

Comités de ética

Víctor Vargas K.

En todo hospital en la medida en que su complejidad lo permita, debe existir un Comité hospitalario de ética, que cumpla funciones de asesoramiento, estudio, y docencia respecto de aquellas cuestiones éticas que surjan de la práctica de la medicina. Ellos funcionan como equipos interdisciplinarios integrados por profesionales que pueden pertenecer o no a la dotación de personal del establecimiento. Desarrollan su actividad dependiendo de la dirección del hospital, y quedan fuera de su estructura jerárquica.

El Comité hospitalario de ética es el organismo encargado de velar por la calidad de la atención al paciente y se tiende a recurrir a ellos para decidir la responsabilidad del médico en determinadas circunstancias. No hay que olvidar que este profesional es el responsable clínica y moralmente del paciente, no los comités, que actúan solamente como órgano asesor. Es importante por lo tanto la formación del médico en estos temas.

Hasta 1982 solo el 1% de los hospitales en Chile tenían comités de ética. En 1988 ya el 60% de los centros hospitalarios con más de 200 camas contaban con comités de ética. En 1990 se promulga el decreto para la formación de comités de ética, constituyéndose éstos definitivamente el año 1994. En 1999 se agregan los comités éticos de investigación.

*Editor Revista
HCUCh.*

En todo hospital, además debe existir en forma independiente un Comité Ético Científico o Comité de investigación, los que deben normar las investigaciones científicas en las cuales participen seres humanos y es el encargado de aprobar los proyectos de investigación y un Comité hospitalario de ética, que cumple funciones de asesoramiento, estudio y supervisión de aquellas cuestiones éticas que surjan de la práctica diaria de la medicina. En Chile por lo general, los comités de ética han desarrollado ambas labores, situación que no es la ideal ⁽¹⁾.

Los Comités de ética de investigación tienen regulaciones que incluyen el examen de los protocolos por personas ajenas al proyecto. La práctica usual es establecer comités de ética de la investigación, diferentes de aquellos que controlan la práctica asistencial. Conocidos como institutional review boards en la tradición estadounidense, sus principales tareas consisten en análisis de riesgos y beneficios, examen de procedimientos y garantías empleados para obtener consentimiento informado, seguimiento de proyectos y análisis de conflictos de interés ⁽²⁾.

Funciones

- Proteger los derechos de los pacientes y asegurar además de que ellos tengan información sobre la existencia del comité y modalidad de funcionamiento.
- Analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión clínica en situaciones que planteen conflictos éticos.
- Colaborar en la formación bioética de los profesionales del hospital y de los miembros del comité. Además promover la capacitación y docencia de recursos humanos (personal, profesional y técnico) en los temas y perspectivas que comprende la bioética médica⁽³⁾.

Proponer protocolos de actuación para situaciones en que surgen conflictos éticos.

El comité debe hacer respetar en el hospital, en primer lugar, las normas éticas de reconocimiento internacional y del Colegio Médico, sin perjuicio de poder dedicarse a la elaboración de sus propias normas éticas de procedimiento. Para ello el comité define el tema que será sujeto a normar, recopila información ya existente, consulta a personal del hospital sobre la factibilidad de las normas, evalúa el lenguaje de las mismas para hacerlo ampliamente comprensible y revisa legalmente el texto antes de aprobarlo.

Es importante considerar que los comités han de darse el tiempo necesario para estar en condiciones de desarrollar sus funciones. En primer lugar desarrollar la función educativa del comité, luego la consultiva y en último término la normativa. Esta es la mejor secuencia para el crecimiento serio de cualquier comité hospitalario. En segundo término, cumpliendo esas funciones en diversas etapas. Para la función educativa es imprescindible comenzar con una buena formación del propio comité, continuando luego con el hospital y finalmente con la comunidad. Para la función consultiva es un paso prudente entrenarse al comienzo con una revisión de casos cerrados, y continuar luego con la de casos propios del hospital antes de aceptar, si es que alguna vez lo hace, la consulta de casos externos a la institución ⁽⁴⁾.

