

Guía PARA Comités de Ética Asistencial



Junta de
Castilla y León

Guía para Comités de Ética Asistencial

Edita:

© Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad.

Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación

Depósito Legal: S. 980-2008

Diseño, Maquetación e Impresión: Europa Artes Gráficas

En la práctica asistencial y en la toma de decisiones clínicas, en ocasiones entran en conflicto valores éticos del propio profesional, o del profesional y el paciente. La resolución de estos conflictos requiere de un detenido proceso de análisis y deliberación en el que se tomen en cuenta todos los valores en juego y se opte por aquellos que menos lesionen a los demás en conflicto.

Los Comités de Ética Asistencial surgen con el fin de ayudar a resolver este tipo de situaciones. Se erigen como estructuras que acogen en su seno el desarrollo de la reflexión, el debate y la deliberación racional, y su labor es fundamental para asesorar o proponer protocolos u orientaciones de actuación en casos de conflicto ético.

Tras unos años de andadura, y una vez finalizado el proceso de acreditación de todos los Comités en el ámbito del Área de Salud, la Comisión de Bioética de Castilla y León ha considerado oportuno hacer una reflexión sobre cuestiones como la organización, procedimiento de actuación o funciones de estos Comités, con el fin de que les sirva de ayuda en su actividad cotidiana y de impulso en el desempeño de sus funciones.

El resultado es este documento, excelente a mi juicio, que analiza en distintos apartados la naturaleza y fines de los Comités de Ética Asistencial, sus funciones o sus problemas internos y externos, entre otras cuestiones. A través de otros tantos subapartados, el documento detalla además cuestiones que son, en mi opinión, de especial interés para el desarrollo de la labor de estos órganos. Destacaría el apartado dedicado al procedimiento a seguir para analizar casos en los que se presenten problemas éticos, o el relativo a la elaboración de recomendaciones u orientaciones sobre temas éticos.

Espero que este documento cumpla la finalidad con la que se ha gestado, sirva de apoyo a todos los Comités de Ética Asistencial y permita avanzar en la toma de conciencia sobre la importancia que todos estos temas tienen en la asistencia sanitaria de cada día y que, en última instancia, contribuyen a mejorar su calidad.

FRANCISCO JAVIER ÁLVAREZ GUIASOLA
Consejero de Sanidad

Índice

■ Introducción	7
■ 1. Naturaleza y fines de los Comités de Ética Asistencial.....	9
1.1 Naturaleza	9
1.1.1 Deliberación.....	9
1.1.2 Carácter consultivo y asesor.....	10
1.1.3 Carácter pluridisciplinar.....	10
1.1.4 Competencia en bioética	10
1.2 Fines	10
■ 2. Funciones de los Comités de Ética Asistencial	11
2.1 Consultas sobre problemas bioéticos	11
2.1.1 Procedimiento para el análisis de casos	11
2.1.2 Formulación de recomendaciones	15
2.1.3 Obligación de confidencialidad	16
2.2 Protocolos y orientaciones de actuación sobre temas de bioética	16
2.2.1 Antes de elaborar una guía	16
2.2.2 Procedimiento para la elaboración de guías	16
2.2.3 Estructura de una guía.....	17
2.2.4 Después de elaborar una guía	17
2.3 Labor docente en bioética.....	17
2.3.1 Formación de los miembros de los Comités de Ética Asistencial	19
2.3.2 Formación de los profesionales sanitarios	19
2.3.3 Formación del resto del personal de la institución	20
2.3.4 Divulgación y educación general en bioética.....	20
2.4 Memoria de actividades.....	20
2.5 No-Funciones de los Comités de Ética Asistencial.....	21
■ 3. Relaciones de los Comités de Ética Asistencial	22
3.1 Con los pacientes	22
3.2 Con los profesionales sanitarios y con el resto del personal	22

3.3 Con la institución	22
3.4 Con la sociedad en general	22
3.5 Con otros Comités de Ética Asistencial	22
3.6 Con la Comisión de Bioética de Castilla y León	23
■ 4. Problemas de los Comités de Ética Asistencial y propuestas de mejora	24
4.1 Problemas externos	24
4.2 Problemas internos	25
■ 5. Comités de Ética Asistencial de la red de Sanidad de Castilla y León (SACYL)	28

ANEXOS

I. DECRETO 108/2002, de 12 de septiembre, por el que se establece el régimen jurídico de los Comités de Ética Asistencial y se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León.....	29
II. Modelo de Reglamento de régimen interno de los Comités de Ética Asistencial de Castilla y León	37
III. Tabla de creación y acreditación de los Comités de Ética Asistencial de la red de Sanidad de Castilla y León (SACYL)	46
IV. Directorio de los Comités de Ética Asistencial de la red de Sanidad de Castilla y León (SACYL).....	47

Introducción

El ser humano nunca será capaz de agotar la riqueza de una realidad concreta, razón por la cual sus juicios sobre ella nunca podrán ser completamente adecuados, sino que serán, a lo sumo, aproximados y probables. **En la asistencia sanitaria la completa adecuación es imposible** y, en mayor o menor grado, reina siempre la incertidumbre, de ahí que no deba ni pueda pretenderse que las decisiones que se tomen sean “ciertas”, aunque sí han de ser **“decisiones razonables”**. Esta razonabilidad consiste siempre en la ponderación cuidadosa de los principales factores que intervienen en cada situación, a fin de disminuir en lo posible la incertidumbre y aumentar la probabilidad de acierto de la decisión. El proceso de ponderación razonable, que puede ser individual o colectivo, se llama **deliberación** y la decisión razonable tomada tras deliberar se dice que es una **“decisión prudente”**. La deliberación y la prudencia se dan continuamente cuando los profesionales toman decisiones técnicas, como lo son las decisiones clínicas, pero cuando se presentan situaciones de conflicto de valores, entonces a menudo los responsables de tomar decisiones no saben cómo hacerlo y se sienten incapaces de controlar la angustia que genera en ellos la incertidumbre.

Los **Comités de Ética Asistencial (CEA)** existen para ayudar, por el camino de la deliberación, a que se tomen decisiones prudentes ante las situaciones de valor que se dan continuamente en el ámbito de la asistencia sanitaria.

La Comisión de Bioética de Castilla y León organizó una “Jornada sobre constitución y mejora de los Comités de Ética Asistencial en Castilla y León”, que se celebró en León, el día 21 de octubre de 2006. Surgió entonces la idea de recoger el contenido de los temas tratados y de elaborar una Guía para CEA. Esta Guía pretende ayudar a los CEA a reflexionar acerca de su naturaleza, sus fines y sus funciones. Además, propone métodos de trabajo y ofrece algunas recomendaciones. Para terminar, analiza las relaciones de los CEA con otros grupos y algunos de los problemas que pueden presentarse, aportando propuestas de mejora.

1. Naturaleza y fines de los Comités de Ética Asistencial

La naturaleza de los Comités de Ética Asistencial no suele ser objeto de análisis y además existe a menudo una confusión (cuando no un evidente desconocimiento) acerca de los fines y los medios que les son propios.

Un CEA es un grupo pluridisciplinar competente en bioética, que delibera y puede ser consultado para ayudar en la toma de decisiones sobre cuestiones de valor que se dan continuamente en el ámbito asistencial. El carácter pluridisciplinar y la competencia en bioética de sus miembros, así como la actitud deliberativa en su actuación asesora, son las características que cualifican al sustantivo grupo humano como capaz de poner los medios necesarios para alcanzar sus fines.

1.1 Naturaleza

1.1.1 DELIBERACIÓN

La deliberación es “el método” (lo que quiere decir “el camino”) adecuado para elegir los medios que permitirán a los CEA alcanzar los fines que les son propios. Como dijo Aristóteles en su “Ética a Nicómaco”, deliberamos para elegir los medios necesarios para alcanzar los fines a los que tendemos: *“La elección se refiere a los medios que conducen al fin. Así, deseamos estar sanos, pero elegimos los medios por los cuales podemos alcanzar la salud (...) Ni el médico delibera sobre si curará, sino que, puesto el fin, considera cómo y por qué medios puede alcanzarlo”*. La elección va acompañada de razón y reflexión.

El razonamiento deliberativo consiste en procurar la búsqueda de la verdad, ponderando todos los factores que intervienen en un hecho, mediante un proceso de diálogo establecido entre varias personas que procuran persuadirse mutuamente, empleando argumentos y dando cuenta de los principios en los que se fundan las ideas vertidas en sus opiniones, sin buscar anular por completo las razones del otro, sino encontrar, entre todos, la mejor elección.

El diálogo deliberativo busca el entendimiento y no es un modo de razonar apodíctico, de certeza, sino que lo es de opinión, que permite la existencia de opiniones diversas (“paradojas”) que, siendo distintas entre sí, sin embargo no se anulan. Como dice Diego Gracia, deliberar es un arte basado en el respeto mutuo, cierto grado de humildad o modestia intelectual y el deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos escuchando atentamente e intercambiando opiniones y argumentos con los otros implicados en el proceso. La deliberación es la capacidad de relativizar la propia perspectiva acerca de los fenómenos, teniendo en cuenta las perspectivas de los demás, discutiendo racionalmente sus puntos de vista y modificando progresivamente la propia visión del proceso. Un proceso de deliberación ha funcionado bien cuando las opiniones mantenidas por los participantes en el punto de partida son distintas de las que sustentan al final del proceso.

1.1.2 CARÁCTER CONSULTIVO Y ASESOR

Los resultados de la deliberación de los CEA no tienen carácter vinculante. No se toman decisiones de obligado cumplimiento para otros, sino que se emiten consejos que ayudan a tomar las decisiones a quienes son los responsables de hacerlo. En ese sentido los CEA asesoran a quienes les consultan.

1.1.3 CARÁCTER PLURIDISCIPLINAR

La realidad es inabarcable y la mejor manera de aproximarse a ella es observarla desde perspectivas diferentes. El origen diverso pluridisciplinar (que no sólo plural) de los miembros de los CEA ayuda a analizar mejor la realidad desde diversos puntos de vista que se complementan entre sí.

1.1.4 COMPETENCIA EN BIOÉTICA

El valor del trabajo del CEA y de las opiniones diversas que emiten sus componentes está avalado por el uso de la fundamentación y de la metodología que son propios de la bioética, entendida en este punto como la ética filosófica aplicada a la actividad clínica asistencial. La competencia en bioética debe ser por lo tanto un valor común de los miembros del CEA, imprescindible para darse a conocer y en consecuencia ser reconocidos.

1.2 Fines

El fin último de los CEA consiste en **contribuir a la humanización de la asistencia sanitaria**. También puede decirse que los CEA tienen como misión contribuir a **mejorar la calidad asistencial**. Los CEA son comités de calidad, ya que no puede hablarse de la calidad de la asistencia sanitaria sin tener en cuenta los valores humanos y los principios éticos implicados en la misma. Una asistencia sanitaria es de calidad y es definitivamente más humana, cuando se respetan los valores de las personas implicadas en la relación asistencial.

