

ORIENTACIONES PARA COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA

Dr. Juan Pablo Beca I. Dr. Miguel Kottow L. 1996

PRESENTACIÓN

La diseminación de la Bioética y la capacitación de profesionales y técnicos de múltiples disciplinas constituye el objetivo central propuesto en la creación del Programa Regional de Bioética para América Latina de la Organización Panamericana de la Salud.

Cuando estamos próximos a cumplir nuestro segundo año de funcionamiento, el conjunto de actividades desarrolladas nos permite iniciar un nuevo esfuerzo con la publicación de la Serie Documentos que presentamos hoy con la edición de "Orientaciones para Comités de Ética Hospitalaria", elaborado por el Dr. Juan Pablo Beca, Consultor Nacional del Programa Regional de Bioética y Dr. Miguel Kottow, académico y bioeticista de la Universidad de Chile.

En forma simultánea circula además una edición especial del Seminario Taller Bioética e Investigación, realizado en la ciudad de La Habana, Cuba, en noviembre de 1995. En dicho documento se incluyen las principales ponencias, debates e intervenciones desarrolladas durante los tres días de la reunión, que entre sus principales acuerdos, destaca la necesidad de contar con apoyo técnico para el perfeccionemiento y puesta en marcha de los Comités de Ética Hospitalaria.

Sin duda, son estos pequeños avances los que profundizan el compromiso adquirido por el conjunto de profesionales y técnicos que integran el Programa Regional de Bioética. Sin embargo, este trabajo no tendría el impacto logrado sin la activa participación y colaboración permanente de tantos otros profesionales, investigadores y académicos que en sus respectivos países y a través de sus correspondientes espacios de trabajo, con los que estamos en constante interrelación, ampliando paulatinamente esta red que abarca los países de la Región y Caribe.

Dr. Julio Montt Momberg Director Programa Regional de Bioética

INTRODUCCIÓN

Los Comités de Ética Hospitalaria (CEH) se iniciaron, curiosamente, a petición de la Corte de Justicia que falló en el clásico caso de Karen Quinlan. Con anterioridad existió el comité que en Seattle decidía qué pacientes renales crónicos podían acceder a los limitados recursos para ser dializados. Poco después se produjo un enorme desarrollo, en casi todos los países, en la cantidad y en las características de los CEH. En Latinoamérica han sido pioneros los trabajos y experiencias de Tealdi y Mainetti (1,2). Sin embargo, la publicación de experiencias de comités en esta región ha sido escasa (3,4).

Los Comités de Ética Hospitalaria son grupos interdisciplinarios que se ocupan de las consultas, estudio, consejo y docencia frente a los dilemas éticos que surgen en la práctica de la atención médica hospitalaria. Se constituyen así en instancias o espacios de reflexión que buscan apoyar y orientar metódicamente, tanto a profesionales como a pacientes, en sus propias perspectivas.

Estos grupos surgen como una necesaria respuesta a los enormes cambios en conceptos de la atención en Salud, la introducción creciente de nueva y costosa tecnología, la complejidad de las decisiones clínicas y terapéuticas, la mayor participación de los pacientes, y a la búsqueda de formas de aplicar principios éticos en estas situaciones.

Los CEH han adquirido gran diversidad de acuerdo a las diferencias culturales, a las realidades locales y aún a las circunstancias concretas de cada lugar u hospital. Esto es por un lado necesario e inevitable, pero por otra parte ha contribuido a confundir el tema de los comités y a hacer imposible plantear una sola forma concreta, ideal o perfecta de constituir y de hacer funcionar un comité. Bajo su denominación puede haber grupos de trabajo muy variados que respondan, con eficiencia cambiante, a las realidades, necesidades y posibilidades locales. El esfuerzo debe estar entonces en perfeccionar lo propio, aprendiendo de la experiencia ajena que debe ser comunicada con claridad y honestidad.