Finalmente, para la función normativa, es el mejor comienzo la recopilación y difusión de normas ya existentes, para luego elaborar regulaciones de problemáticas específicas en algún sector del hospital como puede ser el manejo de un tipo de pacientes antes de dedicarse a la creación de normas más amplias que van a involucrar a todos los sectores del hospital y que han de requerir una mayor in-

serción institucional del comité en el mismo. Si bien es difícil estimar tiempos para cada uno de estos momentos, quizás sea imprescindible dar un mínimo de un año al desarrollo de cada una de las etapas, considerando que se puedan poner en desarrollo las tres funciones a la vez. Esto nos da un tiempo mínimo de tres años para lograr que un Comité hospitalario de ética esté en condiciones de ejercer en plenitud sus funciones. Es verdad que los tiempos han de ser variables para cada comité de acuerdo con la intensidad del trabajo, la calidad de los miembros, el apoyo institucional, etc., pero en cualquier caso esos tres años no parece que puedan eludirse aún en la mejor de las situaciones.

El Comité hospitalario de ética debe además dedicar tiempo a su capacitación. Se recomienda tener anualmente un mínimo de 3 sesiones para la presentación y discusión de temas específicos, revisiones de bibliografía especializada, etc. Debe organizar por lo menos una vez al año, una jornada de capacitación para los equipos del Hospital (principios básicos de Bioética, rol del Comité de Ética de Hospital, proceso de consentimiento informado, confidencialidad, paciente terminal, son algunos de los temas indispensables). También debe elaborar los protocolos de actuación para las situaciones en que surjan conflictos éticos en forma reiterada ^(4,5).

Composición

Los Comités hospitalarios de ética están integrados por un Cuerpo Colegiado, que actúa ad-honorem y cuyos miembros son designados por el director del hospital, el que debe considerar además de las cualidades personales, éticas y de idoneidad profesional de sus miembros, asegurar la mayor representatividad de experiencias y perspectivas, debiendo además incorporar en cada sesión a todos

las personas que sea necesario y que estén involucradas en la materia a tratar.

Miembros

Para cumplir estas funciones el Comité hospitalario de ética debe tener una composición multidisciplinaria para lo cual el director del hospital nombra sus miembros sobre la base de propuestas de cada servicio clínico, recomendándose que el nombramiento sea por a lo menos 4 años, renovables por una vez.

El Comité de cada hospital se constituirá por un cincuenta por ciento de médicos de conocida trayectoria, vinculados laboralmente al hospital y el cincuenta por ciento restante, por un profesional relacionado con la ética, tal como abogado o asesor jurídico, filósofo, sacerdote, teólogo o ministro de algún credo religioso, enfermera y psicólogo, también relacionados con el hospital u otras profesiones o actividades vinculadas al análisis de la problemática ética individual y social, los que pueden pertenecer o no a la dotación de personal del establecimiento. También deben considerarse miembros de la comunidad en su composición. Desarrollan su actividad dependiendo de la dirección del hospital y quedan fuera de su estructura jerárquica.

Deben deliberar con plena autonomía, eligen un Presidente y un Secretario el que cautela el buen funcionamiento del Comité (en particular la libre expresión de sus miembros y el respeto de la confidencialidad de los debates).

En caso de no llegar a consenso, las recomendaciones entregadas por el Comité hospitalario de ética deben señalar la existencia de las opiniones minoritarias.

Problemas a considerar en el Comité de Ética

Los casos sometidos al Comité hospitalario de ética se relacionan con la problemática ética en salud y enfermedad, relaciones que median

entre la vida y la muerte, salud pública, efectos nocivos del medio ambiente sobre el ser humano, adopción de decisiones en prevención, tratamiento de enfermedades y otros dilemas que son propios de la Bioética.

Deben asesorar a la dirección del hospital sobre políticas y programas de salud, cuando éste lo demande, estableciendo prioridades de acuerdo a las necesidades y asesorar al Poder Judicial cuando éste lo solicite.

Un elemento importante a tratar en el Comité hospitalario de ética, dice relación con el error médico. Desde el punto de vista ético el error compromete por una parte al médico y por otra al paciente y tiene, además, una indudable repercusión en la relación médico-paciente. Esto es muy importante ya que la buena práctica de la medicina se basa en el encuentro del médico con el enfermo. Al producirse un error o equivocación en el acto médico este encuentro se afecta en varios niveles.

