

LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE ÉTICA

Juan Carlos Tealdi¹ y José Alberto Mainetti¹

Los comités hospitalarios de ética han surgido como respuesta a los graves dilemas de índole moral que se manifiestan cada vez más en la práctica de la medicina. En este artículo se esboza el desarrollo histórico de dichos comités mediante una exposición de casos célebres que también permite categorizarlos como ético-praxiológicos, jurídico-científicos y deontológico-técnicos, según sus funciones y estructura. Se describe asimismo la creación, en varias instituciones de salud de la Argentina, de comités de carácter interdisciplinario que se ocupan de la docencia, investigación y consulta relacionadas con la toma de decisiones que entrañan cuestiones morales, el estudio de casos y protocolos de ética clínica, el análisis de la relación entre el profesional de salud y el paciente, y otros temas afines. Por último, basándose en su propia experiencia en este campo y en el conocimiento de modelos utilizados en otros países, los autores ofrecen recomendaciones de orden teórico, metodológico y administrativo para la formación de comités de ética en otros lugares de la Región.

Los comités hospitalarios de ética (CHE) 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. La aparición de esta figura institucional tuvo su origen en la problemática de las nuevas tecnologías médicas y en una nueva conciencia social orientada hacia la evaluación de tratamientos prolongados, decisiones de no-tratamiento en recién nacidos con malformaciones graves y otras deliberaciones de índole ética. En 1982, solamente 1% de los hospitales de los Estados Unidos de América tenían comités de este tipo, pero en 1988 ese porcentaje había ascendido a 60% para los hospitales con más de 200 camas (1). La rea-

lidad de hoy en América Latina, sin embargo, sigue mostrando un escaso desarrollo en este aspecto. En este artículo se presenta un análisis histórico del estatuto de los CHE y luego se plantea su estructura, se muestra la experiencia de la Argentina en este campo y se esbozan algunas recomendaciones.

El comité ético-praxiológico

En su sentencia del 31 de marzo de 1976, el juez Richard Hughes de la Corte Suprema de Nueva Jersey, Estados Unidos, respondía a la demanda de suspender la respiración artificial de una joven en coma profundo señalando que debía consultarse al comité de ética del hospital en el que se hallaba internada. Hughes apelaba, entre los fundamentos de su juicio, a un artículo reciente de la pediatra Teel (2) en el que esta proponía un comité de ética integrado por médicos, trabajadores sociales, abogados y teólogos, como instrumento de diálogo para la evaluación de diferentes opciones terapéuticas aplicables a un determinado paciente. La Morris View Nursing Home, institución en la que se encontraba en coma Karen Quinlan, consti-

¹ Cátedra de Humanidades Médicas de Posgrado, Universidad Nacional de La Plata, e Instituto de Humanidades Médicas y Centro de Bioética de la Fundación Mainetti. Dirección postal: Centro Oncológico de Excelencia, Calle 508 y 18 - M.B. Gonnet (1897), Argentina.

tuyó un comité de ética compuesto por dos representantes del clero, el director de la institución, un asistente social, un médico que no trataba a Karen y el representante legal propio. Pero este comité, por su constitución, excedía el marco de revisión pronóstica propuesto por el juez —ya que no era un comité de expertos— para abarcar la consideración de los aspectos éticos en la toma de decisiones del caso. Y así, el artículo crítico de Teel, la desgraciada Karen, el informado juez Hughes y la decidida Morris View Nursing Home habían dado comienzo, sin saberlo, a una de las historias humanas más cautivantes.

La resonancia pública que adquirió el caso Quinlan llamó la atención sobre una figura prácticamente inexistente hasta entonces (3) y la consolidó formalmente, pero fue el informe de marzo de 1983 (4) de la Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica y del Comportamiento el que dio un impulso decisivo a estos comités al proponer la formación y utilización de los mismos para la toma de decisiones acerca de pacientes terminales. En el informe presidencial se presentaba un modelo para establecer tales comités así como un registro de los ya existentes (solo 1% de los hospitales de los Estados Unidos los tenían entonces) y un estudio de sus actividades.

