

<https://doi.org/10.32735/S2735-61752021000183224>

IMPLEMENTACIÓN DE UN COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE SALUD DE CHILE*

IMPLEMENTATION OF A CARE ETHICS COMMITTEE IN A HEALTH SERVICE IN CHILE

Gina Brun Mautino, María Julia Calvo Gil & Cristina Torres Andrade¹

ginabrun@gmail.com – mcalvo2@uach.cl – mtorres1@uach.cl

Universidad Austral de Chile

Valdivia, Chile

RESUMEN

Los problemas éticos en medicina son cada vez más frecuentes, generando la necesidad de establecer Comités de Ética Asistencial (C.E.A.) capaces de asesorar a pacientes, tutores legales, equipos de salud y/o autoridades sanitarias. Adicionalmente las leyes chilenas 19.966 y 20.584 obligan su existencia. Considerando lo anterior, el Servicio de Salud Valdivia crea un C.E.A. para prestadores de salud públicos y privados que deseen tener acceso a uno. Metodología: Tras revisión bibliográfica, se crea el C.E.A. utilizando gestión basado en procesos. Los 3 procesos principales son: Consultoría de casos clínicos, capacitación y otro orientado a minimizar la ocurrencia de problemas éticos, más 4 procesos de apoyo: Selección de recurso humano, habilitación física, administrativa y difusión. Resultados: se elaboraron mapas de procesos involucrados favoreciendo la comprensión del trabajo; en consultorías se crearon formularios de presentación de casos clínicos y formatos de respuesta; se eligió un método descriptivo deliberativo para abordar cada caso clínico. En capacitación, se capacita a integrantes del C.E.A. y a delegados de ética de establecimientos de salud, culminando con 52 certificaciones; adicionalmente se realizaron charlas al Consejo Integrado de la Red Asistencial y Consejo Ciudadano Asesor. Problemas presentados: dificultad de participación de miembros del C.E.A., especialmente del representante de la comunidad y escasos casos clínicos presentados. Conclusiones: 1) Los C.E.A. son una necesidad latente, 2) Se requiere una cultura ética clínica que sostenga la necesidad de los C.E.A., 3) Utilización de elementos de la gestión basada en procesos enriquece organizaciones como un Comité de Ética Asistencial.

Palabras clave: Comité de Ética Asistencial; ética; implementación del Comité de Ética Asistencial.

ABSTRACT

Ethical issues in the practice of medicine have increased continuously, in consequence, Health Care Ethics Committees (HCEC) have been developed, being capable of advice patients, legal tutors, health teams and / or health authorities in these topics. Moreover, Chilean laws 19,966 and 20,584 demand for its constitution. In consequence, Valdivia's Health Service had to

* Artículo recibido el 3 de diciembre de 2020; aceptado el 14 de abril de 2021.

¹ Gina Brun es médico familiar del Subdepartamento de Atención Primaria de Salud (APS) del Servicio de Salud Valdivia; adscrita al Instituto de Salud Pública de la Universidad Austral de Valdivia (UACH). María Julia Calvo es enfermera, obstetra y docente adscrita al Instituto de Enfermería de la UACH. Cristina Torres es enfermera, obstetra y Magíster en Desarrollo Rural; adscrita al Instituto de Salud Pública de la UACH. Todas vinculadas a la Facultad de Medicina de la UACH, Escuela de Postgrado.

implement a HCEC for public and private health providers that could need it. Methodology: HCEC is established after a bibliography review and applying process-based management. Included main processes are clinical cases consultancy, training and assessment of ethical issues preventing unwanted events. Results: Process maps were developed improving job understanding. Also, clinical case presentation and answer forms were designed for consultancies. Clinical cases were addressed by a deliberative descriptive method. HCEC members and ethic delegates from health centers were trained getting 52 certifications. In addition, lectures to Integrated Council of Assistance Network and Citizen Advisory Council were done. Different issues were identified as low involvement of HCEC members, particularly the community representative, even more, few clinical were submitted. Conclusion: 1) HCEC are needed for clinical practice, 2) Ethic culture in health issues is necessary for maintaining HCEC, 3) Different aspects of process-based management could enhance organizations such as HCEC.

Keywords: Ethics Committee; ethics; implementation of Health Care Ethics Committees.