Por esta razón ofrecemos en el presente documento algunas orientaciones más bien prácticas que ayuden a quienes constituyen comités con experiencia aún muy preliminar, y a muchos otros grupos que están intentando constituir CEH en sus lugares de trabajo. Pueden ser también útiles estas orientaciones para quienes, con mayor experiencia, están en vías de revisar y perfeccionar sus métodos y orientaciones en la labor de sus comités.

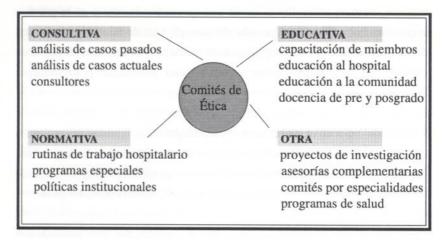
No se trata entonces de una guía o norma de cómo debe ser un CEH, sino más bien de proponer orientaciones basadas en la experiencia personal y local, enriquecidas con el aporte de experiencias, documentos y trabajos de otros autores.

Se presentan en este documento: los objetivos, constitución, institucionalidad, método o forma de trabajo y, finalmente, una propuesta con algunas recomendaciones prácticas.

Dr. Juan Pablo Beca I. Dr. Miguel Kottow L.

Santiago de Chile, Julio de 1996

FUNCIONES DE LOS COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA



Los objetivos que cumplen los Comités de Ética Hospitalaria (CEH) pueden ser amplios y variados. Varían de acuerdo a necesidades y criterios locales, a posibilidades y recursos humanos disponibles, a las acciones que se hubieran propuesto, y al grado de desarrollo que hayan alcanzado. Básicamente los CEH cumplen funciones **consultivas**, **educativas y normativas**. En cada una de estas funciones se producen diferentes etapas de desarrollo (1).

Las funciones consultivas o de consultoría cumplen con la necesidad de analizar en profundidad los aspectos o conflictos éticos de casos clínicos que han suscitado dudas entre los médicos tratantes, el personal de enfermería o los propios pacientes o sus familias. Es la base de las tareas de un CEH y su razón de ser desde el punto de vista de la necesidad de solucionar los conflictos éticos de la práctica médica. El análisis lleva a formular recomendaciones que buscan fundamentar mejor las decisiones que se deben tomar en situaciones difíciles o conflictivas.

El estudio de casos puede hacerse en base a situaciones ya solucionadas, a hechos actuales de mayor o menor urgencia, y a casos que por su significación o similitud con otros se pueden considerar paradigmáticos.

La función consultiva de los CEH puede llegar a ser muy amplia y, consecuentemente, analizar todos los casos de una institución resultará en la práctica imposible. Por esta razón el sentido de asesoría a las decisiones de casos con dilemas ético-clínicos se cumple también mediante la consulta a un miembro del comité que actúa como asesor o interconsultor, informando posteriormente al comité.

La función educativa se refiere en primer lugar a la necesidad de formación en Bioética y capacitación de los propios miembros del comité. Es responsabilidad de los CEH ofrecer instancias educativas en Bioética al conjunto de médicos, profesionales de colaboración y todo el personal de un hospital.

En el caso de los hospitales docentes, los CEH deben tener una participación activa en los programas de educación en Bioética de los estudiantes, particularmente en su aplicación a la clínica.

Finalmente existe también una función educativa a la comunidad, la cual se puede ejercer a través de variadas actividades o programas.

La función normativa de los CEH puede ser menos relevante cuando se trata de comités a nivel de un servicio clínico, que en los comités que representan a todo un hospital. Sin embargo, es ineludible que después del análisis de casos similares, de condiciones que se repiten, o del análisis de cierto número de casos de la misma naturaleza se planteen sugerencias de cambios o modificaciones en la forma de trabajo.

A modo de ejemplo, muchos CEH han sugerido mejorar condiciones de horarios de visitas, facilidades para el contacto de pacientes terminales con sus familias, modos de personalizar más la atención, mejorías en la información a los pacientes, etc. después de tomar conciencia de condiciones que facilitan o agravan conflictos éticos. Otros comités recomiendan pautas o guías para que los médicos residentes reconozcan y formulen aspectos o problemas éticos de los casos a su cuidado para que sean analizados por consultores en ética clínica o bien presentados para su estudio en un CEH.