Cuando en la primavera de 1982, un año antes del informe presidencial, nació en Bloomington, Indiana, un bebé con síndrome de Down y atresia esofágica, el tercer acto de la historia de los CHE había comenzado. La vida del recién nacido dependía de una operación que permitiera su alimentación. Los padres del bebé rehusaron el tratamiento y este, abandonado a su suerte en una habitación, murió de inanición a los seis días mientras el equipo médico intentaba sin lograrlo que una corte interviniera en el caso (5). Al año siguiente, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos proponía una reglamentación para evaluar el tratamiento de los niños discapacitados y planteaba la intervención del Estado en dichos casos (6). La Academia Americana de Pediatría respondió con la propuesta de crear

unos comités de ética específicamente denominados "Infant Bioethical Review Committees (IBRC)" (7). Pero el 11 de octubre de 1983 nació en Port Jefferson, Nueva York, la niña que sería conocida como "Baby Jane Doe" (8). Con múltiples defectos neurológicos, espina bífida, microcefalia e hidrocefalia, Jane podía beneficiarse de una intervención quirúrgica, según el equipo médico que la atendía, para evitar infecciones aunque no las malformaciones. Sus padres se negaron a la intervención y prefirieron un tratamiento conservador, pero una corte sentenció que la operación debía realizarse. La sentencia fue revocada por la Corte de Apelaciones del Estado de Nueva York y Baby Doe fue llevada a su casa sin tratamiento. Ante esa situación, en febrero de 1984 el Departamento de Salud y Servicios Sociales ordenó que se investigaran las decisiones paternales en torno al tratamiento de bebés discapacitados y creó una línea telefónica urgente para denunciar casos de negligencia.

El 23 de mayo de aquel año, el juez Charles L. Brieant del distrito de Manhattan dijo en un juicio sumario que las reglas federales conocidas como "reglas Baby Doe" eran nulas, ilegales y debían dejarse de lado por violar el deber médico de la confidencialidad y el derecho de los padres a la privacidad. Con ello Brieant atendía los reclamos de la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Hospitales, junto a los de otras sociedades. El Departamento de Salud y Servicios Sociales aceptó parcialmente esta decisión, y aunque mantuvo la línea vigente con Washington y la posibilidad de investigar estos casos, ofreció gran libertad de movimientos a los hospitales que contaran con un comité de revisión de la atención infantil. La polémica sobre la toma de decisiones giraba en torno a tres alternativas (8): dejar que decidieran los padres y médicos, implantar la intervención y control directo del Estado o llevar los casos a la corte. Frente a ellas apareció con fuerza la opción de los CHE, que alcanzaría un gran desarrollo ulterior.

El comité jurídico-científico

Treinta años antes del caso Quinlan, una segunda historia comenzaba. El 1 de octubre de 1946 un tribunal internacional constituido en Nuremberg condenaba a 22 miembros del partido nazi por crímenes contra la humanidad. Al año siguiente, y tras haber descubierto los atroces experimentos llevados a cabo con prisioneros de guerra, el tribunal proclamaba el Código de Nuremberg que establecía un decálogo de principios que deberían ser respetados en casos de experimentación médica sobre seres humanos. La suerte del código fue inmensa: comentado en Chicago por una conferencia nacional en 1958 (9), base del borrador del Código de Ética en Experimentación Humana redactado por la Asociación Médica Mundial en Ginebra en 1961 (10) y desarrollado por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial de 1964 (11), es en la Declaración de Tokio de 1975 de la 29ª Asamblea Médica Mundial donde se recomienda expresamente que cada fase de la experimentación con sujetos humanos, tras definirse en un protocolo experimental, debe someterse a la consideración de un comité independiente especialmente constituido a tal efecto para aconsejar y opinar sobre ello, de modo que se profundizan las recomendaciones básicas del Código de Nuremberg. Se consolidaban de esta forma, mundialmente, los comités de investigación (*research ethics committees*), que desde entonces funcionan en diversas instituciones de salud, y entre ellas el hospital, bajo el concepto básico de la responsabilidad. Este mismo año, la doctora Karen Teel publicaba su famoso artículo ya mencionado (2). Seis años más tarde, en 1981, la Organización Mundial de la Salud difundía la "Propuesta de normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos", destinadas a indicar la conveniencia de aplicar la Declaración de Helsinki, revisada en Tokio, a los países en desarrollo (12). América Latina aparecía

como región especialmente considerada, según esta propuesta, para la implantación de estos comités.