Desde el punto de vista del médico o del profesional de la salud, a grandes rasgos, el error puede ser cometido por un déficit en su formación inicial (como estudiante) y continua (como profesional): por ignorancia (formación científica), por falta de habilidad o destreza (formación técnica), o bien, por imprudencia o negligencia (formación ético-humanista).

Desde el punto de vista del paciente, frente al error, se siente dañado en su persona, en su salud, lo que le aparece como algo contrario a lo que busca, que es un bien. En otras ocasiones puede también sentirse dañado en su dignidad, cuando el error es de actitud o pérdida de valores por parte del médico, lo que sucede desgraciadamente con frecuencia.

Finalmente, desde el punto de vista de la relación médico-paciente, del encuentro clínico, es indudable que el error remece los principios en que se sustenta el acto médico. El

principalmente afectado es precisamente el principio de no maleficencia, pero lo es también el de justicia y equidad, que tienen mayor significado aún en la medicina pública y hospitalaria. Por otra parte, el acto médico deja de ser un bien (principio de beneficencia) y el paciente que en plena libertad acude en busca de ayuda y que ha consentido, luego de ser informado (principio de autonomía), ve peligrar su confianza en el agente sanitario o la pierde totalmente ⁽³⁻⁷⁾.

Limitaciones

El Comité hospitalario de ética no puede aplicar sanciones, ni tener carácter de tribunal, siendo su labor exclusivamente consultiva, por lo tanto no puede establecer sanciones disciplinarias en contra de profesionales del hospital. Su labor es exclusivamente consultiva sobre los problemas planteados por los profesionales involucrados en decisiones éticas (investigación, docencia, y función asesorativa). Desarrollar tópicos sobre problemas generales y específicos que presenten problemas éticos. Las recomendación del Comité no tiene fuerza vinculante, y no exime de responsabilidad ética y legal al profesional ni a las autoridades del hospital. En presencia de situaciones de mala praxis el Presidente del Comité puede ayudar a derivar el caso a la entidad correspondiente (Colegio profesional, tribunal o autoridad del Servicio de Salud) ⁽⁵⁾.

Acreditación de los Comités hospitalarios de ética

El Ministerio de Salud (por la Resol. Exenta N° 963) ha establecido pautas de acreditación para los Comités de Ética de Hospitales las que fueron elaboradas por un grupo de trabajo constituido por miembros de comités de Ética de diversos hospitales del país, asesores del Departamento Jurídico y de la Unidad de

Bioética de la División Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

La acreditación de los Comités hospitalarios de ética y Comités Ético Científicos, permite el cumplimiento de exigencias éticas en las respectivas instituciones de salud, por lo tanto contribuye a mejorar la calidad de la atención y de las relaciones con los equipos de salud, promueve los derechos de las personas, en el marco asistencial (Comités hospitalarios de ética) así como en el ámbito de la investigación biomédica (Comités Ético Científicos).

Para su acreditación se incluye actividades de capacitación en Bioética dirigidas a sus miembros. Además los comités acreditados conformarán la red nacional de comités de Ética.

A los equipos de salud, les permite contar con un apoyo real en materia de toma de decisión, además los comités acreditados realizarán actividades de capacitación dentro de sus instituciones.

Al Ministerio de Salud le permite garantizar el cumplimiento de normas nacionales y recomendaciones internacionales, contribuyendo a mejorar la calidad de atención en un aspecto central de la reforma de salud que son los derechos de las personas⁽⁴⁾.

Confidencialidad

Es un principio fundamental de la atención médica. El médico no debe dar a conocer información sin el consentimiento del paciente. Cada vez es más difícil mantenerla debido a los registros computarizados y de procesamiento electrónico de datos, envío por correo electrónico o fax de la información de pacientes y en la que la información se comparte entre un gran número de instituciones y profesionales médicos.

Historia clínica

Ética y legalmente, los pacientes tienen derecho de saber lo que se encuentra en su historia clínica. Legalmente, el registro en sí pertenece al médico o a la institución, pero la información contenida en el mismo pertenece al paciente. A fin de proteger la confidencialidad, la información debe darse a conocer únicamente con el permiso escrito del paciente o de su representante legal^(4,5).