Introducción y marco teórico

En diversas partes del mundo autores, tales como Bravo (2012, p244-252), Castillo (2012, pp. 91-117), entre otros, describen la creciente aparición de problemas éticos a la hora de tomar decisiones en el ejercicio de la medicina. Ello ha sido consecuencia, por una parte, de una mayor información biomédica y el avance a múltiples posibilidades diagnóstico-terapéuticas, y por otra, al cambio en la relación profesional y usuario, que deja de ser paternalista para dar paso a la deliberación en un contexto social cada vez más complejo. Esto ha generado la creciente necesidad de establecer grupos de personas capaces de asesorar en su discernimiento a pacientes, tutores legales, equipos de salud y/o autoridades sanitarias, los que han recibido el nombre de Comités de Ética Asistencial (C.E.A.).

En Chile, como una forma de favorecer la atención centrada en el paciente y relevar su dignidad, se promulgó el año 2004 la Ley de Garantías Explícitas en Salud, donde el estándar de acreditación de establecimientos de salud cuenta entre sus requisitos que el prestador tenga a disposición un C.E.A. Posteriormente la Ley 20.584, de Derechos y Deberes de los Pacientes, en reiterados artículos expone la obligatoriedad de la existencia de un C.E.A. ya sea, como parte de los establecimientos sanitarios o estando disponible para ellos. En ambas leyes se tensiona al sistema sanitario a tener a su alcance estos comités para el apoyo en la solución de problemas ético suscitados de la relación paciente-equipo de salud.

La Región de Los Ríos, en 1994 creó el C.E.A. del Hospital Clínico Regional, para conflictos éticos que identifican pacientes, familiares o funcionarios, originados en el propio establecimiento. Los restantes 8 hospitales de baja complejidad y los 17 consultorios que forman la red asistencial pública del Servicio de Salud Valdivia no contaban con acceso a un C.E.A. Tras consultas realizadas a profesionales de la salud de algunos de estos establecimientos, se concluyó la necesidad de crear un C.E.A. al cual puedan tener acceso.

Como proyecto de tesis para postular a Magister en Ciencias de la Salud con Mención en Gestión Clínica, se presentan aspectos relevantes de lo que fue la implementación del C.E.A. en la Dirección de Servicio de Salud, el cual quedó a disposición de los establecimientos de salud regional que no contaban con uno propio y se extendió a privados que deseen tener acceso a uno. Se espera que esta experiencia sirva a otros equipos de salud a lo largo del país.

Metodología

Para la planificación y creación del C.E.A., se realizó una revisión bibliográfica sobre Bioética y características de Comités de Bioética Asistencial, de forma tal de conocer los aspectos legales,

técnicos, administrativos y prácticos. Ocupando elementos de la gestión por procesos y el material revisado, se identificó 3 procesos principales y 4 procesos de apoyo:

I. Procesos Principales: los tres procesos principales están establecidos por la Ley 20.584 como las 3 funciones del C.E.A. Se les identificó las puertas de entrada, las tareas internas y los productos finales, según se detallan a continuación:

a) Primer Proceso de Consultoría de Casos Clínicos: Consiste en la revisión de casos clínicos con problema ético identificados, enviados para revisión y deliberación, concluye con una recomendación enviada al solicitante y a su expediente clínico. Se dibujó el proceso y se complementó con 3 formularios de derivación (derivación por equipo de salud desde atención primaria, otro desde hospitales de baja complejidad y otro para presentación de casos por un paciente, familiar y/o tercero), considerando las particularidades de información en cada caso. Adicionalmente se implementó un formato de respuesta desde el C.E.A. al consultante.

Para la revisión de casos, se optó por un método descriptivo y deliberativo, ya que reúne una visión más completa de la problemática. Este se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 1*Partes, componentes y observaciones.*