Existe un fin más próximo, un fin que es propio de los CEA: **ayudar a que las decisiones que se toman en relación con las cuestiones de valor de la asistencia sean las mejores decisiones posibles**. No basta con que las decisiones sean buenas, han de ser las mejores decisiones. El fin de los CEA es ayudar a elegir los mejores juicios y las mejores acciones de valor moral. Ese tipo de decisiones relativas a las cuestiones de valor moral, lo mismo que las decisiones técnicas que son propias de la actividad clínica, se toman siempre en condiciones de incertidumbre y nunca pueden ser ciertas, sino sólo probables.

La mejor decisión será siempre una decisión prudente, razonable, tomada después de haber disminuido, dentro de lo posible, la incertidumbre. El camino a seguir para realizar juicios prudentes es la deliberación.

2. Funciones de los Comités de Ética Asistencial

Deliberar debe ser para los CEA su estilo de actuación y la manera de desarrollar sus funciones.

Los CEA, por el camino de la deliberación pluridisciplinar, ayudan a tomar decisiones prudentes en las cuestiones de ética asistencial, **asesorando en los casos concretos** en que libremente se les consulta.

También mediante la deliberación, los CEA elaboran **guías o documentos de protocolos** para asesorar en la toma de decisiones ante situaciones que presentan una especial relevancia o que se repiten con mucha frecuencia.

Otra función muy importante de los CEA es la de promover y colaborar en la **formación en Bioética**.

2.1 Consultas sobre problemas bioéticos

Al igual que en la clínica (con los hechos), también en la ética (con los valores), hay que seguir un **procedimiento para tomar decisiones**. Del mismo modo que el llamado “ojo clínico” no basta para realizar un diagnóstico, tampoco es aceptable el “olfato moral” para analizar los problemas morales y buscar soluciones. No se pueden tomar decisiones “en escopetazo”, sin razonar, como tampoco se pueden admitir por parte de los CEA las consultas “de pasillo”.

Ante determinadas situaciones, como las que se presentan de forma urgente, puede ser necesario que exista una persona designada (un **consultor**), y/o varios miembros del CEA (un **comité de urgencia**), encargados de abordar el problema, aunque deberán rendir cuentas de su labor ante el conjunto del CEA. En general, las consultas sobre problemas éticos se intentarán canalizar hacia el CEA y para su análisis se procurará seguir siempre el procedimiento adecuado, que podrá ser el que a continuación se explica.

2.1.1 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CASOS

Pueden existir muchos procedimientos para analizar casos donde se presentan problemas éticos, pero, para ser buenos, tienen que tener tres niveles o momentos sucesivos: el de los hechos, el de los valores y el de los deberes. El procedimiento que se propone a continuación consta de seis pasos, además de una fase previa de aceptación y preparación del caso y de una fase final con la elaboración de un informe de recomendaciones.

I. Nivel de Hechos.

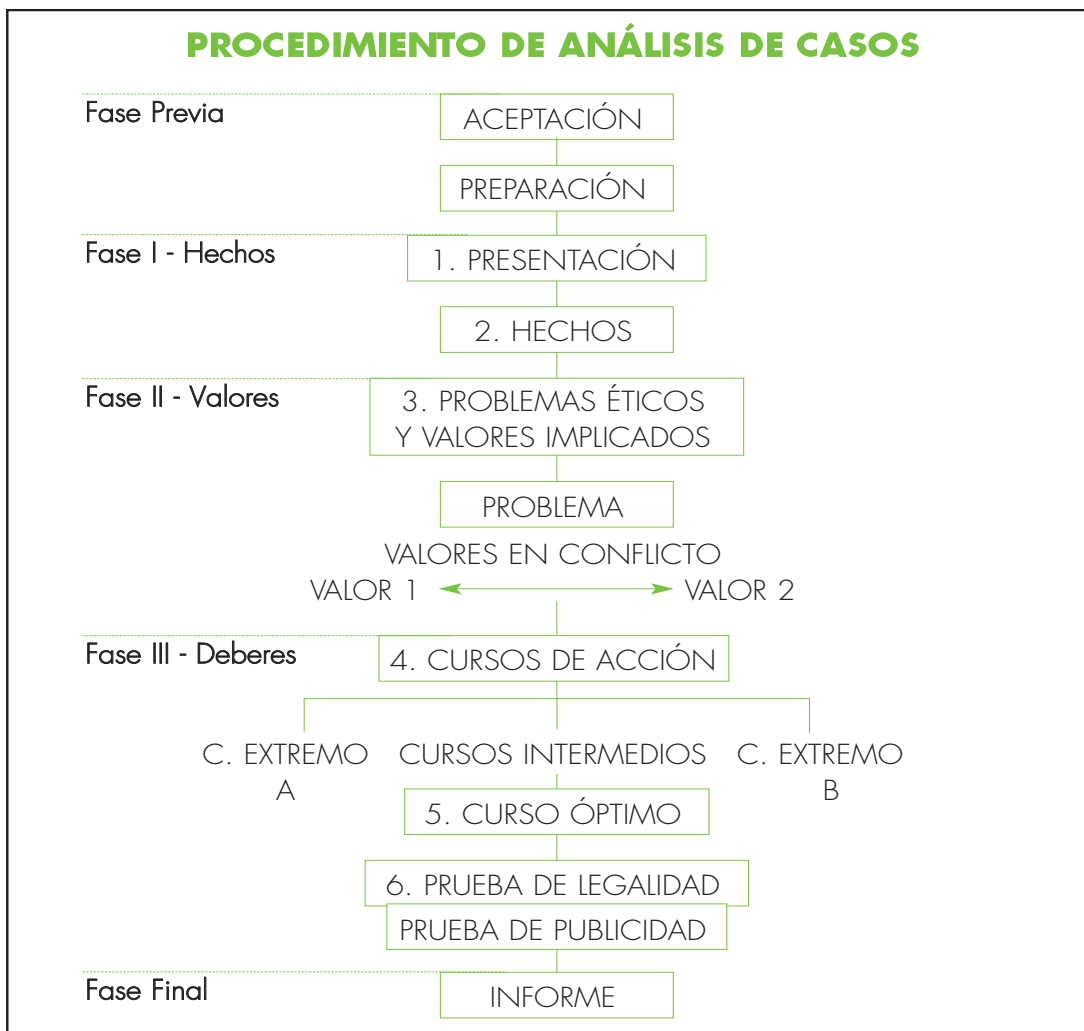
1. **Presentación** del caso.
2. Aclaración y análisis de los **hechos**.

II. Nivel de Valores.

3. **Detección de problemas éticos** presentes. **Selección** del problema que va a ser objeto de estudio, con identificación de los **valores en conflicto**.

III. Nivel de Deberes (deber moral y deber legal).

4. Identificación y estudio de los **cursos de acción posibles**.
5. Elección del curso de acción **óptimo**.
6. Marco jurídico de la decisión (prueba de la **legalidad**) y prueba de la **publicidad**.



0. Fase previa de aceptación y preparación.

Antes de aplicar el método propiamente dicho, será necesario en una fase previa admitir a trámite el caso y procurar que se cumplan todos los requisitos formales. En primer lugar, **la presentación es recomendable que se realice por escrito.**

Qué se consulta: el asunto que se somete a consulta tiene que ser competencia del CEA (ver el punto 2.4 “no-funciones de los CEA”). **Quién** consulta: la persona que realiza la consulta tiene que tener una implicación directa en el caso. **Por qué** se consulta: hay que tratar de evitar la existencia de intereses ocultos. **Para qué** se consulta: evitando una instrumentalización del CEA.

Una vez aceptado el caso, un miembro del CEA (el instructor) se encargará de **recabar y ordenar toda la información necesaria**, aclarando, en la medida de lo posible, los aspectos que puedan resultar confusos. Eso puede incluir la revisión de la historia clínica, realización de informes (social, jurídico, psiquiátrico, etc.) o de entrevistas personales (con el médico, el paciente, etc.).

1. Presentación del caso.

Iniciada la reunión, el moderador o quien ha instruido el caso procederá a su lectura. No es aconsejable que la persona que ha realizado la consulta al CEA se encuentre presente en el transcurso de toda la sesión, pues eso podría condicionar el procedimiento, además de poderse sentir juzgada en sus actuaciones. Sin embargo, en ocasiones resulta útil invitar a participar en alguna fase de la reunión a alguna persona ajena al CEA que pueda aportar opiniones o datos de interés para el análisis del caso.

2. Aclaración y análisis de los hechos.

A continuación se abrirá un diálogo dirigido a esclarecer y analizar los **aspectos técnicos** sanitarios y los **aspectos sociales** implicados en el caso, más aún teniendo en cuenta que en el CEA hay personas que no han recibido una formación sanitaria y que, naturalmente, tienen que entender lo que se está hablando.

3. Detección de problemas éticos presentes y de los valores implicados. Selección del problema que va a ser objeto de estudio, con la identificación de los valores en conflicto.

Con frecuencia ocurre que dos o más de los valores que confluyen en una experiencia moral entran en conflicto, se enfrentan entre sí, de manera que en cualquier caso, sea cual sea la decisión que se tome, alguno de esos valores se verá en alguna medida perjudicado. **El conflicto entre valores define un problema moral** y, en una

situación conflictiva, nunca se presenta un sólo problema, por lo que un buen ejercicio, que contribuye a dar luz sobre el asunto, consiste en la búsqueda y la identificación de los problemas éticos presentes, seleccionando finalmente aquél que es motivo de la consulta al CEA e identificando los valores que se encuentran en conflicto. Es fundamental identificar valores y para ello se requiere un entrenamiento.

4. Identificación y estudio de los cursos de acción posibles.

Un conflicto moral es un problema, no es un dilema en el que existen dos proposiciones opuestas y disyuntivas, de modo que la elección de una de ellas implica el rechazo de la otra. El dilema da por supuesto que siempre hay una respuesta, y que esa respuesta es única. La metodología dilemática es "decisionista", considera que sólo una de las dos posibilidades puede ser correcta y que el objetivo de la ética como disciplina consiste en dar razones y argumentos que inclinen el peso hacia un lado o hacia el otro, concluyendo cierta e irrevocablemente qué respuesta es la correcta y cual otra no.

El problema, por el contrario, está siempre delante de nosotros, exigiéndonos respuesta, pero ni nos dice que el conflicto tenga siempre solución, ni que las posibilidades a elegir sean siempre dos, ni menos que la solución razonable sea una y sea la misma para todos. La metodología problemática es "deliberativa", pone más acento en el camino que en la meta, se fija más en el procedimiento que en la conclusión. Los problemas son cuestiones abiertas, que no sabemos si seremos capaces de resolver, ni cómo. La solución no está presente desde el principio y por tanto la cuestión no está en la selección entre dos o más posibles respuestas, sino en la búsqueda de una respuesta propia y adecuada.

