no reanimar;
- Quién y cuándo desconectar aparatos de soporte vital;
- Opinar sobre los consentimientos para determinar su fueron informados;
- Distribución de los recursos y equipos médicos;
- Las que se refieren a la interrupción del embarazo;
- Las que plantean procederes de transplantes y donación de órganos;
- La problemática de la discordancia flagrante entre la indicación terapéutica y la aceptación familiar;
- Las normas elaboradas por el grupo multidisciplinario deben ser flexibles para ser periódicamente revisadas evaluadas y, si fuera necesario, modificadas.

3. *El análisis y resolución de casos concretos*

El comité solo intervendrá a petición de la parte interesada. En el ejercicio de esta función consultiva recibirá las dudas presentadas; escuchará las opiniones de expertos en práctica médica, las de los afectados y las de sus familiares; analizará el caso desde distintos enfoques; y desde la perspectiva de la bioética, formula-

rá recomendaciones. La finalidad del comité es crear al interior del hospital, un ambiente de análisis y asesoramiento sobre cuestiones de carácter ético que se suscitan como consecuencia de la labor médica.

Los dictámenes de los comités de bioética estarán sólidamente sustentados y siempre respetando las decisiones de quienes tradicionalmente las han tomado; es decir, el paciente, el médico o la familia. La función de los comités hospitalarios no será emitir sentencias obligatorias e inapelables sino auxiliar a las partes involucradas en un conflicto. Estos dictámenes le brindarán al médico una perspectiva más amplia del problema, sobrepasando los aspectos meramente médicos, y prestarán ayuda a los mismos afectados o sus parientes cuando ante el dolor y la muerte se sientan incapacitados para tomar decisiones.

Generalmente los comités intervienen:

1. Cuando hay diferencias de opinión entre los principales responsables de la toma de decisiones;
2. En decisiones que impliquen, como consecuencia, la muerte del paciente;
3. En decisiones que no tengan en cuenta la opinión expresada por el paciente;
4. En casos de tratamientos muy costosos y/o de dudosa eficacia;
5. En casos de pacientes no competentes para tomar decisiones;
6. En muchos de los casos del llamado Estado Vegetativo Permanente (EVP) o de una "orden de no reanimar" (ONR).⁹

VII. COMPOSICIÓN DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA

1. *Multidisciplinaria*

Hay que subrayar, que la discusión de cualquier cuestión bioética implica inevitablemente una confrontación multidisciplinaria

⁹ González Cajal, Jesús, *op. cit.*, nota 3, p. 230.

ria, por lo menos entre científicos juristas, filósofos y eticistas. Tanto la composición del grupo como la determinación del número de sus integrantes y tipos de asuntos que conocerá, estarán condicionados por las funciones que se pretendan atribuir al comité y por la índole de la institución. En la encuesta realizada se observó que existen comités con cinco integrantes, en cambio, el más numeroso registró veintitrés.

Resulta común, que con cierta flexibilidad, haya representación de médicos, enfermeros, trabajadores sociales, expertos en conducta y en ética médica, representante de la administración de la institución hospitalaria. Según el caso, a propuesta de quien formule la consulta, puede incorporarse un sacerdote de la confesión religiosa más practicada en la comunidad, que entienda de la ética teológica y pueda ayudar a los restantes miembros del comité a comprender la dimensión religiosa de las vivencias de los pacientes. El 30% de los comités encuestados los incluyen. Sin embargo, debe existir una diversidad de opciones religiosas, tomando en cuenta la preferencia del paciente.

Numerosos problemas a que se enfrentan los comités tienen que ver con la condición femenina: embarazos, abortos, por citar algunos ejemplos, por ellos se recomienda que en el seno de los comités exista una diversidad de género y la edad de sus miembros debe tomarse en cuenta para lograr puntos de vista equilibrados.