Los comités pueden asumir funciones normativas más complejas participando, a petición de autoridades institucionales, en la formulación de políticas o programas locales tales como programas de trasplantes, fertilización asistida, rehabilitación, introducción de nuevas tecnologías, y otros.

A estas tres funciones básicas se agregan **otras funciones de los CEH** que las puedan asumir por si mismos, a falta de otras instancias, o colaborando con otros organismos o grupos de trabajo.

En primer lugar los CEH pueden asumir funciones de análisis ético de los proyectos de investigación de sus respectivos hospitales. El análisis de proyectos de investigación se realiza en muchos hospitales, especialmente en centros universitarios, por comités especiales de Ética de la Investigación, aplicando criterios, formas de trabajo y métodos de análisis que son diferentes a los necesarios para la discusión o reflexión de casos clínicos. Sin embargo, en la práctica los CEH se ven enfrentados con alguna frecuencia a solicitudes de aprobación de proyectos de investigación. Es posible que algunos comités, una vez que hubieran alcanzado mayor experiencia, puedan asumir esta función en forma más estable. En las etapas iniciales de los CEH es preferible no asumir este objetivo y recomendar el análisis de los proyectos de investigación a comités independientes, sean de la misma o de otras instituciones hospitalarias o científicas.

En otras circunstancias se pueden constituir Comités de Ética Institucionales que a nivel de hospital, de un Servicio de Salud o de un Ministerio estudien problemas específicos y propongan políticas institucionales o nacionales según sea el caso.

También, de acuerdo a las realidades y necesidades locales, puede haber Comités de Ética propios de un servicio clínico o de una especialidad, como es el caso de comités en servicio de oncología, cuidado intensivo, neonatología, pediatría, unidades de trasplantes y otros.

Los problemas relacionados con la negligencia o mala práctica profesional, los problemas gremiales, y los conflictos interpersonales constituyen situaciones que pueden ser frecuentes e importantes y frente a las cuales los CEH deben

encontrar su solución en otras instancias. El carácter consultivo, educativo y normativo de los CEH quedaría seriamente entorpecido si se asumen estas funciones. De hecho muchos CEH han caído en confusión de funciones y aún en desprestigio cuando han asumido funciones contraloras del trabajo profesional o de arbitraje entre personas.

Como ya se ha planteado, las funciones de los CEH pueden variar en cada realidad, pero cada uno de ellos debe precisar sus propios objetivos en sus respectivas realidades y etapas de desarrollo. Asumir todo puede llevar a una confusión de funciones que limita la eficiencia, impide evaluar su labor y termina por frustrar a los miembros de los CEH.

CONSTITUCIÓN DE LOS C.E.H.

MIEMBROS:

PERMANENTES (6-10) INVITADOS AD-HOC CARÁCTER MULTIDISCIPLINARIO

- MÉDICOS
- PROFESIONALES DE LA SALUD NO MÉDICOS
- TRABAJADORES SOCIALES
- ABOGADOS
- MINISTROS RELIGIOSOS
- ADMINISTRATIVOS
- REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD

REGLAMENTACIÓN:

RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL

- REGLAMENTO DEL HOSPITAL
- RECURSOS PARA TRABAJO DEL C.E.H.

REGLAMENTO INTERNO

- FRECUENCIA DE REUNIONES

- SESIONES DE EMERGENCIA

- CRITERIOS Y FORMAS DE CONVOCATORIA
- TIPO DE REUNIONES: CAPACITACIÓN CASOS PASADOS

CASOS NUEVOS

- OTRAS
- QUÓRUM
- DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES Y TRABAJO

Si bien los Comités de Ética Hospitalaria se conciben como necesariamente multiprofesionales, este ideal es difícil de ser alcanzado en sus etapas iniciales de desarrollo. La mayoría de ellos ha comenzado su labor como un grupo reducido de profesionales de la Salud interesados en Bioética, o guiados por alguien

con mayor formación en esta área, que se ha organizado para cumplir funciones de consultoría y estudio. A medida que se logra más experiencia y conocimiento se van incorporando nuevos y más variados miembros y se va formalizando y reglamentando más el funcionamiento de los comités.