La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad, lo que supone ponderar tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso. Esto permitirá identificar todos o, al menos, la mayoría de los cursos de acción posibles. Puede tomarse como norma que los cursos posibles son siempre cinco o más y que cuando se identifican menos es por defecto en el proceso de análisis. Es útil señalar primero los dos cursos de acción extremos, los que defienden más uno de los dos valores enfrentados, de manera que también lesionan más el otro valor. A partir de esos extremos resulta más fácil ir identificando los cursos intermedios posibles. La solución más prudente casi nunca se sitúa en un extremo, sino que es una opción intermedia. Ya dijo Aristóteles que la virtud suele estar en el punto medio.

5. Elección del curso de acción óptimo.

Buscar la solución a un problema moral pasa por tratar de encontrar aquella decisión que, previsiblemente, lesionará en menor número y medida los valores que entran en conflicto. La función de la ética consiste en realizar los mejores valores, por lo que no basta con encontrar un curso de acción bueno sino que hay que seguir el mejor curso de acción, el óptimo. Éste ha de ser un curso de acción prudente, entendiendo la prudencia no en el sentido peyorativo de precaución o cautela, sino en el sentido aristotélico de sensatez, de aquello que es razona-

do y razonable. En la deliberación pluridisciplinar, la expresión de diversas opiniones argumentadas desde perspectivas diferentes ayudará a encontrar ese curso de acción óptimo.

La solución más prudente ante un problema ético se reconoce analizando los matices que aparecen al considerar los valores implicados, teniendo en cuenta las circunstancias que concurren en el caso concreto, además de las consecuencias que se pueden derivar de la acción elegida. **No hay reglas fijas, la solución está en la evaluación de la situación concreta.** Como dijo Aristóteles: *“el criterio está en la percepción”*.

Los principialistas extremos suelen afirmar que las decisiones deben tomarse sólo a la vista de los principios, ya que consideran éstos absolutos e inmutables. Los consecuencialistas extremos, por el contrario, piensan que la corrección de un acto sólo se mide por sus consecuencias. Lo que se ha dado en llamar “sentido moral” afirma la existencia de principios deontológicos formulados universalmente, como el no matar o el no mentir, pero considera que **todo principio tiene sus excepciones, que se justifican por las circunstancias del caso y las consecuencias previsibles. El deber primario es siempre cumplir con los principios, de modo que quien quiera hacer una excepción tiene de su parte la carga de la prueba** y, por tanto, ha de probar que la excepción puede y debe hacerse. Las teorías éticas que articulan principios y consecuencias se conocen con el nombre de “éticas de la responsabilidad”.

6. Marco jurídico de la decisión y prueba de la publicidad.

Sólo al final del proceso, cumplido ya el deber moral de elegir el curso de acción óptimo, llega el momento de someter a éste a la prueba de la legalidad, **comprobando que no es contrario al marco jurídico**, sino que respeta el deber legal.

A continuación, se exponen argumentos en contra de la decisión tomada y argumentos en contra de esos argumentos, que se estaría dispuesto a defender públicamente. La prueba de la publicidad se refiere a que el curso de acción elegido ha de ser transparente, de tal forma que **se podría argumentar a su favor públicamente**.

2.1.2 FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES

Al final, el resultado obtenido de la utilización del procedimiento expuesto ha de reflejarse en un **informe escrito, dirigido a la persona que realizó la consulta**. En dicho informe debe señalarse que no se pretende agotar las posibilidades de acción, manifestando además que no se vierten certezas, sino opiniones que son, eso sí, razonables y fundamentadas. Las argumentaciones deben ser siempre precisas y las conclusiones claras y expuestas con concreción. Se añadirá que las decisiones que se expresan no son vinculantes, sino que se tratan de aportar consejos, opiniones asesoras, ofreciendo ayuda aun en el caso de que la opción elegida por el interesado no coincida con la sugerida por el CEA. La responsabilidad de la decisión final corresponde únicamente a aquél que realizó la consulta y es el destinatario del informe. Por último, una vez entregado el informe, es desaconsejable hacer un seguimiento del caso, pues la curiosidad por conocer su desenlace puede ser interpretada como una intromisión del CEA.

2.1.3 OBLIGACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

En las consultas sobre problemas bioéticos, es importante recordar la obligación que en todo momento tienen los componentes del CEA de **respetar el derecho a la intimidad de todos los implicados y a la confidencialidad de toda la información** a la que se acceda en el ejercicio de las funciones y **de cumplir el correlativo deber de secreto, que incumbe a todos y no sólo a los profesionales sanitarios**. Precisamente para salvaguardar la confidencialidad, se recomienda que los casos tratados en las reuniones del CEA no se incluyan en las actas correspondientes, sino que figuren como anexos a las mismas.

2.2 Protocolos y orientaciones de actuación sobre temas de bioética

Los CEA deben proponer y colaborar en la elaboración de documentos, como guías y protocolos de recomendación, dirigidos a orientar la actuación sobre temas de bioética en la asistencia, cuando sea conveniente una política institucional por la dificultad del problema o por su frecuencia. **Es importante estudiar cuáles son los problemas y las necesidades reales del entorno de un CEA, sin precipitarse en la elaboración de protocolos o guías**, trabajo arduo que, además de no ser reconocido, puede interpretarse por los compañeros de la Institución como una imposición o una señal de intrusismo del CEA. También es importante **difundir bien los documentos propios y conocer los que han realizado otros CEA o la Comisión de Bioética de Castilla y León, discutiéndolos y, si se considera necesario, adaptándolos a la situación propia**.

2.2.1 ANTES DE ELABORAR UNA GUÍA

- **Identificación y definición del problema bioético.**
- **Valoración de la conveniencia** de elaborar una guía, frente a otras opciones posibles.
- **Búsqueda de guías previas** que traten del mismo problema o de asuntos relacionados.
- Valoración de la posibilidad de una **coordinación** con otros CEA y con la Comisión de Bioética de Castilla y León.
- Constitución del **grupo de trabajo** pluridisciplinar.

2.2.2 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE GUÍAS

- **Reparto de tareas**, fijando las responsabilidades de los autores.
- Establecimiento de un **cronograma**: plazos de trabajo y programación de las reuniones (presenciales y virtuales).
- **Búsqueda de documentación** relativa al problema.
- Aplicación del **método de trabajo deliberativo sobre las cuestiones de hecho, valor y deber** relacionadas con el problema (ver apartados 1.1.1 y 2.1.1), comenzando siempre con el estudio de los aspectos técnicos (hechos). Hay que prestar siempre especial atención a los cursos de acción y a las recomendaciones de actuación.
- **Evaluación del documento final**, considerando la posibilidad de solicitar una revisión externa.

2.2.3 ESTRUCTURA DE UNA GUÍA

■ Presentación:

- El diseño ha de ser **atractivo**.
- El formato y el tamaño serán de **fácil manejo**.
- Se deberá contemplar la posibilidad de una **versión electrónica**.

■ Organización:

- Disponer los contenidos identificables en **apartados**.
- Resaltar las **recomendaciones** por medio de caracteres en **negrita** o *cursiva*, párrafos destacados, notas al margen, etc.
- Emplear **algoritmos**, árboles de decisión, cuadros o tablas, porque ayudan a la comprensión y al uso de la guía.

■ Contenido:

- Relación de **autores**.
- **Índice** general de la obra.
- **Introducción** – presentación. Se ha de señalar cuál es el objetivo de la guía y a qué tipo de pacientes y/o procesos se dirige.
- Análisis de los **hechos**: aspectos técnicos y sociales.
- Análisis de los **valores**: el problema moral, identificación de valores en conflicto.
- Análisis de los **deberes éticos**: cursos de acción. Formulación de recomendaciones de actuación.
- Análisis de los **deberes legales**: marco legal.
- Indicación de métodos de **evaluación de la aplicación de recomendaciones**.
- **Anexos**: normativa, formularios, terminología, glosario, etc.
- **Bibliografía**.

2.2.4 DESPUÉS DE ELABORAR UNA GUÍA

- **Presentación, distribución y difusión** de la guía.
- **Implementación** de la guía: identificación de barreras y seguimiento.
- **Evaluación del uso**, tanto de la propia guía como de la aplicación de las recomendaciones que en ella se indican.
- **Revisiones** de la guía y posibles ediciones sucesivas.

2.3 Labor docente en bioética

Una de las funciones de los CEA y no la menos importante, contemplada en todos los reglamentos, es la formación en bioética, no sólo de sus miembros, sino también del resto del personal de la Institución.

Existen **tres modelos de enseñanza de la ética**:

- El modelo clásico es el **modelo impositivo**. Hay alguien que sabe y alguien que aprende. El primero es activo y el segundo pasivo. Uno es maestro o docto y otro es aprendiz o discípulo. Se trata solamente de transmitir un depósito de conocimiento; la ética no se discute, porque consiste en un conjunto de principios que, por ser ciertos y verdaderos, tienen que ser impuestos.
- El modelo moderno es completamente opuesto al anterior. Con el mundo moderno cambia el modelo de enseñanza, que se reduce a un **modelo informativo** o erudito. De lo que se trata es de informar, para que cada uno elija, pues cada cual es libre, tiene distintos valores, etc. Esto es lo propio del liberalismo, es una tesis positivista y liberal según la cual los hechos se pueden discutir, pero los valores no, porque son asunto privado exclusivamente; en eso consiste la neutralidad axiológica.
- Existe por último un tercer modelo que puede denominarse **modelo deliberativo** o socrático, según el cual la neutralidad axiológica no se sostiene. Sobre los valores también se puede discutir y un CEA debe hacerlo. No todos los valores son iguales, sino que interesa saber cuál es el mejor. Quien asume esta actitud es un sujeto que ni impone, ni es un sabio erudito; es alguien que delibera. Los valores hay que razonarlos, hay que dar razón de ellos. De este modo todos vamos a crecer. Sobre los valores cabe dialogar y discutiendo sobre ellos se pueden tomar decisiones prudentes. La persona que no tiene un estilo deliberativo no puede formar parte de un CEA, en primer lugar porque no es útil en él, pero además porque el Comité es inútil para él. ¿Para qué quiere participar en un Comité el que se cree que lo sabe todo?. Se hace imprescindible deliberar.

En general, **los objetivos de toda formación sistemática en bioética** deberán ser:

1. Capacitar a los profesionales sanitarios para **reconocer los aspectos éticos** de su práctica profesional, sabiendo identificar los conflictos morales y los valores en juego en dichos conflictos.
2. Equipar a los profesionales sanitarios con **conocimientos** teóricos que les permitan analizar crítica y sistemáticamente estos aspectos.
3. Proporcionar a los profesionales **habilidades** prácticas para integrar estas dimensiones en el proceso continuo de toma de decisiones y ser capaces de argumentar racionalmente estas últimas.
4. El objetivo general de todo sistema educativo es conseguir la adquisición de unos conocimientos y habilidades que conduzcan a un cambio de **actitudes**. Y es precisamente en esto último, el cambio de actitudes, donde se presentan las mayores dificultades, porque sólo desde la propia convicción, desde el descubrimiento personal, es posible que se produzcan cambios en las actitudes.