Revelación de información

El paciente debe estar bien informado. Debe haber comunicación eficaz entre el paciente y médico. Esta información a menudo incluye los costos del tratamiento, la experiencia del médico, índole de la enfermedad y posibles tratamientos. Si el paciente no puede comprender su padecimiento, debe darse a conocer a un representante adecuado. Además, los médicos deben revelar información sobre errores de procedimiento que hayan efectuado durante la atención, siempre que dicha información sea esencial para el bienestar del paciente. Los errores no necesariamente constituyen conducta impropia, negligente o no ética, pero el no revelarlos puede serlo^(5,6,7).

Relación médico-paciente

La relación médico-paciente debe siempre cumplir con:

Libre elección: principio fundamental de la bioética, definido como el desarrollo de toda persona a decidir por sí misma en todas las materias que la afectan de una u otra manera, con conocimiento de causa y sin coacción de ningún tipo.

Capacidad: el paciente espera ser tratado por médicos competentes, con conocimientos y al tanto de los nuevos adelantos y técnicas.

Buen manejo, buen juicio clínico, para plantear diagnóstico y procedimientos terapéuticos, conocedor de sus limitaciones, para recurrir al subespecialista en caso necesario.

Comunicación. El médico debe escuchar al paciente. Debe entender sus preocupaciones, sus valores, los efectos de la enfermedad en su familia, trabajo y otros aspectos que para el paciente sean importantes.

Conflictos de interés.

La presión económica de las empresas de salud, puede llevar a abaratar costos en desmedro del bienestar del enfermo. Nuevamente una conducta ética, la buena comunicación y la continuidad en la atención, pueden alejar estos problemas, manteniendo un adecuado equilibrio entre las necesidades del paciente y los intereses económicos⁽⁸⁾.

Consentimiento informado

El consentimiento del paciente permite al médico suministrar la atención. El consentimiento explícito se da por escrito o en forma oral para una terapia, intervención o procedimiento en particular. En emergencias médicas, se considera que el consentimiento para el tratamiento es necesario a fin de mantener la vida o restaurar la salud generalmente es implícito a menos que se sepa que el paciente rechazaría la intervención. El médico está obligado a garantizar que el paciente o su representante esté informado adecuadamente sobre la índole de su enfermedad, los objetivos, las alternativas, los resultados posibles y los riesgos que implica el tratamiento que se propone^(5,9).

Decisiones sobre reproducción humana

El deber ético de dar a conocer información sobre la reproducción humana al paciente puede estar en conflicto con las normas morales personales del médico en lo que concierne al aborto, la esterilización o métodos

anticonceptivos. El médico que se opone no necesita participar, ya sea ofreciendo consejo al paciente o participando en una intervención. Al igual que en cualquier otra situación médica, el médico tiene el deber de remitir al paciente a una fuente apropiada para que obtenga la gama completa de opciones de manera que las opciones legales del paciente no se vean constreñidas^(5,6).

Pruebas genéticas

Pueden permitir a los médicos predecir enfermedades o aclarar la susceptibilidad en un momento en que la medicina podría no tener la capacidad de prevenir o curar los padecimientos que se identifiquen. Las pruebas genéticas presentan problemas singulares, ya que identifican el riesgo de enfermedades que implica un significado especial para pacientes y familiares que pudieran no estar bajo el cuidado del médico que suministra la prueba. Los médicos deben hablar con los pacientes sobre el grado en el que un factor de riesgo genético en particular está correlacionado con la probabilidad de desarrollar la enfermedad⁽¹¹⁾.

Riesgo para el médico y el paciente

Tradicionalmente, el imperativo ético de que los médicos proporcionen atención ha invalidado el riesgo que corre el médico tratante, inclusive durante epidemias. En décadas recientes, con el mejor control de ese tipo de riesgos, los médicos han ejercido la medicina sin tener este riesgo como inquietud prominente. Sin embargo, las exposiciones ocupacionales potenciales, como VIH, tuberculosis resistente a fármacos múltiples y a la hepatitis viral hacen necesaria la reafirmación del imperativo ético^(5,12).