Además, es recomendable la presencia de un especialista en bioética con experiencia clínica y familiarizado con la literatura bioética, que ayude en el análisis ético fundamentado de los casos y aporte metodología adecuada; un abogado experimentado en asuntos médicos, de preferencia ajeno a la administración del hospital, para evitar que su vinculación profesional lo llevara a defender los intereses de la institución; así como todos los consultores necesarios, para cada caso concreto, sean sanitarios o no y hasta integrantes no profesionales de la comunidad que representen a los usuarios.

Además de los miembros permanentes, debe considerarse la posible presencia de otros miembros de carácter transitorio o in-

vitados, incluso *ad hoc* como asesores externos, sólo con derecho a voz. Es recomendable la presencia de aquellos quienes presentaron la consulta al comité.

2. Estabilidad de sus miembros

Los comités deben garantizar la defensa de los intereses de todos los involucrados en el conflicto. Es importante considerar, en principio, la cuidadosa selección, exigiendo a los candidatos, requisitos básicos como el conocimiento de su materia y ser valorados como personas honorables y comprometidas. Admitidos como integrantes de un comité, se recomienda determinar su inmovilidad, para asegurar la independencia funcional. Lo anterior no obsta para que se puedan establecer causas de remoción, como ausencia a las sesiones en forma prolongada e injustificada o falta de probidad comprobada.

Con el fin de evitar un anquilosamiento del grupo, se propone señalar un periodo límite para el desempeño del cargo. En tal caso, para garantizar continuidad en el trabajo, sin rupturas, ni vacíos, se sugiere un sistema escalonado en las sustituciones.¹⁰

3. Remuneración

La participación como miembro de un comité es tradicionalmente honoraria. Sin embargo, algunos de los integrantes ya reciben un sueldo por la actividad profesional que desarrollan dentro de la institución. Es distinto el caso del experto en bioética que ha obtenido sus conocimientos a través de largos periodos de aprendizaje, en este caso, conviene reflexionar sobre la posibilidad de proporcionar al bioeticista alguna remuneración por su participación, no sólo en la toma de decisiones sino por el desempeño de una función docente, tanto con los demás miembros del comité, como con el personal de la institución.

¹⁰ Elizari Basterra, Francisco Javier, *Bioética*, Madrid, Ediciones Paulianas, 1991, pp. 260 y 261.

4. *Actuación*

Cuando se trate de ejercer la función consultiva, el comité intervendrá sólo a petición de parte. Analizará las dudas del consultante y la opinión de los mismos, ya sean profesionales, auxiliares, pacientes o familiares y emitirá su dictamen. Conviene que el dictamen se obtenga por consenso, pero, en el caso de que éste no se logre, puede considerarse la simple mayoría.

Es importante reiterar que el informe que emita el comité hospitalario de Bioética como órgano consultivo, no es vinculante¹¹. Las decisiones, como lo hemos expresado, corresponden a los directamente interesados: médico, paciente y en ciertos casos a los familiares.

La posterior función normativa y de difusión que realice el comité, será de gran ayuda en la formación de criterios dentro de la institución.

5. *Limitaciones*

Pero no sólo es importante señalar cuáles son las competencias del comité, sino también, señalar sus limitaciones, para evitar que sus funciones se desvirtúen. No corresponde al comité realizar juicios sobre la ética profesional o las conductas de los pacientes y usuarios, no es un órgano controlador, ni tiene capacidad para imponer sanciones. Su función deliberativa no es de reemplazo, ni de subrogación de aquellos que deben tomar las decisiones.

6. *Funcionamiento interno*

Tomando en cuenta las posibles tareas encomendadas al comité, se sugiere que la regulación de su funcionamiento sea elaborado por la propia institución, según sus propias características y necesidades: número de integrantes y conformación del grupo,

11 Fracapani de Cuitiño, Marta *et al.*, *op. cit.*, nota 10, pp. 184 y 185.

periodicidad de sus reuniones, determinación de los casos en que intervendrá, condiciones para conformar sus recomendaciones así como el desarrollo de sus funciones docentes y de difusión.