Los **contenidos de un programa de formación en bioética** se pueden agrupar en torno a los siguientes módulos:

- Historia y Fundamentación.
- Metodología.
- Relación Clínica.
- Comienzo de la vida.
- Final de la vida.
- Justicia sanitaria.
- Investigación clínica.

La **metodología docente** se puede desarrollar mediante:

- Sesiones teóricas.
- Análisis de casos.
- Comentarios de textos y sesiones bibliográficas.
- Sesiones audio-visuales, técnicas de ética narrativa, representaciones de teatro, etc.

2.3.1 FORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

La formación en bioética de los miembros que integran el Comité va a depender del tiempo de funcionamiento del mismo. Cuando se constituye la Comisión Promotora hay que llevar a cabo un proceso de formación desde el principio y, una vez consolidado el grupo, seguir con una formación continuada. Al principio el peso de la enseñanza lo llevan las personas que han recibido una formación previa, por ejemplo de máster o experto, pero enseguida los distintos integrantes deben ir participando, bien desarrollando temas, presentando casos o con comentarios de textos. Cabe considerar que las personas que se incorporan al grupo suelen estar ya motivadas. En ocasiones, pueden acudir a desarrollar sesiones teóricas algunos profesionales ajenos al CEA, no necesariamente sanitarios. A veces, si las circunstancias lo permiten, estas sesiones se pueden hacer extensivas al resto del personal. También se debe acudir a cursos, conferencias o seminarios de bioética impartidos por otros organismos.

2.3.2 FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

La formación de los profesionales sanitarios, referida tanto a médicos como a enfermeras, se contempla desde el nivel de pregrado, pasando por el postgrado, hasta la formación continuada, siendo en estos dos últimos donde tendrían protagonismo real los CEA. En el pregrado se adquiriría una formación básica y en el postgrado una formación avanzada y adaptada a las distintas situaciones y especialidades, pudiéndose distinguir **cinco áreas fundamentales**:

1. El área de Medicina y especialidades médicas.
2. El área de Cirugía y especialidades quirúrgicas.
3. El área Materno-Infantil.
4. El área de Psiquiatría.
5. El área de los Servicios Centrales.

Coordinar la enseñanza en estas áreas sería labor fundamental del CEA, para lo cual, en su composición debería haber representantes de cada una de ellas. La ética debería incluirse de manera sistemática y ser materia obligatoria en el currículo de todo especialista en formación.

2.3.3 FORMACIÓN DEL RESTO DEL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN

La formación en bioética tiene que alcanzar a todos los trabajadores, por la gran importancia que tienen temas como el respeto a la intimidad y la obligación de confidencialidad y secreto, por ejemplo. Además, en la composición del CEA intervienen trabajadores no sanitarios, que son imprescindibles para lograr la necesaria pluridisciplinariedad.

Al igual que ocurre con el personal sanitario, inicialmente la labor debe ser más informativa que formativa y puede llevarse a cabo a distintos niveles:

1. Acudiendo a desarrollar determinados temas, o a participar en reuniones cuando así se solicite.
2. Mediante sesiones públicas en forma de conferencias o mesas redondas, organizadas por el propio CEA.
3. Mediante la organización de cursos de bioética dirigidos a todo el personal de la Institución.

2.3.4 DIVULGACIÓN Y EDUCACIÓN GENERAL EN BIOÉTICA

No se puede olvidar la labor divulgativa en la sociedad, por ejemplo acudiendo a los distintos foros donde se solicite la participación del CEA.

2.4 Memoria de actividades

Anualmente, los CEA tienen que elaborar una memoria de actividades para presentarla tanto al Gerente de Área (o de Hospital, en su caso), como a la Comisión de Bioética de Castilla y León.

A continuación se dan una serie de recomendaciones para la elaboración de la memoria anual, señalando su **contenido mínimo**:

- **Composición** y cambios producidos durante el año.
- **Objetivos** propuestos al inicio.
- **Reuniones** llevadas a cabo, tanto **ordinarias** como **extraordinarias**, señalando su número y las fechas de celebración.
- **Orden del día** de las convocatorias correspondientes.
- **Casos consultados**, indicando su número y los temas tratados. Se recomienda, por razones de confidencialidad, que no aparezcan en las memorias los casos detallados.
- **Protocolos de recomendación** y otros **informes** elaborados, indicando su correspondiente título, autores y fechas.

- **Actividades formativas** organizadas y/o desarrolladas, tanto en el ámbito de actuación del CEA (Área u Hospital) como fuera de él, indicando los programas (al menos título, duración y personal docente) y, en su caso, la acreditación recibida.
- Participación activa en **congresos u otras reuniones** científicas, **publicaciones** y actividad de **investigación** en materia de Bioética.
- **Formación recibida** por los distintos miembros del CEA. **Asistencia** a congresos y cursos.
- **Necesidades** detectadas por y/o para el CEA.
- **Cumplimiento de objetivos** y breve **juicio crítico** de la actividad desarrollada a lo largo del año.
- **Otras actividades o cuestiones** que se deseen comunicar.

2.5 No funciones de los Comités de Ética Asistencial

Las decisiones que adopte el CEA **no tendrán nunca carácter vinculante ni reemplazarán la decisión** de los profesionales o la responsabilidad de quien hubiese solicitado asesoramiento.

- El CEA **no podrá asesorar o emitir informes sobre cuestiones en las que exista por escrito queja, denuncia o reclamación** judicial o administrativa.
- El CEA **no podrá emitir juicios acerca de las eventuales responsabilidades** de los profesionales. Tampoco podrá proponer la imposición de sanciones.
- El CEA **no podrá sustituir al Comité Ético de Investigación Clínica.**
- El CEA **no podrá sustituir a las Comisiones de Ética y Deontología de los Colegios Profesionales.**
- El CEA **no podrá sustituir las responsabilidades de las personas u órganos encargados de la gestión.**

3. Relaciones de los Comités de Ética Asistencial

3.1 Con los pacientes

El conocimiento del Comité por parte de los pacientes puede promoverse, entre otros sistemas, a través del **Servicio de Atención al Paciente** y por medio del **Manual de acogida** del centro. Las tareas de divulgación y educación general en bioética también son importantes en ese sentido.

3.2 Con los profesionales sanitarios y con el resto del personal

El acercamiento a los profesionales de los centros ha de hacerse a través de las **actividades formativas** y, con mucha paciencia, mediante **el trato diario**.

Puede ser oportuno, aunque sin duda también muy laborioso, publicar periódicamente un **boletín de bioética**, con noticias, anuncios de actividades del CEA, artículos sobre temas de interés general, presentación de supuestos prácticos, etc.

3.3 Con la Institución

La relación con la Institución ha de ser una **relación de independencia funcional, pero a la vez de colaboración**, pudiendo participar el CEA en acciones como la elaboración del **Código Ético Institucional**, colaborando, en su caso, en tareas de **evaluación o acreditación** del centro y manteniendo información de las actividades a través de **la memoria anual**, que es preceptiva. Es necesario contar con el **apoyo institucional**, no sólo con la cobertura de las necesidades básicas que la propia normativa recoge (un local, mobiliario adecuado, soporte informático y administrativo). La Institución debe reconocer al CEA como un comité de mejora de la calidad asistencial.

Tan importante es la implicación de la Institución en el CEA como la implicación del CEA en la Institución.

3.4 Con la sociedad en general

Es adecuada la aproximación a los **Colegios Profesionales** de Médicos y de Enfermería y a sus Comisiones Deontológicas, así como a otras **asociaciones profesionales**, por ejemplo las de Jueces, y a **asociaciones de pacientes y de consumidores**.

El contacto con los **medios de información** facilita la divulgación de la bioética y la difusión del CEA en la sociedad.

3.5 Con otros Comités de Ética Asistencial

Los CEA deben mantener entre sí una fluida relación, **prestándose ayuda en las necesidades y compartiendo experiencias y recursos, como los documentos realizados**. Es bueno propiciar el mutuo conocimiento y realizar reuniones sobre temas de interés común.

3.6. Con la Comisión de Bioética de Castilla y León

Entre las funciones de los CEA está la de poder elevar a la Comisión de Bioética de Castilla y León las cuestiones que estime oportunas. Por su parte, la Comisión de Bioética de Castilla y León tiene la función de ser **órgano de referencia** en materia de bioética para los CEA, además de la de proponer al Consejero de Sanidad la acreditación de los CEA y, en su caso, la revocación de aquella.

También es función de la Comisión de Bioética de Castilla y León colaborar en la elaboración y armonización de **protocolos** y orientaciones de actuación, así como potenciar la **formación** en bioética.

La Comisión de Bioética de Castilla y León conoce, a través de las **memorias anuales**, las actividades que desarrollan los CEA y facilita su difusión a otros CEA. También promueve y organiza reuniones conjuntas

4. Problemas de los Comités de Ética Asistencial y propuestas de mejora

Conviene analizar aquellos aspectos que en la práctica diaria, con frecuencia, presentan un funcionamiento deficitario en los CEA y los porqués, es decir, hay que realizar un “diagnóstico etiológico”. Puede decirse que existen dos grupos de problemas en el actual funcionamiento de los CEA: externos e internos.

4.1 Problemas externos

Son aquellos problemas que inciden en el funcionamiento del CEA por falta de apoyo institucional, por dificultad en las suplencias del personal, por la no liberación del tiempo de dedicación al CEA, por la poca dotación de medios, etc. También por otras cuestiones, como la falta de reconocimiento de los profesionales por parte de sus compañeros. Los “bioeticistas” se suelen considerar “intrusos”, porque se piensa que ante un problema moral basta con acudir al derecho o a la religión para resolverlo.

Algunos problemas y propuestas de mejora (PM):

1. **“Total autonomía de actuación”**. Algunas actividades han ocupado demasiado tiempo a los CEA: la validación de Consentimientos Informados, la obligación de cumplir objetivos, realizar informes para el Fondo de Investigación Sanitaria, etc.
PM: Tener un registro regional de Consentimientos Informados revisados por los CEA de la Comunidad y procurar armonizarlos para ofrecérselos a los profesionales y a los centros.
 Evitar que los CEA sean vistos como “puntos” fáciles de adquirir en el cumplimiento de objetivos institucionales. Procurar que los informes se soliciten al CEA sólo cuando sea necesario. Descargar al CEA de la rutina del papeleo.
2. **“Dotación de medios”**. Los medios no son sólo físicos, también son tiempo necesario para dedicarlo al CEA. Con frecuencia, algunos miembros le dedican muy poco tiempo y esfuerzo y otros demasiado.
PM: Compensar el tiempo dedicado al CEA, concediendo incluso la liberación temporal parcial de sus otras tareas habituales en algunos casos.
 Dotar efectivamente al CEA de los medios materiales y humanos necesarios, como mínimo los contemplados en la normativa.
3. **“Discusión de casos clínicos con elaboración de informes”**. Escasez del número de consultas al CEA. Pocos casos con “grandes problemas” éticos presentados por escrito, pero numerosos “pequeños problemas” éticos planteados verbalmente.
PM: Admitir que los “pequeños problemas” son los problemas reales que se presentan con más frecuencia en la práctica clínica. Tratar de dar una respuesta a este tipo de problemas es una forma de explicar a los profesionales lo que el CEA puede aportar para mejorar la calidad de la asistencia.