El comité deontológico-técnico

La primera historia que relatamos pierde sus orígenes en el tiempo. Se cree que fue hacia finales del siglo V o primera mitad del siglo IV a.C. cuando tomó cuerpo en Grecia el más breve e influyente de los textos médicos conocidos, cuyo autor, sin embargo, se desconoce. Los médicos no solo encontraron en él un conjunto de normas para poder desempeñarse moralmente en su profesión, sino también la posibilidad de un potente desarrollo social por la universalización de su lenguaje (13). Reproducido incansablemente a lo largo de los siglos, considerado por Erotiano como obra acerca de la *téchnē*, prescrito por la bula *Quod jusiurandum* de 1531 del papa Clemente VII a todos aquellos que se graduaban de médicos, normativa de los asclepiadas para K. Deichgräber (14) y manifiesto pitagórico para L. Edelstein (15), el Juramento hipocrático ha influido hasta hoy en la deontología médica. La Declaración de Ginebra y el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial lo adaptaron en su Asamblea General de 1948. Y por este sentido de compromiso profesional y código ético, el Juramento es el antecedente mayor de los comités de ética de los colegios, gremios médicos y escuelas de medicina, que frecuentemente extendieron este modelo a los hospitales.

Estructura del CHE según los tres modelos presentados

La distinción establecida desde la perspectiva histórico-genética entre los tres modelos presentados nos resulta útil para poder definir con mayor precisión el significado del "comité ético-praxiológico". Porque es la consideración de estar comisionado para una toma de decisiones éticas que envuelve en su praxis hechos y valores, o conceptos científicos, reglas técnicas e ideas filosóficas, la que se rescata. Esta comisión o delegación

que recae en el comité surge a propuesta de una persona o un grupo, pero en cualquier caso ha de ser el hospital por una u otra vía quien delegue esta función. Debe tenerse en cuenta que un comité de tipo jurídico-científico o deontológico-técnico está remitiendo a uno u otro orden externo (Estado, colegios, asociaciones, etc.), mientras el CHE aparece, aquí, como la "conciencia de la institución" (16). La definición de Cranford y Doudera (17) de estos comités como "grupo multidisciplinario de profesionales de salud dentro de una institución de salud que cumplen la función de dirigir los dilemas éticos que ocurren dentro de la institución", puede ilustrarlo.

Nuestro concepto aparece aun más claro si frente a las opciones deontológica o jurídica destacamos la ética. Esto expresa, como bien señalara Gracia Guillén (18), la necesidad de los CHE de contar con una metodología de análisis del problema moral al cual se abocan. Para este autor, las fases de dicho método son: primera valoración del problema; análisis de la corrección del acto; análisis de la bondad del acto, y toma de decisiones. Para Kieffer (19), a su vez, el método se puede ordenar de la siguiente forma: planteamiento del problema; identificación de los cursos alternativos de acción; análisis de las consecuencias de cada vía de acción; ordenación de los valores existentes, y selección basada en el análisis. Otros autores presentan distintos métodos (20). En cualquier caso y para esta tarea surgen como herramienta útil los protocolos de ética clínica, entre los que se cuenta el de Bochum (21). No se trata por tanto de aplicar normas morales ya establecidas y orientadas fundamentalmente a proceder con decoro profesional, ni tampoco de observar atentamente las consecuencias jurídicas derivadas de un quehacer científico temerario, sino de una verdadera "producción" ética.