Partes	Componentes y Observaciones
I.- Presentación de un caso clínico	En documento escrito
II.-Instancia de preguntas que complementen la historia	Presencial, por e-mails, por videoconferencia, por oficio, etc.
III.- Espacio de deliberación	a) Identificar los valores involucrados y el posible conflicto entre ellos, de forma tal de levantar un problema a discutir.
	b) Determinar posibles cursos de acción para el problema identificado, primero los más extremos y posteriormente los intermedios.
	c) Analizar curso de acción óptimo desde la mirada principialista y la jerarquización de sus principios básicos; donde la ética de máximos o bien público incluye No maleficencia y Justicia, en contraste de la ética de mínimos o particular que contempla Beneficencia y Autonomía.
IV.-Evaluar las consecuencias potenciales del curso escogido	Considerando el contexto del caso.
V.-En casos en que algunos principios se vean vulnerados en pro de otro, esto deberá ser debidamente justificado.	No se puede dejar de señalar que la factibilidad de realizar uno u otro camino a seguir debe ser debidamente argumentada.
VI.-Se elabora la recomendación final	
VII.-Posteriormente esta recomendación final debe pasar por la prueba de consistencia	a) Legalidad, ¿La recomendación se ajusta al marco jurídico existente?
	b) Publicidad, ¿Se está dispuesto a defender la postura públicamente?

Fuente: elaboración propia.

b) Un segundo proceso de Capacitación: Donde se consultó por educación en bioética; posteriormente se capacitó e informó sobre bioética tanto a los integrantes del propio comité, como a personas externas: Personal sanitario de establecimientos públicos, a la comunidad y a autoridades sanitarias. Y un tercer proceso:

c) Orientado a minimizar la ocurrencia de problemas éticos: este proceso surge de problemas éticos más frecuentes en la práctica clínica y que consultan en el C.E.A. Se revisa bibliografía relevante en la materia, se elaboran y consensuan guías que eviten o minimicen ocurrencias de problemas éticos en la red asistencial local.

II. Procesos de apoyo: cuya finalidad es permitir que los procesos principales se puedan llevar a cabo.

1) Selección del recurso humano para el C.E.A.: se intencionó la multidisciplinariedad y 9 integrantes, procurando lo solicitado en el decreto 62 de la Ley 20.584.

Se invitó a participar a funcionarios de la Dirección de Servicio, hospitales y consultorios a los siguientes profesionales: 1 Abogado, 3 médicos, 1 matrona, 1 enfermera, 1 kinesiólogo, 1 asistente social y además un filósofo como representante de la comunidad; todos accedieron de forma voluntaria. Se consideraron las habilidades blandas que favorecieran el tipo de trabajo a realizar: Discreción, capacidad de diálogo y deliberación, que desearan integrar el C.E.A. y que estuvieran capacitados en la materia o con el deseo de capacitarse en el corto plazo.

2) **Habilitación física del C.E.A.:** no fue factible considerar espacios exclusivos para el funcionamiento del C.E.A., cada integrante usó sus lugares de trabajo para el apoyo al comité y las sesiones se realizaron en salas de reuniones o auditorios del Servicio de Salud. Por otro lado, la información sensible que contenía cada caso clínico obligó a disponer de un espacio protegido con llave para su archivo.

3) **Habilitación administrativa:** Se creó el reglamento interno que detalló las funciones del comité y de sus integrantes, características de sus miembros y forma de seleccionarlos, periodicidad de reuniones, entre otras. Además, se estableció la forma de registro de la correspondencia de entrada y de salida, así como los casos analizados. Se creó un e-mail institucional para el Comité, el cual es considerado una vía de comunicación formal.

4) **Estrategias de difusión sobre el Comité:** Clasificables en dos sencillas estrategias:

- **Generales:** Se creó un banner con información relevante del C.E.A. para difusión en página web de la institución.
- **Dirigidas:** Se invitó a adscribirse al comité a todos los establecimientos públicos de salud del territorio, se realizó una charla informativa en Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA) y otra a integrantes del Consejo Ciudadano Asesor.

Resultados y Análisis

Procesos Principales

Recogiendo elementos de la gestión basada en procesos, para el C.E.A. se identificaron tres procesos fundamentales, funciones descritas en la Ley 20.584. A cada proceso se le identificó una entrada, las tareas que se llevan a cabo dentro del Comité y su salida, creando el mapa de procesos de acuerdo a orientaciones descritas por Bravo (Bravo, 2013, pp. 125-142). Esto permitió un mejor entendimiento del C.E.A. y favoreció su gestión. El mapa es representado en la figura 1:

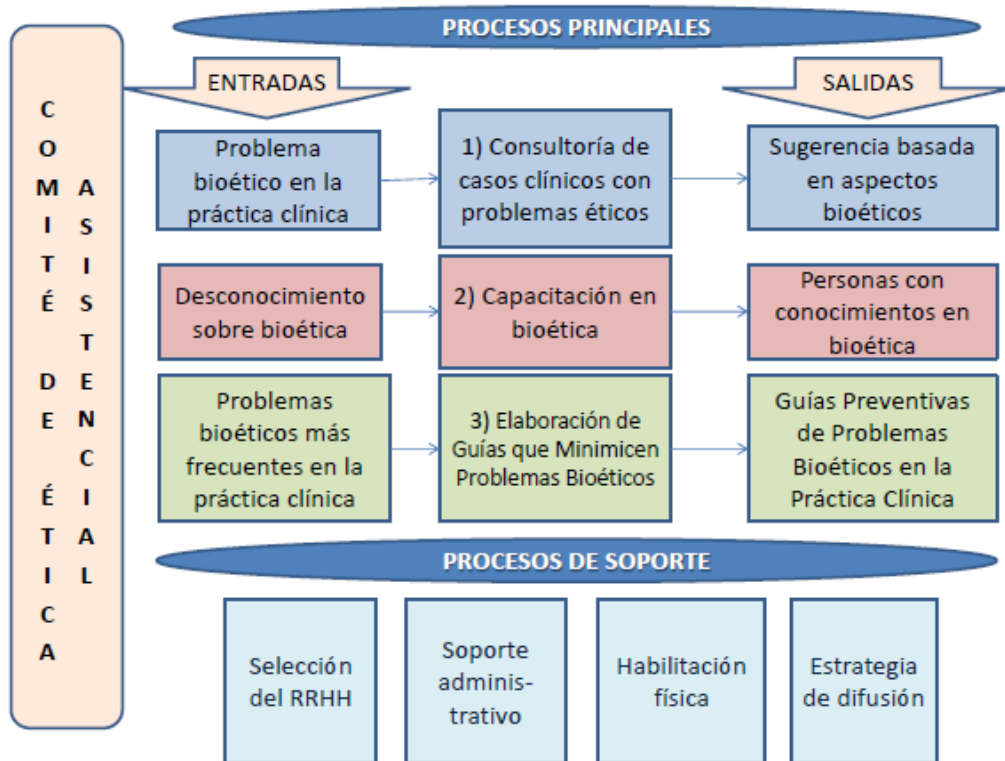


Figura 1. Mapa de Procesos del Comité de Ética Asistencial del Servicio de Salud. Fuente: elaboración propia.

Para el Proceso de Consultoría de Casos Clínicos, se creó un mapa del proceso, el cual fue difundido a autoridades, equipos clínicos y representantes de la comunidad, el cual se muestra en la figura 2. Con ello, tanto las personas del C.E.A. como las personas fuera de él, conocieron las tareas que se debían realizar disminuyendo las interrogantes e incertidumbre al respecto.