Encauzar las consultas verbales hacia consultas por escrito, evitando las consultas “de pasillo” sin que se siga el procedimiento adecuado.

4. **“Promover la mejora de la calidad asistencial y fomentar la excelencia”**. En la práctica se produce una escasa influencia sobre la rutina asistencial de las Unidades o los Servicios que no tienen miembros activos en el CEA.

PM: Promover una procedencia variada y suficiente de los miembros del CEA, implicando así a un mayor número de áreas.

5. **“Elaboración de protocolos y recomendaciones de actuación”**. La puesta en común de los mismos protocolos entre diferentes CEA puede evitar el debate interno.

PM: Es en el propio proceso deliberativo donde un CEA madura: cada CEA debe debatir y adaptar los protocolos y recomendaciones de actuación a su Centro.

6. **“Formación”**. Escasa asistencia a las actividades docentes que organizan los CEA.

PM: La puerta de entrada al interés está allí donde se encuentran los problemas reales de la asistencia, no los “grandes problemas éticos”. Prestar atención al tipo de problemas que se comentan “en el pasillo” para intentar dar una respuesta, acaso, mediante la elaboración de protocolos de actuación.

7. **“Investigación”**. La investigación en ética es un “nuevo mundo” por descubrir, para lo que no hay tiempo.

PM: Sería bueno empezar por conocer descriptivamente nuestros centros, con una metodología común que permitiera reflejar y comparar cómo evolucionan y a la vez identificar nuevos problemas éticos.

8. **“Asesoramiento sobre cuestiones de carácter ético que surjan en el ámbito asistencial.”** Muchas veces existen prisas y se pide una respuesta automática. Existe el riesgo de tratar todos los casos con carácter de urgencia.

PM: Es difícil compaginar urgencia y deliberación. El CEA no es un comité decisorio, su misión es deliberar y asesorar a los que tienen el problema, aunque sin dilatar sus deliberaciones en el tiempo.

9. **“Comité de Ética Asistencial”**. En ocasiones se olvida el carácter “asistencial” del Comité y se pretende que intervenga y opine en todo: en el reparto de la productividad, para reprender a la Dirección o a los profesionales que funcionan mal, como consultoría jurídica, etc.

PM: El CEA tiene que centrar su actividad en lo que le es propio: “análisis y asesoramiento sobre las cuestiones de carácter ético que surjan en el ámbito asistencial”.

4.2 Problemas internos

Son aquellos problemas que afectan a los miembros del CEA, a la dinámica de grupo o a los objetivos propuestos.

En los CEA existen dos tipos de personas, que según la literatura anglosajona pueden llamarse **“proactivos”** y **“reactivos”**. Hay personas que tiran y personas que son una carga, que se mueven sólo a estímulos de otros. Son las personas proactivas las que están expuestas a la llamada **“fatiga moral”**, quienes se implican más, ponen más

empeño, se hacen más ilusiones son, al final, los que más se suelen fatigar. La fatiga moral afecta a la propia capacidad volitiva y emocional de realizar las cosas y conduce a la claudicación.

"Ilusión" es palabra que tiene un sentido negativo: el que va sediento por el desierto suele ver un oasis donde no lo hay. Ilusión es ver lo que no existe. Ser un iluso es algo negativo. Pero lo curioso es que en castellano, al contrario de lo que ocurre en otros idiomas, además de un sentido negativo, el término "ilusión" tiene un sentido positivo: "ilusión" no sólo es un error de percepción, sino también un estímulo para la acción. **Tenemos que tener ilusiones, pensar en mundos mejores, a fin de poder realizarlos, al menos en parte.** Esto es importante en todas las empresas y también en la empresa que es un CEA. Las personas que tienen muchas ilusiones suele decirse que son personas muy voluntariosas, pero el término voluntarioso no es exacto, porque, **además de voluntad, en la ilusión también hay sentimiento.** Son dos actos distintos: la voluntad la ponemos nosotros, mientras que el sentimiento se nos impone. Ahora bien, **el problema es que tras la ilusión puede venir la desilusión, lo que significa un fracaso emocional.** Uno puede volver a ilusionarse múltiples veces, pero en la curva sinusoidal que dibujan las fases de la ilusión y de la desilusión, la amplitud, es decir la distancia entre ambas, es cada vez más corta y tiende a la media. Por tanto, **en lo que concierne a la fatiga moral hay razones, pero también emociones, que al final acaban en una claudicación;** es lo que los anglosajones llaman **"exhaustividad moral", que es la pérdida de la ilusión.**

Ante esa situación el tratamiento no consiste en suministrar una nueva recarga emocional, sino en aprender a disminuir la fatiga emocional y la angustia antes de llegar al fracaso. No hay cabida para el enfado, el enfado es un modo de angustia, un sentimiento inconsciente y destructivo. Hay que afrontar los problemas de una manera más deportiva, más desenfadada, hay que conseguir "orear el inconsciente" apelando a la razón, que la angustia pase de la inconsciencia a la razón. **No se trata de apelar a la emoción, sino a la razón, que es la que puede darnos una cierta "seguridad" frente a la angustia** y permitir que controlemos de un modo adecuado los mecanismos de defensa del yo. Estos mecanismos de defensa son inconscientes y son siempre respuestas a la angustia.

Los mecanismos de defensa se revisten en función de los contextos. En los CEA existe sobre todo angustia generada por "incertidumbre". Hay que aprender a gestionar la incertidumbre sin angustia. El médico se forma para manejar la angustia en su práctica profesional, de no ser así, no sería capaz de tomar ninguna decisión clínica. Pues bien, en ética sucede lo mismo. Un problema ético produce angustia si no se sabe manejar y dispara mecanismos de defensa.

Mecanismos de defensa inmaduros son: la negación del problema, la tendencia a imponer el criterio propio, la manipulación y la búsqueda de la certeza absoluta, por ejemplo, a través del derecho. A menudo se tiende a convertir un problema ético en un problema jurídico, en un intento de buscar la seguridad total. Se quieren resolver las cosas de modo claro y tajante, acudiendo no al razonamiento moral, sino a la solución jurídica y a veces religiosa. Ahora bien, la bioética no está en el nivel de lo jurídico ni de lo religioso, no por ser de más nivel, sino por ser un nivel distinto.

Sin embargo, frente a los mecanismos de defensa inmaduros, hay otros que son maduros. **Un modo maduro de afrontar la angustia es a través de la deliberación. La deliberación, que también puede ser individual, es un procedimiento racional, no emocional, de control y defensa de la angustia.** Así, los miembros de los CEA tienen que tener esto presente y proceder con método deliberativo en los análisis de los problemas morales y defenderse así de la angustia.

Pues bien, con estas ideas claras, es muy difícil caer en la fatiga moral. Sólo así se puede controlar la angustia, o tener alta moral. Hay que adquirir una nueva actitud, propagar un nuevo estilo de tratar los problemas de valor, que no consiste en imponerlos ni en considerarlos neutrales. Se trata, sencillamente, de discutirlos racionalmente. Esto es útil no sólo para los Comités, sino para la propia vida; proceder así no es un enriquecimiento sólo para los demás, sino para uno mismo.

En definitiva, se puede tratar la angustia, o mejor, prevenirla gracias a la deliberación. Los que van delante, los proactivos son los más expuestos a ella, porque son los que siempre van más de prisa. Su tesis, a veces, es que, como van delante, todos deberían ir a la misma velocidad. Esto es imposible. Su velocidad es necesaria para estimular a los demás, no para que los demás estén a su misma altura. Su función es tirar de los demás. En este sentido un CEA siempre es una avanzadilla en el modo de hacer las cosas que, inevitablemente, se convierte en un referente para los demás. **No podemos frenar por pensar que no nos siguen. Tenemos la esperanza de que nos sigan.**

5. Comités de Ética Asistencial de la Red de Sanidad de Castilla y León (SACYL)

Los CEA en Castilla y León se rigen por el Decreto 108/2002, de 12 de septiembre, por el que se establece el régimen jurídico de los Comités de Ética Asistencial y se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León, y son acreditados por el Consejero de Sanidad a propuesta de la Comisión de Bioética de la Comunidad Autónoma. En el año 2002 habían sido acreditados por el Instituto Nacional de la Salud (Insalud) seis CEA, todos ellos con ámbito de actuación hospitalario. En el año 2007 las once Áreas de Salud contaban con CEA de Área, es decir, con ámbito de actuación que incluye Atención Primaria y Atención Especializada. En dos de los once casos los CEA de Área coexisten con CEA Hospitalarios (Anexo III).

ANEXO I

BOCyL nº 181 de 18-9-2002, página 12121

DECRETO 108/2002, DE 12 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE ESTABLECE EL RÉGIMEN JURÍDICO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL Y SE CREA LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DE CASTILLA Y LEÓN

La asistencia sanitaria moderna pone al alcance de las personas –pacientes y profesionales– el empleo de técnicas que hace sólo unos años no eran ni tan siquiera imaginables. Estas nuevas aplicaciones científicas no sólo plantean importantes exigencias en el ámbito de la competencia profesional, sino también numerosos dilemas de carácter ético.

La novedad de la técnica aplicable, más que requisito para el surgimiento de este tipo de cuestiones éticas, constituye el sustrato de algunos casos-límite que, por su propia naturaleza, impresionan la conciencia social al verse afectada de raíz la propia vida humana. Los supuestos de interrupción del embarazo, las transfusiones sanguíneas a personas que profesan determinadas creencias, el trato médico que deben recibir los enfermos terminales, son sólo algunos de los ejemplos de esta encrucijada en la que profesionales y pacientes pueden encontrarse.

No obstante, el componente ético de las decisiones clínicas acompaña en toda ocasión a su factor científico y técnico, pues siempre está presente el necesario respeto a la dignidad de la persona como ser humano al que en ningún supuesto cabe instrumentar.

La complejidad de este tipo de cuestiones en una sociedad plural hace que tanto el profesional como el paciente puedan tener, a veces, una sensación de soledad y desamparo a la hora de tomar decisiones difíciles. En estos casos, el asesoramiento por parte de los Comités de Ética Asistencial, órganos interdisciplinarios especialmente dedicados al análisis de estas materias, puede resultar muy útil.

El presente Decreto establece el régimen jurídico de tales Comités, que en ningún caso sustituirán el ámbito de decisión que es propio de los concretos profesionales y usuarios –de ahí el carácter no vinculante de los informes emitidos–, pero que pueden sin duda suponer un sólido apoyo, evitando la conflictividad o el recurso a actitudes puramente defensivas, al mismo tiempo que promueven la formación en bioética de los profesionales y contribuyen a una asistencia sanitaria más humana y de mayor calidad.

Por todo ello se pretende impulsar la creación y funcionamiento de Comités de Ética Asistencial, creándose además, como valor añadido, una Comisión de Bioética de Castilla y León que intervendrá en los procesos de acreditación y servirá de referente a los distintos Comités creados.