Los médicos pueden y deben esperar que sus instalaciones de trabajo le proporcionen medios adecuados para limitar la exposición

ocupacional mediante la aplicación rigurosa de métodos de control de infecciones. No es ético negar atención adecuada a una clase de pacientes, por cualquier razón ⁽¹²⁾.

Toma de decisiones en momentos cercanos a la muerte

Muchos pacientes que padecen de enfermedades terminales o irreversibles, deciden renunciar a tratamientos. En la circunstancia, poco usual, de que no haya evidencia que demuestre que el tratamiento específico que el paciente desea utilizar proporcionará algún beneficio desde alguna perspectiva, el médico no necesita proporcionar dicho tratamiento. Una circunstancia más común y mucho más difícil se presenta cuando el tratamiento ofrecerá un pequeño beneficio a costa de una gran carga de sufrimiento o costo financiero, pero que el paciente o su familia no obstante desea ^(13,15).

Retirar o no suministrar el tratamiento

Retirar el tratamiento o no suministrarlo son igualmente justificables, tanto ética como legalmente. Los tratamientos no deben dejar de suministrarse por el temor equivocado a que si se empezaran a ofrecer, no podrían retirarse. Esta práctica negaría a los pacientes terapias potencialmente benéficas. Se puede probar por un tiempo limitado una terapia a fin de aclarar el pronóstico del paciente. Al final del plazo, debiera celebrarse una sesión para revisar y modificar el plan de tratamiento ^(5,14,15).

Órdenes de no resucitar

Para algunos pacientes, la intervención en el caso de un paro cardiorrespiratorio no es lo apropiado, particularmente para los que padecen de enfermedades irreversibles terminales y cuya muerte se espera o es inminente. Debido a que la rapidez con que se presenta

un paro cardiorrespiratorio no permite la toma de decisiones con deliberación, las decisiones sobre la resucitación deben hacerse de antemano. Los médicos deben exhortar a que se hable sobre la resucitación especialmente a los pacientes que enfrentan enfermedades graves o a los que son de edad avanzada y a sus representantes ^(16,17).

Donación de órganos

Existe la necesidad, cada vez más insatisfecha, de obtener órganos y tejidos. Los médicos deben participar en los esfuerzos de la comunidad de concientizar a los posibles donantes sobre su opción de hacer un obsequio que mejoraría la vida, salud o vista mediante la donación de un órgano o tejido. Los médicos deben obtener el consentimiento del paciente para la disposición y el uso de tejidos, órganos y otras partes corporales que se extirpen durante procedimientos diagnósticos u quirúrgicos ⁽¹⁸⁾.

Conflictos de interés financieros

El médico debe intentar garantizar que el nivel de atención médica óptima tenga primacía sobre las consideraciones financieras, sus inversiones o sus arreglos financieros. Cuando hay la apariencia de impropiedad, la confianza en la profesión se socava ^(19,20).

Las posibles influencias sobre el juicio clínico cubren una amplia gama e incluyen incentivos financieros para la sobreutilización en el marco de pago por servicio o para la subutilización en el marco de la salud administrada, obsequios de la industria farmacéutica y/o arreglos comerciales concernientes a las remisiones. Los médicos deben estar conscientes de todas las posibles influencias y sus acciones deben estar guiadas por la atención médica óptima y no por otros factores. El que un médico pague a otro por haberle remitido

a un paciente, una práctica históricamente conocida como compartir honorarios, no es ético. Tampoco es ético que un médico reciba una comisión de cualquier persona, incluso de una compañía que fabrica o vende instrumentos o medicamentos médicos que se usan en la atención de sus pacientes. Los médicos no deben remitir pacientes a instalaciones ajenas en las que tengan inversiones y en las que no suministran directamente la atención.

Se desalienta enérgicamente que un médico acepte obsequios individuales, de hospitalidad, viajes y/o subsidios de cualquier tipo de la industria químico-farmacéutica. La mayoría de los editores de revistas exigen que los autores y los revisores den a conocer todos los posibles conflictos de interés ^(5.19).