Pero también decimos que los CHE son eminentemente praxiológicos y no científicos o técnicos, porque su centro de gravedad se ubica en la consideración de los múltiples aspectos puestos en juego en el momento de la acción y la toma de decisiones (22, 23). Este es el punto, creemos, donde

cabe preguntarse ¿cuál es la ética de un CHE? y donde, ineludiblemente, abordaremos aspectos metaéticos. Así, teniendo en cuenta que estén representados todos aquellos involucrados en el dilema ético, para Bertomeu (24) es posible esbozar una ética de la comunicación en el sentido de Apel y Habermas que excluya los intereses estratégicos de una negociación entre las partes para abrir paso a una verdadera producción moral. Para ello resulta necesario que, pese a cualquier objeción (25), los filósofos puedan entrar en los hospitales y salvar la seriedad y el rigor del debate moral entre los profesionales de salud y los legos, a la vez que, como adelantara Toulmin (26), puedan salvarse ellos mismos. La ética clínica, en cualquier caso, requiere capacitación especial (27, 28). Pero aun teniendo en cuenta esto, es necesario señalar el carácter multidisciplinario de los CHE frente a un comité de expertos (en el comité jurídico-científico) o de notables (comité deontológico-técnico). Asimismo, las funciones serán mucho más variadas ya que la existencia de cualquier conflicto de valores puede convocar a un CHE, mientras que los otros dos tipos de comité tienen problemáticas más acotadas.

La experiencia argentina

En la Argentina se han creado en estos últimos años algunos comités de ética que, por surgir en medio del gran auge bioético, pueden considerarse inmersos en esta propuesta. El 5 de diciembre de 1984 se creaba el Comité de Ética del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires a raíz de algunos episodios de maltrato médico y de ciertas investigaciones clínicas no evaluadas éticamente. Entre las consideraciones que motivaron esta resolución hospitalaria figuraban las necesidades de un organismo de control de las investigaciones y el maltrato, de

una entidad para canalizar las quejas de pacientes y familiares, la educación ética de estudiantes y graduados, y la definición de normas para la actividad médica. La elección de los miembros se hacía entre médicos de "reconocida jerarquía ética vinculados con el hospital". Aunque pocos años después dejó de funcionar, este comité fue fundamentalmente de tipo deontológico-técnico aunque se propusiera cubrir también aspectos jurídico-científicos. También en Buenos Aires, se creó un CHE en el Hospital Italiano.

En Tucumán, en 1988 se creó el Comité de Ética de la Facultad de Medicina, integrado por 10 miembros, tres de ellos médicos, con funciones de asesoramiento y consulta, así como la Sociedad de Bioética del Colegio Médico de Tucumán, dedicada al estudio de tecnologías reproductivas y contracepción. No existen comités hospitalarios en esta ciudad. En Mendoza ha sido el Hospital Central el primero en crear, en octubre de 1987, un comité de bioética, multidisciplinario, con reuniones cada 15 días y en etapa de autoformación. En vía de formación se encuentra, asimismo, el Comité de Bioética del Hospital Lagomayor. En el Hospital Psiquiátrico del Sauce se ha designado un coordinador con vistas a la constitución de un CHE. En Mar del Plata, el Comité de Deontología del Hospital de la Comunidad, creado en 1984, se propone convertirse en un CHE.

La creación en 1987 del Comité de Ética del Centro Oncológico de Excelencia (COE) de Gonnet, bajo nuestra dirección, "respondió a los crecientes problemas morales de la atención de salud" y se propuso cumplir funciones educativas normativas y consultivas. Este comité está compuesto por 6 a 12 miembros procedentes de distintas disciplinas. Su objetivo es "emitir recomendaciones que nunca serán vinculantes para las partes". En cualquier caso, el surgimiento del CHE del COE fue producto de un extenso trabajo previo en el campo de las humanidades médicas y la bioética. Durante dos años este comité cumplió una etapa de investigación y docencia general. Desde diciembre de 1988 presta especial atención a la función consultiva orientada a la asistencia. Está confor-

mado actualmente por una mayoría de médicos y filósofos, un antropólogo, un sacerdote, y en las reuniones plenarios participa todo el personal hospitalario. Se trabaja en reuniones semanales de lectura y comentario de casos. El mayor inconveniente de este sistema son las dificultades de integración grupal acompañadas de un progreso metodológico. Las temáticas principales que se abordan se refieren a los aspectos teórico-prácticos de la toma de decisiones éticas, comprensión y adaptación de protocolos de ética clínica, análisis de la relación profesional-paciente, atención de salud, nuevas tecnologías, experimentación con sujetos humanos, y la muerte y el morir. Desde el punto de vista de su composición, funciones y metodología, el comité puede considerarse como único ejemplo de tipo ético-praxiológico. De manera creciente, se ha constituido en centro de referencia de los hospitales de la zona, a los que brinda asesoramiento e imparte enseñanzas, y cumple una tarea educativa cada día mayor.