VIII. ACREDITACIÓN

Se ha comprobado que la acreditación de los comités hospitalarios a una instancia administrativa genera ciertas ventajas, en primer término, es factible crear un registro de comités a nivel nacional, este registro permitirá tener datos tales como: ¿cuántos comités están funcionando?, ¿en dónde?, ¿cómo están conformados?, ¿cuáles son las funciones que desempeña? y demás datos necesarios para conformar estadísticas. Ubicando a los comités hospitalarios, es posible crear una red de intercambio de perspectivas, de información y de bibliografía; además, con la posibilidad de reunirse en foros de discusión y análisis. Se propone que está instancia pudiera ser la Comisión Nacional de Bioética.

IX. CONCLUSIÓN

La experiencia ha demostrado la enorme utilidad y beneficio de establecer comités hospitalarios de bioética, un ejemplo que sostiene esta afirmación es el grupo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía que opera desde 1973. Sin embargo, hasta ahora, los comités establecidos han funcionado por una vocación de servicio de sus integrantes, pero sin facultad legal alguna.

A pesar de los beneficios comprobados, la creación de comités de bioética no es sencilla. Existe un gran desconocimiento de qué son, cómo funcionan y para qué sirven, esta ignorancia propicia la desconfianza entre médicos y otros profesionales de la salud, que ven en ellos instancias que buscan entorpecer o controlar determinadas actividades clínicas o de investigación. También pueden ser percibidos como una carga burocrática más de la institu-

ción hospitalaria. El paciente o sus familiares pueden pensar que el órgano está coludido con el médico o la administración del hospital en su perjuicio y la carencia de personas capacitadas en bioética es otro de los problemas a que se enfrenta la creación de comités.

El reto consiste en conformar comités en el mayor número de centros de salud posibles. Es conveniente que exista una regulación legal básica pero flexible, para que cada centro de salud cuente con uno, según sus propias necesidades y posibilidades. La elección de las personas que los integren, conocedoras de su campo profesional, capacitadas en bioética y comprometidas con el quehacer del comité, resulta de vital importancia. En última instancia, es preferible no tener comité que tener uno malo.

Tomar conciencia de los diferentes problemas expuestos ayudará a elaborar una propuesta de legislación, que no resulte un planteamiento burocrático, frívolo o trivializado, que desvirtúe la esencia de los comités. Debe crearse una atmósfera de convencimiento, tanto de las autoridades administrativas de los hospitales, de los médicos que laboran en él y en general de todos los usuarios del centro hospitalario, para que vean en los comités una instancia de solución y mediación de sus conflictos.

El marco jurídico que regule a los comités hospitalarios de bioética deberá ser fruto de consensos alcanzados con las instituciones participativas. Se deberán tomar recomendaciones derivadas de foros internacionales, nacionales o regionales. Las normas jurídicas enfocadas a la bioética deberán cumplir con su función de integración social para asegurar su reconocimiento y aceptación.

X. BIBLIOGRAFÍA

ELIZARI BASTERRA, Francisco Javier, *Bioética*, Madrid, Ediciones Paulianas, 1991.

FRACAPANI DE CUITIÑO, Marta *et al.*, *Bioética: limitaciones en el tratamiento*, Buenos Aires, Lumen, 1997.

— — — — —, *Bioética: sus Instituciones*, Buenos Aires, Lumen, 1999.

GONZÁLEZ CAJAL, Jesús, *Manual de bioética clínica-práctica*, Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, 1997.

KUTHY PORTER, José *et al.*, *Temas actuales de bioética*, México, Porrúa, 1999.

MÉJICA, Juan *et al.*, *Bioética práctica: legislación y jurisprudencia*, Madrid, COLEX, 2000.

SGRECCIA, Elio, *Manual de bioética*, México, Diana, 1996.

Fuente:

Ingrid Brena Sesma. "Comités Hospitalarios de Bioética. Una propuesta para su regulación legal". En Ingrid Brena Sesma, *El derecho y la salud. Temas a reflexionar*. México: UNAM, 2004, pp. 143-158.

Una versión previa de este documento apareció en la revista de la Comisión Nacional de Bioética *Summa Bioética* 1.1 (2003): 43-50.