Peritajes

Los médicos tienen conocimientos y pericia especializados que podrían hacerse necesarios en procesos judiciales o administrativos. A menudo el testimonio de peritos es necesario para que una entidad administrativa o el tribunal entienda el estado, el tratamiento y el pronóstico del paciente. Los médicos podrían sentirse reacios a participar en actuaciones jurídicas debido a que desconocen el proceso y éste toma mucho tiempo. Sin embargo, su ausencia podría significar que las decisiones jurídicas se hagan sin el beneficio de todos los hechos y opiniones médicas. Sin la participación de los médicos, los mecanismos que se utilizan para solucionar un gran número de disputas pueden resultar ineficaces y los pacientes podrían sufrir ^(5.19).

Investigación

El progreso médico y la atención mejorada de pacientes dependen de la investigación innovadora y vigorosa. El principio básico de la investigación es la honestidad, misma que debe garantizarse mediante protocolos

institucionales. El fraude en la investigación debe condenarse y castigarse. La honestidad e integridad deben regir todas las etapas de la investigación, desde la solicitud inicial para la subvención hasta la publicación de los resultados. Los revisores de las solicitudes de subvenciones y artículos de revistas deben respetar la confidencialidad de ideas e información nuevas; no deben usar lo que aprendan del proceso de revisión para sus propios fines y no deben representar falsamente las ideas de otros como si fuesen suyas ⁽²⁰⁾.

Anuncio público de los hallazgos de una investigación

En la era de comunicaciones rápidas e intenso interés en las noticias médicas por parte de los medios masivos y el público, es común que los investigadores clínicos o sus instituciones convoquen a conferencias de prensa y hagan anuncios públicos de los desarrollos nuevos en la investigación. Aunque es deseable que los medios masivos obtengan información precisa sobre los desarrollos científicos, los investigadores debieran abordar las declaraciones públicas cuidadosamente y usar lenguaje que no invite a la mala interpretación o a la extrapolación injustificada.

Un anuncio de resultados preliminares, incluso cuando se exprese en los términos más prudentes, frecuentemente se reporta por los medios de comunicación como si fuese un "adelanto importantísimo". Se debe tener cuidado de evitar elevar falsamente las expectativas del público y avergonzar a los científicos que participaron en la investigación ^(5.21).

Comités de ética de Hospitales y Proyecto de Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Salud

En junio de 2001, el Ejecutivo envía el proyecto de ley relacionado con la Reforma a la Salud cuyo objeto es regular los derechos y deberes

que las personas tienen en relación con su atención en salud, tanto para acceder a ella como durante el otorgamiento de las prestaciones requeridas, proyecto que actualmente se encuentra en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Dicho proyecto explicita y regula los derechos que tienen las personas durante su atención de salud, así como los mecanismos para hacer que se cumplan. Asimismo, garantiza la atención sin discriminaciones y un trato digno, que va desde el lenguaje adecuado y comprensible durante la atención, proteger la privacidad de la atención de salud y evitar el uso periodístico o publicitario de la atención médica.

Proporcionar información completa, oportuna y veraz respecto de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sus beneficios, eventuales riesgos y complicaciones así como el valor de las mismas de acuerdo a sus condiciones previsionales, y posibilidad de efectuar reclamos de acuerdo con la carta de derechos de las personas en relación con la atención de su salud.

En dicho proyecto además toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico, del estado de su salud, posible diagnóstico, alternativas de tratamiento disponibles y los riesgos que ello pueda representar, así como el pronóstico y el proceso previsible del postoperatorio, de acuerdo con su edad, condición personal y emocional.

Conclusiones

Los Comités hospitalarios de ética deben analizar los conflictos éticos que se presenten en un hospital, con el objeto de dar recomendaciones a los equipos de salud para facilitar la toma de decisiones.

Deben ser esencialmente una instancia consultiva y no resolutoria, por lo que solicitar el

pronunciamiento de ellos debe ser un proceso rápido, simple, transparente y conocido tanto por los equipos de salud como también en caso de ser necesario, por parte de los pacientes y sus familiares.