Todo ello con independencia de otros órganos establecidos al amparo de las previsiones de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento, respecto de los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos.

En su virtud, a propuesta del Consejero de Sanidad y Bienestar Social, consultado el Consejo Regional de Salud y previa deliberación del Consejo de Gobierno de la Junta de Castilla y León, en su reunión del día 12 de septiembre de 2002.

DISPONGO:

Artículo 1. Objeto.

Mediante el presente Decreto se establece el régimen jurídico de los Comités de Ética Asistencial en los centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad pública o privada ubicados en el territorio de la Comunidad de Castilla y León, y se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León.

CAPÍTULO I COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Artículo 2. Concepto y ámbito de actuación.

1. Los Comités de Ética Asistencial son órganos colegiados de deliberación, con carácter consultivo e interdisciplinar, creados en los centros, servicios y establecimientos de titularidad pública o privada para el análisis y asesoramiento sobre las cuestiones de carácter ético que surjan en el ámbito asistencial, con el fin último de contribuir a la humanización de la asistencia sanitaria.
2. El ámbito de actuación de un Comité de Ética Asistencial puede extenderse a uno o varios centros, servicios o establecimientos ubicados en el territorio de la Comunidad de Castilla y León.

Artículo 3. Creación.

Los Comités de Ética Asistencial se crearán con carácter voluntario por acuerdo de la persona o personas responsables de los centros, servicios o establecimientos en los que vayan a intervenir.

Artículo 4. Acreditación.

1. Los Comités de Ética Asistencial que lo deseen podrán ser acreditados por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social siempre que cumplan los requisitos exigidos en el presente Decreto. Para ser acreditados, los Comités de Ética Asistencial deberán justificar un año de funcionamiento, al menos, desde su creación.
2. La solicitud de acreditación de un Comité de Ética Asistencial se dirigirá a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, firmada por la persona o personas responsables de los correspondientes centros, servicios o establecimientos, y acompañada de los siguientes documentos:
 - a) Copia del acuerdo de creación del Comité o certificación referida al momento en que comenzó a funcionar.
 - b) Justificación documental de las actividades desarrolladas por el Comité durante el último año.
 - c) Relación de miembros del Comité, con expresión del puesto de trabajo que desempeñan y su currículum vitae, con especial referencia a su interés, conocimiento y experiencia en materia de bioética.
 - d) Declaración del solicitante o solicitantes relativa a los medios materiales y humanos que se ponen a disposición del Comité para el adecuado ejercicio de sus funciones, como mínimo: espacio para secretaría, mobiliario adecuado para garantizar la confidencialidad de los documentos, soporte informático para manejar la información y cuantos puedan tener incidencia en su mejor funcionamiento.
 - e) Copia del reglamento de régimen interno del Comité.

3. Comprobado el cumplimiento de los requisitos por la Comisión de Bioética de Castilla y León, y a propuesta de ésta, el Consejero de Sanidad y Bienestar Social resolverá la acreditación del Comité, especificando el ámbito de actuación que le corresponda.
4. Una vez acreditados, los Comités de Ética Asistencial comunicarán en todo momento a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social cualquier modificación que se produzca en su composición o régimen de funcionamiento.
5. A propuesta de la Comisión de Bioética de Castilla y León, y de forma motivada, el Consejero de Sanidad y Bienestar Social podrá dejar sin efecto la acreditación de un Comité de Ética Asistencial por incumplimiento de lo dispuesto en la presente norma o en otras de desarrollo de la misma.

Artículo 5. Composición.

1. La pertenencia a un Comité de Ética Asistencial será siempre voluntaria.
2. Los Comités deberán estar formados por un número mínimo de siete miembros, a ser posible con formación y experiencia en materia de bioética, entre los cuales deberá figurar:
 - a) Personal facultativo.
 - b) Personal sanitario no facultativo.
 - c) Personal no sanitario.
 - d) Una persona licenciada en Derecho, o titulada superior con conocimientos de legislación sanitaria.
 - e) Una persona ajena al centro, servicio o establecimiento, no vinculada a las profesiones sanitarias, con interés acreditado en bioética.Se procurará que el personal señalado en los apartados a), b) y c) esté representado en el Comité con un número de miembros similar para cada uno de ellos.
3. En el supuesto de que en los centros, servicios o establecimientos exista Comité Ético de Investigación Clínica, Comisión de Calidad o Servicio de Atención al Usuario, un miembro de cada uno de estos órganos deberá formar parte del Comité de Ética Asistencial.
4. No podrá formar parte del Comité de Ética Asistencial el personal que ostente puestos directivos en el ámbito sanitario.

Artículo 6. Designación de los miembros.

1. Acordada la creación de un Comité, la designación de sus primeros miembros será realizada por la persona o personas responsables de los correspondientes centros, servicios o establecimientos. Los sucesivos nombramientos se realizarán por el propio Comité de Ética Asistencial.
2. Una vez designados, los miembros del Comité elegirán de entre ellos a las personas que desempeñarán la Presidencia y la Secretaría.
3. Siempre que existan candidaturas, cada cuatro años se renovará como mínimo a un tercio de los miembros del Comité.

4. La participación como miembro del Comité será siempre a título individual y nunca como representante o portavoz de cualesquiera asociaciones o colectivos.
5. Los Comités podrán crear grupos de trabajo, así como recabar la asesoría de consultores o expertos que podrán participar en sus sesiones con voz pero sin voto.

Artículo 7. Funciones.

1. Los Comités de Ética Asistencial tendrán las siguientes funciones:
 - a) Velar por los derechos de los usuarios, promoviendo un entorno asistencial lo más humano posible.
 - b) Velar por el respeto de la dignidad de las personas que intervienen en la relación asistencial.
 - c) Asesorar en el proceso de toma de decisiones en aquellas situaciones en que se planteen conflictos éticos.
 - d) Asesorar desde una perspectiva ética a los correspondientes centros, servicios o establecimientos.
 - e) Proponer a los correspondientes centros, servicios o establecimientos protocolos y orientaciones de actuación para aquellas situaciones en las que se presentan conflictos éticos.
 - f) Elevar las cuestiones que estimen oportunas a la Comisión de Bioética de Castilla y León.
 - g) Colaborar en la formación bioética de los profesionales.
 - h) Elegir a las personas que desempeñarán la Presidencia y la Secretaría.
 - i) Elaborar y aprobar su propio reglamento de régimen interno.
 - j) Elaborar una memoria anual de actividades, que deberá remitirse a la persona o personas responsables de los correspondientes centros, servicios o establecimientos y a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
2. Las funciones de los Comités de Ética Asistencial en ningún caso comportarán:
 - a) Subrogarse o reemplazar la decisión clínica de los profesionales o la responsabilidad de quien hubiere solicitado su asesoramiento.
 - b) Asesorar o emitir informe en los supuestos en que la persona interesada hubiese presentado por escrito queja, denuncia o reclamación judicial o administrativa.
 - c) Emitir juicios acerca de las eventuales responsabilidades de los profesionales implicados en los asuntos que se les sometan.
 - d) Proponer la imposición de sanciones.
 - e) Sustituir a los Comités Éticos de Investigación Clínica.
3. Las funciones de los Comités de Ética Asistencial se entenderán sin perjuicio de las competencias que en materia de ética y deontología de los profesionales sanitarios corresponden a sus respectivos Colegios Profesionales.

Artículo 8. Funcionamiento.

1. El Reglamento de régimen interno determinará las normas de funcionamiento del Comité, que en todo caso se adecuará a lo previsto en las disposiciones generales reguladoras de los órganos colegiados y en el presente Decreto. El Comité

deberá reunirse en convocatoria ordinaria, como mínimo, cuatro veces al año. Además del régimen ordinario de convocatorias y reuniones, el reglamento deberá prever un régimen especial para los casos de urgencia.

2. Los profesionales, usuarios y órganos directivos o de representación de los correspondientes centros, servicios o establecimientos podrán dirigirse al Comité solicitándole asesoramiento. Dichas solicitudes se canalizarán, en el caso de los usuarios, a través Servicio de Atención al Paciente u órgano existente de similares funciones, y a través de la Secretaría del Comité en el resto de los casos.
3. El Comité será convocado con una antelación mínima de siete días hábiles, salvo en los casos de urgencia. De cada reunión se levantará acta, en la que constarán los miembros asistentes, el orden del día, las circunstancias del lugar y tiempo en que se ha celebrado, los puntos principales de las deliberaciones, así como los acuerdos adoptados.
4. Para la válida constitución del Comité será necesaria la presencia del Presidente y Secretario o en su caso, de quienes le sustituyan, y la de la mitad al menos de sus miembros. Los reglamentos de régimen interno podrán establecer un quórum de constitución distinto en segunda convocatoria.
5. Los acuerdos se adoptarán, preferentemente, por unanimidad de los miembros presentes, y en todo caso por mayoría no inferior a 2/3 de éstos. En caso de no lograrse la unanimidad, así lo reflejará el Comité en sus informes o recomendaciones, haciendo constar todas las opiniones vertidas sobre el tema planteado y los razonamientos que las sustenten.
6. Los informes y recomendaciones emitidos por los Comités de Ética Asistencial se realizarán por escrito, dirigiéndose directamente a quien hubiese solicitado su intervención, y no tendrán carácter vinculante.
7. Las personas que participen en el Comité de Ética Asistencial y en sus grupos de trabajo estarán obligadas a respetar la confidencialidad de toda la información a la que tengan acceso, así como a preservar el secreto de sus deliberaciones.
8. Sin perjuicio de su dependencia orgánica en el seno de los centros, servicios o establecimientos en los que intervengan, los Comités de Ética Asistencial gozarán de total autonomía en su actuación y no tendrán dependencia funcional de órgano alguno.

CAPÍTULO II

COMISIÓN DE BIOÉTICA DE CASTILLA Y LEÓN

Artículo 9. Creación.

Se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León como órgano consultivo del Sistema Regional de Salud, adscrito a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Artículo 10. Composición.

1. La Comisión de Bioética de Castilla y León constará de Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría y Vocales.

2. Tanto la persona que ostente la Presidencia como aquellas que desempeñen la Vicepresidencia y las Vocalías deberán poseer formación y experiencia en materia de bioética, y serán nombradas por el Consejero de Sanidad y Bienestar Social por un período de cuatro años, pudiendo ser designadas por otro período de tiempo igual.

El Vicepresidente sustituirá al Presidente en los casos de ausencia, vacante, enfermedad y siempre que cualquier circunstancia le impida ejercer sus funciones.