Los miembros ideales de los CEH incluyen profesionales médicos y de enfermería, trabajadores sociales, abogados, filósofos, teólogos y posiblemente antropólogos o sociólogos (2,4). La incorporación de representantes de la comunidad tiene especial importancia e interés en el aporte de una visión que representa o que se acerca a la de los pacientes (3). A estos miembros se agrega la participación, permanente o esporádica, de especialistas como neurólogos, intensivistas, cardiólogos u otros que aportan la visión y experiencia de sus propias especialidades. Puede ser discutible la participación de autoridades económicas o administrativas de los hospitales pues ellos pueden limitar la libertad necesaria en la discusión o bien defender intereses institucionales competitivos con los del paciente o del médico tratante.

La enumeración anterior lleva a un elevado número de miembros de los CEH, lo que produce poca agilidad y una inevitable burocratización de su labor. Se ha establecido que el número de miembros debiera ser entre 6 y 10 personas, con un mínimo de 5 miembros para asegurar una reflexión grupal con enfoques y perspectivas diversas. Un número demasiado pequeño puede llevar a que se establezca una "mentalidad de grupo" que excluya otras visiones, y un número demasiado elevado lleva a discusiones que difícilmente conducen a conclusiones rápidas. La representación de profesionales de diferentes estamentos o servicios clínicos de un hospital tiene la ventaja de que ellos llegan a constituir un vínculo positivo entre el CEH y las diferentes actividades o programas del establecimiento. Cuando el número de miembros es elevado puede ser necesario distinguir entre miembros permanentes y miembros invitados ad-hoc de acuerdo a sus especialidades o a los temas que se traten. De cualquier manera es aconsejable mantener cierto número de miembros médicos, lo que en general se recomienda debe ser del orden de la mitad de sus integrantes.

Los CEH necesitan, para su buen funcionamiento, alguna forma de **reconocimiento institucional** y de reglamentación de su quehacer. Es igualmente conveniente que tengan una definición de su existencia formal y de su dependencia dentro del organigrama institucional. Las maneras de lograr esta "institucionalización" de los comités varía en distintas experiencias, sin que exista un estilo universal (5). Serán los propios CEH, a medida que alcancen mayor claridad de sus objetivos, mayor experiencia y mayor número de miembros, quienes establezcan sus reglamentos o estatutos. Una excesiva reglamentación suele producir trabas burocráticas para su mejor funcionamiento, a la vez que la falta de formalidades lleva a menor valoración y al posible desprestigio de los CEH. Por otra parte el reconocimiento institucional debe traducirse en facilidades, recursos y formas de remuneración o de compensación de tiempo, para que los CEH y sus miembros ejerzan adecuadamente sus funciones.

Aunque la reglamentación fuera mínima o inexistente, los comités deben trabajar en forma ordenada y sistemática. Una primera manera de lograrlo es que después de cada reunión se escriban actas resumidas de los temas tratados y de las conclusiones o recomendaciones que de ellas surgen. Esta sencilla tarea permite, además de ordenar las reuniones y el trabajo del CEH, revisar retrospectivamente los casos tratados, transmitir la experiencia a nuevos miembros del CEH, reunir casos similares y estudiar con más profundidad sus temas comunes, p.ej.: suspensiones de tratamientos, órdenes de no resucitar u otros. La regularidad y periodicidad de las reuniones, así como la proporción de ellas que se destine a capacitación, análisis de casos pasados, y a análisis de casos nuevos debe ser establecida con claridad.

La **reglamentación** es, sin embargo, indispensable y ella debe surgir del propio comité, con el debido reconocimiento de las autoridades institucionales. El reglamento debe ser claro y a la vez flexible, estableciendo sus objetivos precisos, la frecuencia, tipo y quórum de las sesiones, formas de convocar al comité, distribución de funciones o la existencia de sub-comités, sistema de registro de sus actividades, y otras formalidades que se estime necesarias.