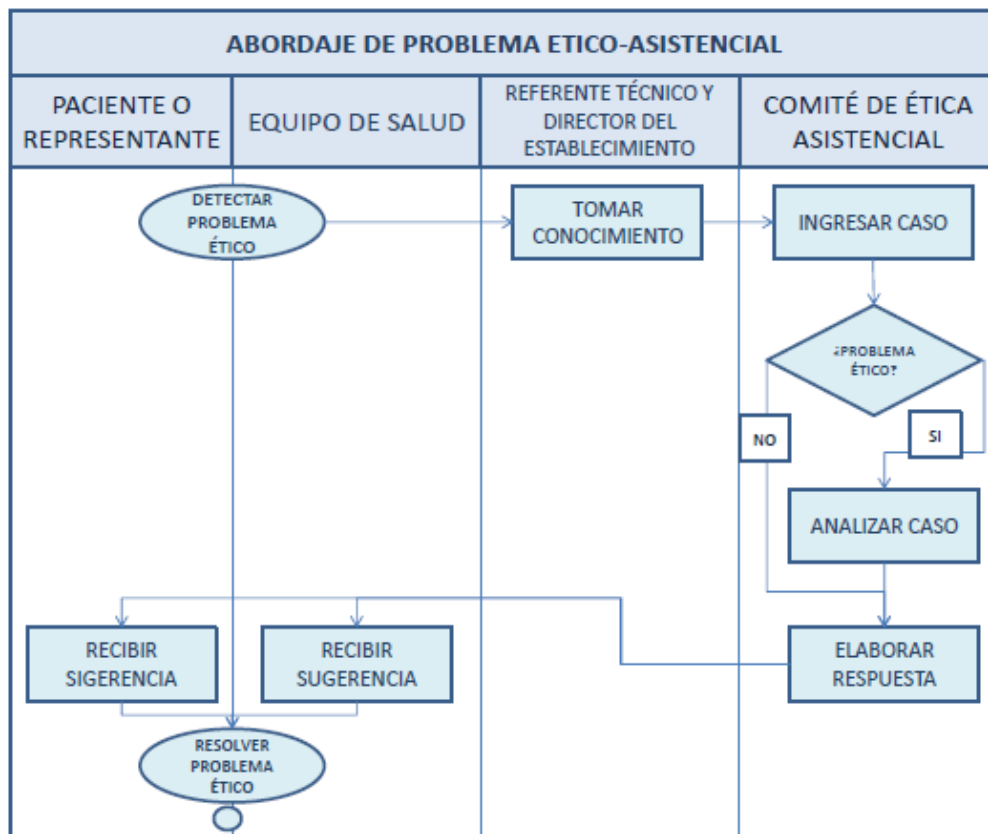


Figura 2. Mapa de Proceso consultoría de caso clínico del Comité de Ética Asistencial del Servicio de Salud. Fuente: elaboración propia.

DIBUJO	SIGNIFICADO
	Inicio o fin del Proceso
	Actividades a realizar dentro del proceso
	Tomar una decisión dentro del proceso
	Conexión con otros procesos

Además, se elaboraron 3 formularios de presentación de casos, según origen de la derivación, lo que permitió identificar características propias del paciente y el contexto del problema ético identificado. Cuando el caso es presentado por personas ajenas al área de la salud, el formulario no obligaba a describir diagnósticos ni términos clínicos, haciendo más amigable su uso.

Tras revisar la literatura, se vio la necesidad de sistematizar el abordaje de cada caso clínico que consulta. Tal como Anguita recoge de J. Álvarez, es necesario responder inicialmente las siguientes interrogantes: a) ¿qué preguntan?, ya que es la causa de consulta b) ¿por qué nos los preguntan? y c) ¿para qué nos los preguntan? Esto permite reconocer el conflicto subyacente como, por ejemplo, necesidad de respaldo legal u otro, y finalmente d) ¿Es competencia del comité responder a aquello? Ya qué es necesario reconocer la existencia o no

de un problema ético, siendo en este último caso competencia de otro organismo (Anguita, 2013, pp. 14-24).

Para el análisis de casos pertinentes de ver en el C.E.A., se eligió un método descriptivo y deliberativo, como lo explica Martín. A través de él se identifica los factores implicados en la decisión tomada, garantiza una reflexión previa y establece cierto orden de prioridades; una respuesta precipitada puede llevar a que las circunstancias del momento o el estado físico y mental de los involucrados, concluya en acciones inadecuadas. Así, el acto deliberativo, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia, es considerar atenta y detenidamente, el pro y el contra de los motivos de una decisión antes de adoptarla, y la razón o sinrazón de los votos antes de emitirlos. Complementando, Diego Gracia lo detalla en su escrito La Deliberación Moral: El Método de la Ética Clínica (Gracia, 2001).

Cabe señalar que se estableció que cada recomendación emanada desde el Comité de Ética Asistencial fuera entregada por escrito y en formato tipo a quien solicita el pronunciamiento, además de dejar una copia en ficha clínica del establecimiento donde consultó el paciente. El formato, se pensó, favorece el mejor seguimiento de los casos y aporta la formalidad necesaria.

Adicionalmente, con un propósito académico, se estableció el análisis de casos clínicos ya publicados y desarrollados por otros comités, tal como lo sugirió en su momento organismo (Anguita, 2013, pp. 14-24).

En el caso del Proceso de Capacitación: Se levantó un diagnóstico sobre profesionales capacitados dentro del C.E.A.: Postítulo en bioética (1) y curso de bioética (3), con ello se cumplió lo exigido en el decreto 62 de la Ley 20.584 que indica se debe contar con un profesional con estudios formales en bioética. Con el funcionamiento del C.E.A., especialmente en tareas deliberativas, se visualizó la necesidad que todos sus miembros debían contar con formación en bioética; para disminuir la brecha, se accedió a 2 capacitaciones otorgadas por el C.E.A. del Hospital Base para integrantes de C.E.A. y para el equipo de salud del hospital.