Recomendaciones para la formación de CHE

Hoy por hoy, los CHE constituyen la herramienta más eficaz para trabajar en el campo de la ética biomédica desde una triple perspectiva: conceptual o teórica, a partir de la ética comunicativa; metodológica, con una ética clínica entre el casuismo y el situacionismo, y administrativa, desde el punto de vista prescriptivo. En torno al CHE pueden cristalizar buena parte de nuestras ideas para impulsar la bioética en nuestros países. Pero no resulta fácil orientar su formación.

Para la Academia Americana de Pediatría, en su propuesta para un comité de ética, es la dirección de un hospital la que debe designar a los miembros del CHE, entre los cuales habrá un médico de planta, un administrador hospitalario, un eticista o miem-

bro del clero, un representante jurídico (abogado o juez), un representante de los discapacitados, un miembro de la comunidad, un miembro del personal médico y una enfermera. El hospital dará los recursos necesarios para su funcionamiento y el comité se reunirá regularmente o a demanda. Se encargará de desarrollar normativas para temas generales y situaciones específicas, hará una revisión retrospectiva de las historias clínicas que sean consideradas moralmente problemáticas y hará una revisión de casos específicos celebrando reuniones abiertas a todas las partes afectadas, convocándolas con 24 horas de anticipación y a pedido de los miembros del CHE, de la administración del hospital o de la familia del paciente. El comité llevará un registro de todas sus deliberaciones y casos específicos considerados, guardando la confidencialidad propia de la institución, y dicho registro solo podrá ser entregado bajo orden judicial o requerimiento especial de alguna organización acreditada.

Las recomendaciones de la Asociación Americana de Hospitales para los comités hospitalarios de ética biomédica consideran que las funciones de los mismos han de estar orientadas a dirigir programas educacionales en aspectos de ética biomédica, proveer foros de discusión entre médicos y otros profesionales del hospital o de otros sitios acerca de temas de ética biomédica, servir con capacidad consultiva a las personas relacionadas con la toma de decisiones biomédicas y evaluar experiencias institucionales referidas a la revisión de decisiones con implicaciones ético-biomédicas. Los comités de ética no se ocuparán de la revisión de conductas profesionales ni serán sustitutos de revisiones legales o judiciales, ni tampoco tomarán decisiones en dilemas ético-biomédicos. El comité no reemplazará los lugares tradicionales de decisión en estos aspectos. Los miembros del comité serán se-

leccionados de acuerdo con estos objetivos y representarán un amplio marco de perspectivas y experiencias. Serán multidisciplinarios, e incluirán a médicos, enfermeros, administradores, trabajadores sociales, clérigos, síndicos, abogados, éticistas y representantes del paciente. El consejero legal hospitalario podrá participar en las reuniones y deberá revisar las recomendaciones emanadas del CHE. Para ser más eficiente, el comité tendrá la aprobación del hospital para un grupo estable que se reunirá regularmente y cuando sea necesario. Como regla general, nadie que esté envuelto personalmente en el caso en cuestión podrá participar en el comité mientras este caso sea considerado. Las recomendaciones del comité serán válidas para todo el equipo que intervenga en el tratamiento. Se respetará la confidencialidad de la información del paciente y su privacidad. Las circunstancias bajo las cuales puedan aparecer en las historias clínicas las recomendaciones del CHE serán determinadas por cada hospital.

Veatch (29) identifica cuatro tipos generales de CHE: los que revisan valores éticos y de otro tipo en decisiones sobre la atención de un paciente individual (es del tipo propuesto por Karen Teel); los que se ocupan de decisiones y políticas éticamente más generales (distribución de recursos, disponibilidad hospitalaria para atender determinadas problemáticas, etc.); los de carácter consultivo (su función es aconsejar especialmente en el caso de pacientes terminales), y los de pronóstico (tal como fue propuesto por el juez Hughes en el caso Quinlan). A estos cuatro modelos Spinsanti (30) agrega un quinto, característico de las instituciones en las que prevalece una preocupación confesional, y que ha de tener en cuenta especialmente la conciliación con la moral religiosa.