Parte importante de la constitución de los Comités de Ética Hospitalaria es precisar desde el comienzo sistemas de capacitación para sus miembros. La base es la actitud personal de que cada uno asuma un compromiso de autoformación mediante la lectura de publicaciones de Bioética y la asistencia

a cursos o congresos de la disciplina. Al menos uno o dos miembros de cada CEH debiera adquirir una formación más especializada a través de estudios formales de Bioética que le capaciten para ofrecer consultoría y análisis más profundo de los casos, asumir más responsabilidades educativas y proponer normativas con mayor fundamento ético. Las alternativas de capacitación son numerosas y su detalle escapa a los propósitos de estas orientaciones.

Con frecuencia se señala la duda o conflicto de si un comité determinado debe capacitarse antes de comenzar a asumir funciones consultivas o educativas, o si debe asumirlas desde el inicio de su constitución como CEH. La discusión es en parte innecesaria si, con realismo y humildad, el comité inicia simultáneamente ambos procesos. No podrá aconsejar mientras no adquiera experiencia y conocimientos, pero no llegará nunca a un nivel alto de conocimientos si no se capacita continuamente, motivado por la necesidad de los temas que debe resolver. La discusión de casos, junto al estudio sistemático y continuo, son la mejor forma de capacitación que puede tener un comité.

Finalmente, también como parte de la constitución o reglamentación de un CEH, es conveniente considerar la necesidad de establecer formas de **intercambio de experiencias** con otros comités, sea en la misma región o país, o a nivel internacional. Hay muchas experiencias locales valiosas que por razones diversas no se han comunicado a otros grupos interesados. Puede haber un valioso efecto multiplicador en el intercambio de experiencias que reporten sobre la estructura, forma de trabajo, métodos y casuísticas de los CEH. Igualmente importante puede ser que un CEH reciba asesoría temporal o permanente de algún especialista o asesor de otra institución hospitalaria o universitaria.

MÉTODOS

Para cumplir sus objetivos con la mayor rigurosidad y objetividad posibles, evitando el mero intuicionismo, la improvisación o el excesivo sesgo propio de una mentalidad de grupo, se hace necesario que los CEH adopten un método sistemático de trabajo (6). Más aún, cada función asumida por un comité debería tener su propia forma o método de trabajo. Es decir, habrá una manera de cumplir con las funciones de consultoría, otra para asumir los objetivos docentes y otra para cumplir funciones normativas. Y si el CEH se responsabiliza de la revisión de proyectos de investigación, la metodología será la propia de ese tipo de tareas.

Las funciones de consultoría se cumplen a través del análisis y discusión de casos clínicos que presentan dudas o dilemas éticos para su resolución. En primer lugar se debe establecer el mecanismo o forma en la cual un determinado caso puede llegar a ser analizado en un CEH. Puede llegar un caso a un CEH a petición del médico tratante, de un jefe de servicio clínico, o a petición del paciente o de sus representantes. Pero es también común que los casos sean llevados al CEH por petición de personal de enfermería, de especialistas involucrados en su cuidado o de los médicos residentes. Es aconsejable no excluir ninguno de estos caminos y, si los casos fueran muy frecuentes, seleccionarlos mediante el análisis previo por parte de uno de los miembros del comité. Este análisis previo puede transformarse en una modalidad de consultoría en ética clínica que puede dar recomendaciones que respondan apropiadamente a las inquietudes de los consultantes. Como ya se ha dicho es importante en estas situaciones llevar de todos modos un acta o registro de las consultas, y dar cuenta de ellas al CEH en alguna de las sesiones posteriores.