Por otro lado, a los establecimientos sanitarios adscritos se les solicitó designar un profesional de salud como referente de bioética y un subrogante, para que sean ellos los promotores de bioética en sus establecimientos y apoyar en consultas al Comité de Ética Asistencial de la Dirección del Servicio de Salud. Aceptaron este desafío, profesionales médicos, enfermeras, matronas, kinesiólogos y asistentes sociales, solo 3 de 25 reconocían formación en bioética en su formulario de inscripción; esta realidad es similar a la descrita por León en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana (León, 2010, Vol. II, n.º1 pp. 22-40). Esto fue coherente con consulta realizada a centros de formación superior, donde se identificó que solo en los últimos 20 años se incorporó la bioética en la malla curricular de las carreras de pregrado del área de salud. Con esta base, en los años 2013 y 2014 se realizaron 2 cursos en ética clínica a profesionales de los consultorios y hospitales de baja complejidad en la región; asistió un total de 52 funcionarios.

Para el caso de las autoridades y comunidad relacionadas con salud, se optó por entregar información sobre el C.E.A. y sus funciones durante sus propias reuniones, de forma tal de privilegiar la convocatoria por ellas alcanzada. Así, se presentó ante el Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA) y Consejo Ciudadano Asesor.

En el Proceso de Orientaciones que Minimicen Presencia de Problemas Éticos, se consideró necesario más tiempo para su desarrollo; pero de acuerdo a los casos presentados en el C.E.A. sobre problemas obstétricos en personas con enfermedad mental, se consideró necesario revisar bibliografía respecto a esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental, cuyas bases se encuentran en la norma n.º 71 del Ministerio de Salud y con ello elaborar una recomendación de aplicación local.

Para el funcionamiento del C.E.A. se vio la importancia de los tres procesos y que entre ellos se potenciaban. Tal es así, que la formación en bioética permitió una mejor detección de los problemas bioéticos, éstos a su vez obligaron a una mayor profundización en temas de bioética por parte de los actores involucrados; ambas situaciones permitieron identificar necesidades de temas a revisar con una mirada preventiva.

Procesos de soporte

Para el caso de los procesos de soporte, la selección de integrantes para el C.E.A se basó en el Decreto 62 de la Ley 20.584, recomendaciones de ONU en el 2005 en su Guía N°1 y autores como Bravo (2012, p249-250) donde declararon la necesidad de contar con Comités de Ética Asistencial multidisciplinares y pluralistas en los centros de salud, con el objeto de alcanzar visiones complementarias que enriquezcan la mirada parcial que puede tener una persona sobre un caso en particular.

Se invitó personalmente a profesionales de la Dirección de Servicio, hospitales y consultorios, considerando los aspectos antes señalados: 1 Abogado, que veló por los aspectos legales; 3 médicos, que abordaron aspectos clínicos propios de la medicina; 1 matrona, que abordó los aspectos ginecobstétricos; 1 enfermera, que planteó aspectos prácticos de cuidado de pacientes; 1 kinesiólogo, que veló por los aspectos de funcionalidad; 1 asistente social, que planteó temáticas sociales como redes de apoyo y además un filósofo como representante de la comunidad. Accedieron de forma voluntaria y altruista. Además, recogiendo lo señalado por Bravo (2012, p249-250) fueron consideradas habilidades blandas que favorecieron el trabajo a realizar: Compromiso, discreción, capacidad de diálogo y deliberación.

Si bien la puesta en marcha de este Comité de Ética Asistencial no resultó compleja, su funcionamiento no se puede señalar exento de algunas dificultades. Entre estos problemas se puede mencionar: El escaso tiempo destinado por sus miembros para este trabajo, dado sus múltiples funciones, y lograr su continuidad a lo largo del tiempo. Por otro lado, se visualizó la dificultad del integrante de la comunidad para poder cumplir con su rol, esto asociado a su propio trabajo y complejizado por otros aspectos, como fue, que al no ser funcionario no se le pudo financiar capacitaciones, pasajes u estadías y tampoco era factible un pago por el trabajo realizado; estas dificultades junto a su renuncia concluyeron que se optó por incorporar a un representante institucional de pueblos originarios, considerándolo un acierto desde la mirada intercultural; en una región donde el 11% de su población se reconoce perteneciente a ellos (Censo, 2002).