John Robertson (31) ha sugerido cuatro modelos posibles de CHE: opcional-opcional: no existe obligación de consultar al comité ni de seguir sus recomendaciones; imperativo-imperativo: la obligatoriedad es de consulta y cumplimiento de las recomendaciones; imperativo-opcional, y opcional-imperativo.

En cualquier caso, creemos conveniente que un CHE pueda ir dando sus pasos de crecimiento progresivamente (32), en una línea que va de la autoformación con revisión retrospectiva de casos al establecimiento de normas generales, para terminar en la etapa consultiva. Nos resulta difícil creer que la formación de un CHE pueda ser una cuestión perfectamente normalizada. Cada hospital, cada grupo, cada individuo hará su experiencia única dentro de unas líneas muy generales. Pero la ética es una disciplina filosófica y no una ciencia categórica. Su saber es envolvente, aproximativo, diamérico, construido sobre la negación de la "no-ética". El primer paso de un CHE, por ello, es socrático, de identificación de la sensibilidad ética, de la preocupación por el bien, del afán de la enseñanza. Nuestra preocupación es encontrar semejantes. En esa búsqueda, nuestra "recomendación" consiste en la organización de un curso de comités hospitalarios de ética donde puedan desarrollarse aquellas sensibilidades y preocupaciones. En ese curso se proveen los elementos mínimos, teóricos y prácticos para ese desarrollo.

Pero, más allá de todo esto, quien se asome a la luz de un CHE podrá ver sucederse los rostros multiformes de todos los pacientes que en su vida haya visto, los largos corredores de la vida y la muerte, la esperanza y la angustia; verá los aparatos del aliento y el pulso, la urgencia de las manos, las camas y los ojos, el bisturí que sangra sobre la carne abierta, la agonía de Jane Doe y el resignado gesto que Karen Quinlan tuvo cuando en un estallido el aire ya no estaba; verá también las leyes, los códigos y masas interminables de hombres vejados en el nombre de la salud y la gloria de una raza sin manchas; verá pasar los siglos; y en el fondo sin tiempo de una tierra surcada por hombres incansables de todas las naciones, sobre la desgastada colina de los siglos, verá la amarillenta e indestructible piedra del templo de Esculapio.

REFERENCIAS

- 1 Cohen, C. Ethics committees. Birth of a network. *Hastings Cent Rep* 18(1):11, 1988.
- 2 Teel, K. The physician's dilemma; a doctor's view: what the law should be. *Baylor Law Rev* 27:6-9, 1975.
- 3 Kosnik, A. Developing a health facility medical-moral committee. *Hosp Prog* 8:40-44, 1974.
- 4 Estados Unidos de América, Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica y del Comportamiento. Hospital Ethics Committees: Proposed Statute and National Survey. In: *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*. Washington, DC, US Government Printing Office, 1983, pp. 439-457.
- 5 Pless, E. The story of Baby Doe. *New Engl J Med* 309(11):663, 1983.
- 6 Estados Unidos de América, Departamento de Salud y Servicios Sociales. Proposed Rule 45 CFR Part 84, Nondiscriminations on the Basis of Handicap Relating to Health Care for Handicapped Infants. *Fed Regist* 48(129):30850, 1983.
- 7 Academia Americana de Pediatría. Comments of the American Academy of Pediatrics on Proposed Rule Regarding Nondiscriminations on the Basis of Handicap Relating to Health Care for Handicapped Infants. Documento interno.
- 8 Fleishman, A. R. y Murray, H. Ethics committees for infants Doe? *Hastings Cent Rep* 13(6):5-9, 1983.
- 9 *Clinical Research: Legal and Ethical Aspects, Session III. Report of the National Conference on the Legal Environment of Medical Science*. National Society for Medical Research y Chicago University, 1960.
- 10 Asociación Médica Mundial. Draft Code of Ethics on Human Experimentation. *Br Med J* 2(27 de octubre):1119, 1962.
- 11 Asociación Médica Mundial. Declaration of Helsinki: recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. 1964.
- 12 Organización Mundial de la Salud. Propuesta de normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos. 1982.
- 13 Mainetti, J. A. El Juramento Hipocrático. *Quiron (La Plata)* 11(2):97-101, 1980.
- 14 Deichgräber, K. Die ärztliche Standesethic des hippokratischen Eides. *Quellen und Studien zur geschichte der Naturwissenschaften und der Medizin* 3:29-49, 1933.