Se ha propuesto que el **análisis de casos clínicos** se realice siguiendo un orden esquemático similar al que se emplea en el análisis de una discusión de diagnóstico diferencial. Se han recomendado métodos y pautas para este análisis (4,6,7,8,9), todas la cuales tienen en común, simplificadamente, el siguiente orden:

- Historia clínica, diagnóstico y su fundamento.
- Antecedentes sociales y circunstanciales que rodean el caso.
- Opinión del paciente o de sus representantes.
- Dudas planteadas por quienes solicitaron su discusión en el CEH.
- · Alternativas o cursos de acción posibles.
- Pronóstico o evolución probable ante cada alternativa.
- Intento de definición del mejor interés del paciente.
- Descripción de los aspectos o principios éticos involucrados en las diferentes alternativas.
- "Recomendaciones del CEH", escritas en la ficha del paciente, definiendo las conductas que respeten en forma más completa y equilibrada los principios éticos.
- Especificación de los fundamentos éticos de las recomendaciones del CEH.

Las funciones docentes de los CEH tienen el riesgo de postergarse y de no cumplirse adecuadamente si el CEH no define su actividad docente a través de un programa anual. Este debe contemplar actividades de autoformación, estudio sistemático en común, y asistencia de sus miembros a actividades formales de capacitación en Bioética. Para cumplir funciones docentes hacia el hospital es recomendable programar, entre las reuniones habituales de los servicios, reuniones en las cuales se discuta casos con dilemas ético-clínicos. Otra forma valiosa de sensibilizar a los profesionales de la Salud, tanto médicos como de colaboración, es invitarles a participar en las reuniones del CEH en las cuales se discuten los casos a su cargo. Por último, los CEH educan a la comunidad

profesional al presentar casos o sus experiencias en forma más elaborada en cursos y congresos de las respectivas especialidades clínicas. En etapas más avanzadas los CEH cumplen con sus objetivos educativos mediante publicaciones en revistas, boletines o en hojas informativas propias.

Las funciones normativas de los CEH son, en general, asumidas por comités que ya han adquirido experiencia, prestigio e idoneidad. Algunas recomendaciones o modificaciones de rutinas hospitalarias pueden ser sugeridas cuando ellas se descubren como necesidades al analizar casos individuales o una serie de casos similares. Otras veces los CEH son consultados por autoridades administrativas de los hospitales o por comisiones nacionales o legislativas. En estas situaciones los comités deben realizar un estudio acabado del tema respectivo, revisar literatura, códigos y legislaciones, analizarlos a la luz de la propia experiencia, y luego proponer una o varias alternativas que respeten los principios éticos. Para llegar a estas recomendaciones, se puede integrar al estudio y análisis a expertos o especialistas ajenos al CEH. Es importante que los comités, cuando hayan hecho recomendaciones, busquen formas de seguimiento que permitan evaluar su aplicación y reformular las recomendaciones cuando corresponda.

Para **otras funciones**, particularmente para el análisis de proyectos de investigación, los métodos de análisis son diferentes y los miembros de los CEH deben capacitarse en ellos si deciden asumir este rol (10).

TIPO DE PROBLEMAS

Entre los problemas clínicos más consultados a los CEH, figuran los relacionados con el inicio y el final de la vida, con el cuidado intensivo, el uso de tecnología de alto costo, y problemas propios de la atención ambulatoria. Se plantean así problemas o situaciones ético-clínicas con difíciles interrogantes tales como:

- Continuar o no tratamientos en enfermos de mal pronóstico.
- · Dar o no de alta a pacientes terminales.
- Establecer la proporcionalidad de ciertos tratamientos en circunstancias especiales.
- Decidir la extensión de las medidas paliativas.
- Establecer órdenes de no resucitar.
- · Suspender ventilación mecánica.
- Cuánto y cómo informar al paciente sobre su condición y pronóstico.
- Cómo y cuándo solicitar órganos para trasplantes.
- Asuntos propios de la asignación de recursos limitados.
- Problemas de consentimiento informado en proyectos de investigación.

Cada uno de estos problemas, con la particularidad de cada caso concreto, enfrenta al médico o equipo profesional tratante a difíciles decisiones cuya resolución hace necesario tomar en cuenta distintos puntos de vista. Se requieren profundas reflexiones que tomen conciencia y consideren los intereses y valores del paciente, de la comunidad, y de la propia institución, respetando armónicamente los principios éticos que se comprometen en estas situaciones.