En los procesos de habilitación física y administrativa del Comité: en la habilitación física, se utilizó los espacios físicos propios de cada integrante del C.E.A. y las salas de reuniones y auditorios pertenecientes al Servicio de Salud. Un *Mueble con llave* permitió proteger la información sensible de cada caso derivado al C.E.A.; no resultando problemático esta parte del desarrollo. Para la habilitación administrativa, fue de gran ayuda la elaboración del *reglamento interno* que detalló las funciones del comité y de sus integrantes, características de sus miembros y la forma de seleccionarlos, periodicidad de reuniones, entre otras. Además, se estableció la forma de *registro de la correspondencia de entrada y de salida*, a través de un cuaderno empastado que identificó fechas, temas y destinatarios u origen según fuera el caso. Por otro lado, se creó un *registro de casos clínicos* ingresados en un cuaderno, con la información general del usuario y fechas relevantes del caso.

Para el proceso de estrategia de difusión del Comité, se utilizaron a) Estrategias generales: se creó un banner para difusión en página web de la institución, el cual contenía información acerca de: Rol del Comité; sus funciones; datos de contacto como presidencia y secretaria ejecutiva con teléfonos y e-mail institucional; los 3 formularios para presentación de casos

clínicos y 1 ficha de inscripción al comité por parte de prestadores privados. Esto permitió entregar información útil a equipos de salud y a usuarios que plantearon sus problemáticas. b) Y estrategias específicas: En primer lugar, se invitó a adscribirse al comité a todos los establecimientos públicos de salud del territorio, informando las funciones del C.E.A. Se emitió una resolución a cada uno de los inscritos, donde constaba el ingreso. Posteriormente, se realizó charla informativa en Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA) en el cual se encuentran autoridades de salud local y, por último, otra charla informativa a integrantes del Consejo Ciudadano Asesor, compuesto por dirigentes comunitarios.

Se vio que las personas, tanto las autoridades, equipos de salud y dirigentes comunitarios se encuentran en un continuo cambio, lo que indujo a pensar que las actividades de difusión deben ser reiterativas y usando distintas vías de comunicación.

En el funcionamiento se visualizó como riesgo para el C.E.A. la baja presentación de casos clínicos, promedio 2 por año en sus dos primeros años de funcionamiento, realidad no tan alejada a otros comités, como lo describe Becca (2012, p253-254) y que fundamenta con aspectos del propio comité, como la lenta respuesta ante dilemas éticos de urgencia, demora entre el ingreso de un caso y las reuniones, tiempos que deben destinar los clínicos para presentar los casos al comité y recelo de los equipos de salud a ser cuestionados en su quehacer. La baja casuística también fue identificada por el Comité de Bioética de Cataluña, objetivando entre 6 a 12 casos al año en cada comité en España, rescatando que, a mayor número de años de funcionamiento, mayor es el número de casos presentados. Este tema puede abrir un campo de estudio para mejoras posteriores.

Adicionalmente, se debe estar atento a lo descrito por Andrés Peralta (2011, pp. 143-154) quien, tras encuestar a Comités de Ética Asistencial en Latinoamérica, presentó los resultados en el Congreso de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética el 2011. En éste, se detectó que entre las debilidades de los Comité de Ética Asistencial se encuentran: Falta de apoyo institucional ante requerimientos de espacio, insumos y trabajo administrativo; carencias en la descentralización de los Comités desde las ciudades capitales; brechas en la capacitación de los profesionales involucrados; falta de recambio ante jubilaciones y otro; mezclar funciones de CE de investigación y CE Asistencial; inclusión permanente de autoridades de las instituciones respectivas, entre otros.

Por otro lado, es importante destinar esfuerzos a prevenir el Síndrome del Retraso o Fallo en el Crecimiento de los Comités de Ética Asistencial ya descrito por Robles (2008, Vol. 14, n.º 54) en Comité de Ética de Cataluña en España, Estados Unidos y otros países, posiblemente extrapolable a todos los comités de ética asistencial existentes. Este estancamiento, describe que se manifiesta por cuestionamientos o desconocimiento de la existencia del comité de parte del staff médico, ausentismo de los miembros del comité a sus actividades, o las dudas sobre la finalidad y efectividad de éste. Como causales se ha interpretado la creación de los Comités debido a requerimientos administrativos para la acreditación y no a la necesidad de discusión ética dentro de la práctica clínica; la falta de liderazgo; la falta de soporte institucional y centrarse primordialmente en el análisis de casos (el cual es bajo) descuidando las funciones de capacitación y creación de guías institucionales preventivas a los conflictos éticos.