3. Entre los Vocales de la Comisión habrá, al menos:

- Tres personas licenciadas en Medicina y Cirugía, a propuesta, respectivamente, de la Gerencia Regional de Salud, la Dirección General de Salud Pública y el Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Castilla y León.
- Dos personas diplomadas en Enfermería o titulación equivalente, a propuesta, respectivamente, de la Gerencia Regional de Salud y del Consejo de Colegios Profesionales de Diplomados de Enfermería de Castilla y León.
- Dos profesionales sanitarios de titulación distinta a las anteriores, a propuesta, respectivamente, de la Gerencia Regional de Salud y de la Dirección General de Salud Pública.
- Dos personas ajenas a las profesiones sanitarias de las que al menos una será licenciada en Derecho, a propuesta, respectivamente, de la Secretaría General de Sanidad y Bienestar Social y de la Dirección General de Planificación Sociosanitaria.
- Dos miembros de Comités de Ética Asistencial de centros, servicios o establecimientos de la Comunidad de Castilla y León, a propuesta de la Dirección General de Planificación Sociosanitaria.
- Un miembro de un Comité Ético de Investigación Clínica de centros, servicios o establecimientos de la Comunidad de Castilla y León, a propuesta de la Gerencia Regional de Salud.

4. La persona titular de la Secretaría, que tendrá voz pero no voto, será designada por el Consejero de Sanidad y Bienestar Social entre el personal técnico de la Consejería.

Artículo 11. Funciones.

La Comisión de Bioética de Castilla y León tendrá las siguientes funciones:

- a) Asesorar a las instituciones y órganos del Sistema de Salud de Castilla y León en materia de bioética.
- b) Proponer al Consejero de Sanidad y Bienestar Social la acreditación de los Comités de Ética Asistencial y, en su caso, la revocación de aquélla.
- c) Promover la creación de Comités de Ética Asistencial.
- d) Ser órgano de referencia en materia de bioética para los Comités de Ética Asistencial.
- e) Emitir informes y realizar estudios sobre las cuestiones bioéticas que le sean sugeridas o se estimen de interés.
- f) Colaborar en la elaboración y armonización de protocolos y orientaciones de actuación atinentes a cuestiones bioéticas.
- g) Fomentar la formación bioética de los profesionales del ámbito sanitario.

- h) Establecer relaciones de colaboración con órganos de funciones análogas dependientes de otras Administraciones Públicas.
- i) Elaborar una memoria anual de sus actividades.
- j) Aquellas otras que pudieran serle encomendadas conforme a la normativa aplicable.

Artículo 12.– Funcionamiento.

1. La Comisión de Bioética de Castilla y León aprobará su propio reglamento de régimen interno.
2. La Comisión, previa convocatoria de la Presidencia, se reunirá en sesión ordinaria al menos dos veces al año. Asimismo podrá reunirse con carácter extraordinario a iniciativa de la Presidencia o de una tercera parte de sus miembros.
3. La Comisión ajustará su funcionamiento a lo previsto en las disposiciones generales reguladoras de los órganos colegiados, en el presente Decreto y en su reglamento de régimen interno.
4. La Comisión podrá acordar la creación de grupos de trabajo para el estudio de temas concretos. Asimismo, podrá invitar a personas no integrantes de la misma a participar con voz pero sin voto en sus sesiones y en las de sus grupos de trabajo.
5. Las personas que participen en la Comisión o en sus grupos de trabajo no tendrán derecho a retribución o compensación económica alguna, sin perjuicio de las que procedan por los gastos originados, que tendrán como referente las indemnizaciones por razón de servicio para el personal de la Administración de Castilla y León.
6. Las personas que participen en la Comisión o en sus grupos de trabajo estarán obligadas a respetar la confidencialidad de toda la información a la que tengan acceso, así como a preservar el secreto de sus deliberaciones.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera. Promoción de la creación y funcionamiento de Comités de Ética Asistencial.

La Administración de Castilla y León fomentará la creación de Comités de Ética Asistencial en los centros, servicios y establecimientos del Sistema Regional de Salud. Especialmente, promoverá la constitución de Comités cuyo ámbito de intervención se extienda a toda un Área de Salud.

Los directivos de los centros, servicios o establecimientos del Sistema Regional de Salud de los que dependan miembros de Comités de Ética Asistencial acreditados en dicho ámbito, les facilitarán la disponibilidad de tiempo necesaria para atender a las reuniones y actividades derivadas de su designación, debiendo el desempeño de tales funciones compatibilizarse con la actividad propia del puesto de trabajo.

Segunda. Régimen de los órganos colegiados.

En el régimen de los órganos colegiados previstos en el presente Decreto, deberá tenerse en cuenta la regulación establecida en la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA

Validez de autorizaciones obtenidas conforme a la normativa del Instituto Nacional de la Salud.

Las autorizaciones obtenidas conforme a la normativa del Instituto Nacional de la Salud sobre Comités de Ética Asistencial mantendrán su validez durante un año a partir de la entrada en vigor del presente Decreto. Transcurrido dicho período, será preciso acogerse al nuevo régimen si se desea obtener la acreditación del correspondiente Comité.

Del mismo modo, será preciso acogerse al régimen establecido en el presente Decreto para modificar el ámbito de intervención de un Comité previamente autorizado conforme a la normativa del Instituto Nacional de la Salud.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA

Quedan derogadas, en el ámbito territorial de la Comunidad de Castilla y León, todas aquellas disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo establecido en el presente Decreto.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Desarrollo y ejecución.

Se faculta al Consejero de Sanidad y Bienestar Social para dictar cuantas disposiciones y resoluciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución del presente Decreto.

Segunda. Entrada en vigor.

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

Valladolid, a 12 de septiembre de 2002.

ANEXO II

MODELO TIPO DE REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERNO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Artículo 1. Naturaleza y régimen jurídico.

- 1.1 El Comité de Ética Asistencial del ¹ _____, es un órgano colegiado de deliberación, con carácter consultivo e interdisciplinar, creado para el análisis y asesoramiento sobre las cuestiones de carácter ético que surjan en el ámbito asistencial, con el fin último de contribuir a la humanización de la asistencia sanitaria, promover la mejora de la calidad asistencial y fomentar la excelencia del ejercicio profesional.
- 1.2 En cuanto a su organización y funcionamiento, se adecuará a lo previsto en las disposiciones generales reguladoras de los órganos colegiados, en el Decreto 108/2002, de 12 de septiembre y en el presente Reglamento.

Artículo 2. Ámbito de actuación.

- 2.1 El ámbito de actuación del Comité del ² _____ es _____.
- 2.2 Una vez acreditado, cuando el Comité tenga la experiencia suficiente podrá solicitar a la Consejería de Sanidad, mediante una nueva acreditación, la ampliación de su ámbito de actuación dentro del Área de Salud. La Consejería de Sanidad adoptará la decisión que proceda previa propuesta de la Comisión de Bioética de Castilla y León.

Artículo 3. Dependencia.

- 3.1 El Comité gozará de total autonomía en su actuación.
- 3.2 Orgánicamente el Comité dependerá de la Gerencia del ³ _____, a quien informará de sus actuaciones, y de quien recibirá el apoyo que necesite.

Artículo 4. Ubicación y dotación de medios.

- 4.1 La sede del Comité estará en el ⁴ _____. Las reuniones se celebrarán de manera periódica en _____ del _____.

¹ Las opciones pueden ser dos: Hospital / Complejo Asistencial, o Área de Salud. En este último caso el Comité dependerá de la Gerencia de Salud del Área.

² Se establecerá lo que proceda conforme a lo señalado en el apartado 1.1.

³ Se establecerá lo que proceda conforme a lo señalado en el apartado 1.1.

⁴ Se establecerá lo que proceda conforme a lo señalado en el apartado 1.1.

Para garantizar su funcionamiento el Comité cuenta con los siguientes medios facilitados por la Gerencia:

- Personal administrativo de apoyo.
- Espacio para secretaría.
- Mobiliario adecuado para garantizar la confidencialidad de los documentos.
- Soporte informático para manejar la información, que incluirá protección de la confidencialidad de los datos.
- Espacio adecuado para las reuniones.

Artículo 5. Funciones.

5.1 Son funciones del Comité las siguientes:

- a. Promover un entorno asistencial lo más humano posible.
- b. Velar por el respeto de la dignidad de las personas que intervienen en la relación asistencial.
- c. Asesorar en el proceso de toma de decisiones en aquéllas situaciones en que se planteen conflictos éticos.
- d. Asesorar desde una perspectiva ética.
- e. Proponer protocolos y orientaciones de actuación para aquellas situaciones en las que se presenten conflictos éticos.
- f. Elevar las cuestiones que estime oportunas a la Comisión de Bioética de Castilla y León.
- g. Colaborar en la formación bioética de los profesionales.
- h. Elegir a las personas que desempeñarán la Presidencia y la Secretaría.
- i. Elaborar y aprobar su propio reglamento de régimen interno.
- j. Elaborar una memoria anual de actividades.
- k. Cualquiera otra función prevista en el presente Reglamento o en la normativa que le sea de aplicación.

5.2 Las funciones del Comité no comportarán en ningún caso:

- a. Adoptar decisiones de carácter vinculante.
- b. Subrogarse o reemplazar la decisión clínica de los profesionales o la responsabilidad de quien hubiere solicitado su asesoramiento.
- c. Asesorar o emitir informe en los supuestos en que la persona interesada hubiese presentado por escrito queja, denuncia o reclamación judicial o administrativa.
- d. Emitir juicios acerca de las eventuales responsabilidades de los profesionales implicados en los asuntos que se le sometan.
- e. Proponer la imposición de sanciones.
- f. Sustituir al Comité Ético de Investigación Clínica
- g. Sustituir las responsabilidades que correspondan a las personas u órganos encargados de la gestión.

5.3 Las funciones del Comité se entenderán sin perjuicio de las competencias que en materia de ética y deontología de los profesionales sanitarios correspondan a sus respectivos Colegios Profesionales.

Artículo 6. Composición.

6.1 La pertenencia al Comité de Ética Asistencial será siempre voluntaria

- 6.2 El Comité estará formado por un número mínimo de siete miembros, entre los cuales deberá figurar:
- Personal facultativo.
 - Personal sanitario no facultativo.
 - Personal no sanitario.
 - Una persona licenciada en Derecho, o titulada superior con conocimientos de legislación sanitaria.
 - Al menos una persona ajena a el/los centro/s, servicio/s o establecimiento/s, no vinculada a las profesiones sanitarias y con interés acreditado en bioética.

Se procurará que el personal señalado en los apartados a), b) y c) esté representado en el Comité con un número de miembros similar para cada uno de ellos.

- 6.3 ⁵ Sin perjuicio de lo señalado en el apartado anterior, deberá formar parte del Comité un miembro de cada uno de los siguientes órganos:
- Comité Ético de Investigación Clínica.
 - Comisión de Calidad.
 - Servicio de Atención al Usuario.

6.4 No podrá formar parte del Comité el personal que ostente puestos directivos en el ámbito sanitario.

6.5 Cualquier cambio en la composición del Comité será comunicado a la Comisión de Bioética de Castilla y León y a la Gerencia de ⁶ _____. En la comunicación que se realice a la Comisión de Bioética se deberá solicitar a ésta que ponga en conocimiento de la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación de la Consejería de Sanidad los cambios producidos.

Artículo 7. Estructura y miembros.