Los problemas normativos que pueden ser consultados a los CEH son igual-

mente variados, siendo los más importantes los que se refieren al establecimiento de nuevas tecnologías y programas, los relacionados con asignación de recursos, y los que plantean las exigencias legislativas y administrativas. Ante estos problemas los CEH sólo asesoran a las instancias administrativas llamadas a dictar normas.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES

No cabe duda que los CEH constituyen actualmente una necesidad y un valioso aporte en la búsqueda de mejores condiciones de funcionamiento de los hospitales. Sin embargo, estos comités encuentran algunas limitaciones y dificultades, de las cuales es conveniente tener conciencia para evitarlas, aminorarlas y encontrarles solución.

En las etapas iniciales de los CEH resulta difícil conformar un grupo interdisciplinario equilibrado, y es también difícil encontrar un miembro que represente adecuadamente a la comunidad.

Puede ser difícil adquirir una continuidad del trabajo del CEH, particularmente si no se cuenta con recursos y facilidades materiales y horarias para ello. Esto contribuye a que el grupo sea muy reducido, tenga demasiado sesgo como criterios pre-establecidos del grupo, y finalmente disminuya el número de casos presentados para su análisis.

Una dificultad frecuente es poder alcanzar un equilibrio entre la necesaria capacitación de los miembros, o la especialización de algunos de ellos en Bioética, y la urgente necesidad de asumir las funciones consultivas y normativas. Se corre aquí el riesgo, en algunos CEH, de la improvisación con poca rigurosidad y escasa fundamentación en sus recomendaciones. En otros casos el riesgo estará en esperar adquirir erudición antes de llegar a ser un grupo que aporte efectivamente al mejor cuidado de los pacientes de un determinado hospital.

Es posible que los CEH lleguen a ser demasiado estructurados, con dependencia de las autoridades institucionales, perdiendo independencia y libertad de análisis de casos y situaciones. También puede ocurrir que el comité sea considerado por médicos y demás profesionales de un hospital como una instancia demasiado lenta que dificulta las decisiones, o que se perciba como una forma de auditoría o de control del trabajo profesional.

Se ha mencionado como desventajas o limitaciones de los CEH el hecho de que pueden ejercer demasiada presión sobre profesionales, pacientes o familiares, que pueden violar la confidencialidad de algunas condiciones clínicas, y que pueden diluir la responsabilidad de las decisiones de los médicos tratantes o especialistas (11).

Las dificultades mencionadas son reales, relativamente frecuentes y han contribuido al fracaso de muchos CEH, porque no fueron evitadas o solucionadas oportunamente.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

Para concluir nos permitimos formular algunas recomendaciones prácticas para quienes están en la etapa de organizar o de consolidar sus respectivos Comités de Ética Hospitalaria:

- Definir sus propios objetivos y funciones, de acuerdo a las necesidades locales de cada hospital.
- Establecer el número y calidad inicial de los miembros del Comité, de acuerdo a la factibilidad de cada caso, intentando siempre llegar a constituir un grupo multidisciplinario con algún representante de la comunidad.
- Organizar formas de capacitación continua de los miembros del CEH, otorgando además las facilidades para que algunos de sus miembros alcancen una especialización más profunda y formal.
- Establecer una forma de trabajo sistemático, con periodicidad y reglamentación de reuniones, precisando los métodos de estudio y análisis de los casos que se presenten al Comité.
- Definir los criterios de selección y formas de solicitud de los casos que revisa el CEH, de acuerdo a la etapa de desarrollo del mismo y a las necesidades y realidades locales.
- Registrar la experiencia del CEH, evaluar periódicamente sus actividades, métodos y criterios. Comunicar esta experiencia a los profesionales del mismo hospital y a otros CEH.
- Precisar con las autoridades institucionales la inserción del Comité en la organización del hospital, y obtener los recursos necesarios para el desarrollo de sus funciones.