Conclusiones

- 1) Los Comités de Ética Asistencial son una necesidad latente, dada la existencia de multiplicidad de escenarios clínicos y la creciente complejidad de los avances diagnósticos-terapéuticos, que exponen a equipos clínicos, pacientes o sus familiares a problemas éticos. Ellos requiriendo de profesionales y equipos de trabajo con las competencias para apoyarlos a encontrar el camino más óptimo a seguir acorde a sus proyectos de vida.

- 2) Se requiere de una cultura ética clínica que sostenga la necesidad de los C.E.A., ya que las bases legales que enmarquen su existencia no son suficientes para instaurar una cultura ética clínica entre prestadores de salud, usuarios y/o familias. Esto se mitiga con el desarrollo paralelo de tres funciones primordiales de los Comités de Ética Asistencial: Consultoría de casos, capacitación y orientación preventiva de problemas éticos de mayor frecuencia.
- 3) Utilizando elementos de la gestión basada en procesos es posible enriquecer organizaciones como un Comité de Ética Asistencial, favoreciendo su entendimiento y gestión.

Agradecimientos

Gracias a los miembros del Comité de Ética Asistencial del Servicio de Salud Valdivia por hacer posible la existencia de éste; con el deseo de contar con acciones sanitarias donde se cumpla "lo que debe ser hecho en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o frecuentemente se hace" (Lo Bernard)

Referencias

- Anguita, V. (2013). La Presentación de Casos Clínicos al Comité de Ética Hospitalaria. *Análisis de Casos Ético Clínicos*. Santiago de Chile: León Fr.
- Becca, J. C. (2012). Comités de Ética Asistenciales. *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Becca, J. C.
- Bravo, J. (2013). Diseñar el Mapa de Procesos. *Gestión de Procesos*. Santiago de Chile: s. d. e.
- Bravo, M. (2012). Comités de Ética Asistenciales *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Becca, J. P.
- Castillo, A. (2012). Ciencia, Tecnología, Biotecnología y Bioética en *Bioética*. Caracas: Henry, L.
- Censo. (2002). Recuperado de: http://www.inelosrios.cl/contenido.aspx?id_contenido=79
- Comité de Bioética de Cataluña. (2013). La Calidad en los Comité de Ética Asistencial. Recuperado de: <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2014/03/Mejora-de-los-Comites-de-etica-asistencial.pdf>
- Gracias, D. (2001). La Deliberación Moral: El Método de la Ética Clínica. *Bioética para Clínicos*. Recuperado de: file:///C:/Users/Familia/Downloads/S0025775301719987_S300_es.pdf
- León, F. (2010) Propuesta de Comités de Bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile. *Rev. De Medicina y Humanidades*.
- Martin, M. (s.f.). Metodología del Análisis de Casos en Ética Clínica. Unidad 3. Curso On line de Ética Clínica en Atención Primaria. Instituto de Bioética y Cs. De la Salud. <http://www.institutodebioetica.org/cursoetica/modulo3/Unidad%203%20Analisis%20de%20Casos.pdf>
- Ley 20.584 de 2012. [Ministerio de Salud de Chile] Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 24 de abril 2012.
- Decreto 62 de Ley 20.584 de 2013. [Ministerio de Salud de Chile] Aprueba Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de Comités de Ética Asistencial. 08 julio 2013.
- Norma n.º 71 de 2005 [Ministerio de Salud de Chile] Esterilización Quirúrgica en Personas con Enfermedad Mental.
- Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Creación de un Comité de Ética Asistencial*. Francia: ONU.
- Peralta, A. (2011). Perspectiva en Latinoamérica de los Comité de Ética Asistencial. *Ética Clínica y Comités de Ética en Latinoamérica*. <http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/libros/congreso/FELAIBE%20Comites.pdf>
- Real Academia Española. "Deliberar" <http://www.rae.es>
- Robles, P. (2008). La situación actual de los Comités de Ética Asistencial. *Bioética y Debate*. Vol. 14, n.º 54. Recuperado de: <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/consultores.pdf>