Los Comités hospitalarios de ética fueron creados para asesorar a los médicos ante graves dilemas de índole moral que se presentan en la práctica médica, que dan lugar a disyuntivas legalmente posibles, pero moralmente cuestionables, que merecen un debate ético para así evitar tanto la mal praxis médica, como asegurar una atención al paciente eficiente y de buena calidad

Esperamos que estas recomendaciones vayan en ayuda de los médicos, independientemente de si son clínicos, docentes, investigadores o funcionarios de instituciones de salud previsual, para encarar algunos de los difíciles dilemas éticos que confrontan a diario. La idea fundamental es propiciar que en todos los hospitales de nuestro país existan ambos tipos de comités de ética, con el objeto de mejorar la calidad de la atención que se proporciona a los pacientes y de poder dar en ciertas circunstancias una explicación de la acción del médico en quien los pacientes puedan justificadamente depositar su confianza.

Referencias

1. Vacarezza, R. Sobre el control de la ética profesional. Rev Méd Chile 2002; 130: 1303-5
2. Lolas F. Aspectos éticos de la investigación biomédica: Conceptos frecuentes en las normas escritas. Rev Méd Chile 2001; 129: 680-4.
3. Goic A. Es hora de pensar en los derechos de los pacientes: Una introducción. Rev Méd Chile 2000; 128: 1371-3
4. Acreditación de Comités de Ética Institucionales (Comités hospitalarios de ética y Comités Ético Científi-

cos). (Ord. 4A/2442 Subsecretaría de Salud; Santiago 2001).

5. American College of Physicians Ethics Manual. Part 2: The physician and society; research; life-sustaining treatment; other issues. American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1989; 111: 327-35.

6. Carvallo A. Consideraciones éticas sobre el error en medicina. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1463-5

7. Rosselot E. Errores en Medicina. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1455-8.

8. Arancibia H. La relación médico-paciente en la era de la salud administrada. *Revista Chilena de Cirugía* 2001; 53: 527-30

9. Dunn PM, Gallagher TH, Hodges MO, Prendergast, TJ, Rubinfeld GD, Tolle SW. Medical ethics: an annotated bibliography. *Ann Intern Med.* 1994; 121: 627-32.

10. Geller G, Botkin JR, Green MJ, Press N, Biesecker BB, Wilfond B, et al. Genetic testing for susceptibility to adult-onset cancer. The process and content of informed consent. *JAMA.* 1997; 277: 1467-74.

11. Valenzuela C. Ética científica y embriones congelados. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 561-8.

12. The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and infection with the human immunodeficiency virus (HIV). Comité de Salud y Política Pública, American College of Physicians; e Infectious Diseases Society of America. *Ann Intern Med.* 1988; 108: 460-9.

13. Asch DA. The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *N Engl J Med* 1996; 334: 1374-9

14. Parks L. Society of Critical Care Medicine initiative to address care at the end of life. *Critical Care Med* 1996; 24: 1106

15. Weaver, Lindell K. Principles and Practice of Medical Intensive Care. *JAMA* 1994; 271: 879

16. Conflicts of interest. Physician ownership of medical facilities. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA.* 1992; 267: 2366-9.

17. Wijdicks E. Brain death worldwide: Accepted fact

but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology.* 2002; 58: 20-5.

18. Hoyt JW. Critical care in 1996: Doing too much? Doing too little? Keeping the patient in focus during a time of smoke and fire: The Presidential Address from the 25th Educational and Scientific Symposium of the Society of Critical Care Medicine. *Critical Care Med* 1996; 24: 890-2

19. Pinsky MR. Costs and access to intensive care unit care. *Critical Care Med Ethical Issues in Critical Care* 2003; 31 Suppl: S411-5

20. Bircher NG. Resuscitation research and consent: Ethical and practical issues. *Critical Care Med. Ethical Issues in Critical Care.* 2003; 31 Suppl: S379-84.

21. Whitely WP, Rennie D, Hafner, AW. The Scientific Community's Response to Evidence of Fraudulent Publication: The Robert Slutsky Case. *JAMA* 1994; 272: 170-3

22. DeVita MA, Wicclair M, Swanson D, Valenta C, Schold C. Ethics Committee UPMC Presbyterian Hospital and the Committee for the Oversight of Research Involving the Dead, University of Pittsburgh. Research involving the newly dead: An institutional response. *Critical Care Med. Ethical Issues in Critical Care.* 2003; 31 Suppl: S385-S90.