- 15 Edelstein, L. *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation*. Baltimore, Johns Hopkins, 1943.
- 16 McIver Gibson, J. y Kinbrough Kushner, T. Will the 'conscience of an institution' become society's servant? *Hastings Cent Rep* 16(3) 9-11, 1986.
- 17 Cranford, R. y Doudera, A. E. The emergence of institutional ethics committees. In: *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1984, pp. 6-7.
- 18 Gracia Guillén, D. Panorama actual de las Humanidades Médicas y de la Bioética. Conferencia presentada ante el VI Simposio Internacional de Bioética, celebrado en Gonnet, Buenos Aires, el 30 de noviembre de 1988.
- 19 Kieffer, G. H. Torna de decisiones éticas. In: *Bioética*. Madrid, Alhambra, 1983, pp. 47-90.
- 20 Thomasma, D. C. Training in medical ethics: An ethical work-up. *Forum Med* 1(9):33-36, 1978.
- 21 Sass, H. M., Viefnues, H. y Mainetti, J. A. *Protocolo de Bochum para la práctica ético-médica*, 2a. edición. Bochum, Zentrum für Medizinische Ethik, 1988.
- 22 Hucklenbroich, P. Action theory as a source for philosophy of medicine. *Metamedicine* 2(1):55-73, 1981.
- 23 Sadegh-Zadeh, K. Foundations of clinical praxiology. Part I: The relativity of medical diagnosis. *Metamedicine* 2(2):183-196, 1981.
- 24 Bertomeu, M. J. La ética en los comités de ética. *Quiron (La Plata)* 19(1):81-83, 1988.
- 25 Ruddick, W. y Finn, W. Objections to hospital philosophers. *J Med Ethics* 11(1):42-46, 1985.
- 26 Toulmin, S. How medicine saved the life of ethics. *Perspect Biol Med* 25(4):737-750, 1982.
- 27 Erde, E. L. On peeling, slicing and dicing an onion: the complexity of taxonomies of values and medicine. *Theor Med* 4(1):7-26, 1983.
- 28 Self, D. J. A study of the foundations of ethical decision making of physicians. *Theor Med* 4:57-69, 1983.
- 29 Veatch, R. Hospital ethics committees: Is there a role? *Hastings Cent Rep* 7(3):22-25, 1977.
- 30 Spinsanti, S. I comitati di etica negli ospedali. In: *L'Alleanza Terapeutica: Le dimensioni della salute*. Roma, Citta Nuova Editrice, 1988, pp: 99-112.
- 31 Robertson, J. Ethics committees in hospitals: Alternative structures and responsibilities. *Quality Rev Bull* 10(1):6-10, 1984.
- 32 Levine, C. Questions and (some very tentative) answers about hospital ethics committees. *Hastings Cent Rep* 14(3):9-12, 1984.

SUMMARY

HOSPITAL ETHICS COMMITTEES

Hospital ethics committees have arisen in response to the serious moral dilemmas that are becoming increasingly prevalent in medical practice. This article outlines the historical development of such committees by reviewing some celebrated cases and also categorizes the committees as ethical-praxeological, legal-scientific, or deontological-technical, according to their functions and structure. In addition, a description is given of the establishment of interdisciplinary commit-

tees in several health institutions in Argentina that deal with teaching, research, and consultation related to decision-making involving moral questions; case study and clinical ethics protocols; analysis of the relationship between health professionals and patients; and other related topics. Finally, based on their own experience in this field and knowledge of models employed in other countries, the authors offer theoretical, methodological, and administrative recommendations for the establishment of ethics committees.