7.1 El Comité se compone de Presidencia, Vicepresidencia, Vocalías y Secretaría.

7.2 Para el nombramiento por el Comité de los miembros integrantes del mismo se procurará:

- Que sea un órgano interdisciplinar.
- Que en él estén representados la mayor cantidad posible de puntos de vista.
- Que sus integrantes tengan experiencia profesional y/o conocimientos vinculados a aspectos éticos, sean personas abiertas al diálogo y con capacidad para trabajar en grupo.

Al menos uno de los miembros del Comité deberá tener formación acreditada en bioética.

7.3 Los miembros del Comité elegirán de entre ellos a las personas que desempeñarán la Presidencia, Vicepresidencia y Secretaría, lo que será comunicado a los órganos citados en el apartado 6.5 del presente Reglamento. En la comunicación que se realice a la Comisión de Bioética se deberá solicitar a ésta que ponga en conocimiento de la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación de la Consejería de Sanidad los cambios producidos.

⁵ Sólo en el supuesto de que estos órganos existan en el Hospital o Complejo asistencial. En caso contrario este apartado se ajustará a su situación.

⁶ Se establecerá lo que proceda conforme a lo señalado en el apartado 1.1

- 7.4 Los Comités podrán crear grupos de trabajo, así como recabar la asesoría de consultores o expertos que podrán participar en sus sesiones con voz pero sin voto. Asimismo el Comité podrá identificar de entre sus miembros, uno o más que por su especial formación puedan actuar como Consultores en situaciones de excepción. En cualquier caso estos Consultores tendrán que informar al Comité en la siguiente sesión, sobre las consultas o recomendaciones realizadas. La designación de Consultor se hará por consenso.
- 7.5 La participación como miembro del Comité será siempre a título individual y nunca como representante o portavoz de cualesquiera asociaciones o colectivos. Ningún miembro del Comité, salvo los supuestos previstos de sustitución del titular de la Presidencia y Secretaría, podrá ser sustituido por otro, ni votar por delegación.
- 7.6 Siempre que existan candidaturas, cada cuatro años se renovará como mínimo a un tercio de los miembros del Comité, debiendo cubrir en la medida de lo posible los nuevos miembros el perfil que tenían los cesantes. La renovación prevista en este apartado no será aplicable a los miembros que participen en el Comité como representantes del Comité Ético de Investigación Clínica, Comisión de Calidad o Servicio de Atención al Usuario.

La convocatoria para la renovación será pública y a la misma podrán presentarse aquellos miembros que deban ser renovados.

Se procederá necesariamente a la renovación de los miembros del Comité siempre que concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- a. Cuando las bajas que se hayan ido produciendo alcancen un tercio de los miembros del Comité.
- b. Cuando se produzca la baja de alguno de los miembros del Comité que en cualquier caso debe formar parte del mismo conforme a lo dispuesto en el Artículo 6 y ningún otro miembro reúna su perfil.
- c. Cuando como consecuencia de las bajas producidas, el órgano no tenga el número mínimo de miembros exigidos en el Artículo 6 del presente Reglamento.

7.7 Los miembros del Comité podrán perder su condición por cualquiera de las siguientes causas:

- a. A petición propia del interesado dirigida al titular de la Presidencia del Comité.
- b. Por cese de su actividad profesional: traslado, jubilación, enfermedad, etc.
- c. Por manifiesto incumplimiento de las obligaciones asumidas como miembro del Comité o de las normas de funcionamiento del mismo.
- d. Por resolución firme que conlleve la inhabilitación o suspensión de funciones, durante el tiempo que dure la inhabilitación o suspensión.

La pérdida de la condición de miembro del Comité por las causas previstas en los apartados b), c) y d) anteriores, deberá ser propuesta por el titular de la Presidencia por propia iniciativa o a petición de la mitad de los miembros, y acordada por mayoría de dos tercios de los miembros del Comité.

Sin perjuicio de lo señalado en el tercer párrafo del Artículo 7.6, las bajas de los miembros del Comité serán sustituidas lo antes posible por personas que satisfagan los requisitos exigidos dentro del correspondiente grupo.

Artículo 8. Funciones de los miembros del Comité

8.1 Funciones del titular de Presidencia:

- a. Ostentar la representación del órgano.
- b. Acordar la convocatoria de las sesiones ordinarias y extraordinarias y la fijación del Orden del día, teniendo en cuenta, en su caso, las peticiones de los demás miembros formuladas con la suficiente antelación. En las sesiones extraordinarias el Orden del día deberá integrar la totalidad de los asuntos presentados por quien haya instado dicha sesión.
- c. Presidir las sesiones, moderar el desarrollo de los debates y suspenderlos por causas justificadas.
- d. Visar las actas y certificaciones de los acuerdos del órgano.
- e. Ejercer aquellos derechos que le correspondan como un miembro más del órgano colegiado.
- f. Ejercer cuantas otras funciones sean inherentes a su condición de Presidente del órgano, así como aquellas otras previstas en el Reglamento o en la normativa que le sea de aplicación.

8.2 Funciones del titular de la Vicepresidencia:

- a. Sustituir al titular de la Presidencia en los casos de ausencia, vacante, enfermedad y siempre que cualquier circunstancia le impida ejercer sus funciones.
- b. En el caso de que no actúe en sustitución del titular de la Presidencia, le corresponderán las funciones previstas para las Vocalías en el presente Reglamento.

8.3 Funciones de las Vocalías:

- a. Recibir, con una antelación mínima de cuarenta y ocho horas, la convocatoria conteniendo el orden del día de las reuniones. La información sobre los temas que figuren en el orden del día estará a disposición de los miembros en igual plazo.
- b. Participar en los debates de las sesiones.
- c. Ejercer su derecho al voto y formular voto particular, así como expresar el sentido de su voto y los motivos que lo justifican.
- d. Formular ruegos y preguntas.
- e. Obtener la información precisa para cumplir las funciones asignadas.
- f. Cuantas otras funciones sean inherentes a su condición de titular de la Vocalía, así como aquellas otras previstas en el Reglamento o en la normativa que le sea de aplicación.

Salvo lo dispuesto reglamentariamente para la Vicepresidencia en el Artículo 8.2 a), los restantes miembros del Comité no podrán atribuirse las funciones de representación del mismo, salvo que expresamente se les haya otorgado por acuerdo válidamente adoptado, para cada caso concreto, por el propio órgano.

8.4 Funciones del titular de la Secretaría:

- a. Asistir a las reuniones con voz y voto.
- b. Efectuar la convocatoria de las sesiones del Comité por orden del titular de la Presidencia, así como las citaciones a los miembros del mismo.
- c. Recibir los actos de comunicación de los miembros con el Comité y, por tanto, las notificaciones, peticiones de datos, rectificaciones o cualquier otra clase de escritos de los que deba tener conocimiento.
- d. Preparar el despacho de los asuntos, redactar y autorizar las actas de las sesiones.

- e. Expedir certificaciones de las consultas, dictámenes y acuerdos aprobados.
- f. Cuantas otras funciones sean inherentes a su condición de titular de la Secretaría, así como ejercer las mismas que ostentan los titulares de las Vocalías del Comité.
- g. Cualquier otra prevista en el Reglamento o en la normativa que le sea de aplicación.

En casos de vacante, ausencia o enfermedad, el titular de la Secretaría será sustituido por el miembro del órgano colegiado que, perteneciendo a la Administración Autónoma o subsidiariamente a cualquier otra Administración, tenga menor jerarquía, antigüedad y edad, por este orden, de entre sus componentes.

Artículo 9. Funcionamiento del Comité

- 9.1 Los profesionales, usuarios y órganos directivos o de representación del ⁷ _____ podrán dirigirse al Comité solicitándole asesoramiento. Dichas solicitudes se canalizarán, en el caso de los usuarios, a través del Servicio de Atención al Paciente, y a través de la Secretaría del Comité en el resto de los casos.
- 9.2 El titular de la Presidencia del Comité, asistido por los titulares de la Vicepresidencia y Secretaría, elaborará cada año un calendario de reuniones que será presentado al resto de los miembros del Comité para su aprobación.
- 9.3 El Comité deberá reunirse en convocatoria ordinaria, como mínimo, cuatro veces al año.
- 9.4 El Comité podrá reunirse en convocatoria extraordinaria por orden del titular de la Presidencia, a iniciativa propia o de un tercio de los miembros de la Comisión, cuando asuntos urgentes así lo requieran.
- 9.5 El Comité será convocado con una antelación mínima de siete días hábiles, salvo en los casos de urgencia, en los que la antelación será de cuarenta y ocho horas. La convocatoria debe ir acompañada del Orden del día de la sesión correspondiente así como del lugar, fecha y hora de celebración de la misma.
- 9.6 Para la válida constitución del Comité en primera convocatoria, será necesaria la presencia de los titulares de la Presidencia y de la Secretaría o de quienes les sustituyan, y de la mitad al menos de sus miembros, entendiéndose que si a la hora fijada no hubiera quorum suficiente, se celebrará la reunión en segunda convocatoria treinta minutos más tarde.
- En segunda convocatoria bastará la presencia de los titulares de la Presidencia y de la Secretaría o de quienes les sustituyan y de al menos un tercio de sus miembros.
- Los quorum citados anteriormente deben mantenerse durante toda la sesión.
- 9.7 Los acuerdos se adoptarán, preferentemente, por unanimidad de los miembros presentes, y en todo caso por mayoría no inferior a dos tercios de éstos. En caso de no lograrse la unanimidad, lo reflejará el Comité en sus informes o recomendaciones, haciendo constar todas las opiniones sobre el tema planteado y los razonamientos que las sustentan.
- 9.8 No podrá ser objeto de deliberación o acuerdo ningún asunto que no figure incluido en el Orden del día, salvo que estén presentes todos los miembros del órgano y sea declarada la urgencia del asunto por el voto favorable de la mayoría.

⁷ Se establecerá lo que proceda conforme a lo señalado en el apartado 1.1

Podrá solicitarse la retirada de algún asunto que figure en el Orden del día, al objeto de que se incorporen al mismo los antecedentes, documentos o informes, sin los cuales no sea posible la adopción del acuerdo, y así sea declarado por mayoría simple.

- 9.9 De cada reunión se levantará Acta, en la que constarán los miembros asistentes, el orden del día, las circunstancias del lugar y tiempo en que se ha celebrado, los puntos principales de las deliberaciones, así como los acuerdos adoptados.

A solicitud de los respectivos miembros del órgano se hará constar en el Acta el voto contrario al acuerdo adoptado, la abstención y los motivos que la justifiquen o la explicación de su voto favorable. Del mismo modo, cualquier miembro tiene derecho a solicitar la transcripción íntegra de su intervención o propuesta, siempre que aporte en el acto, o en el plazo que señale el titular de la Presidencia, el texto que se corresponda fielmente con su intervención, haciéndose así constar en el acta o uniéndose copia a la misma.

Los miembros que discrepen del acuerdo mayoritario podrán formular voto particular por escrito en el plazo de cuarenta y ocho horas, que se incorporará al texto aprobado.

Las Actas se aprobarán en la siguiente sesión. El titular de la Secretaría podrá emitir con anterioridad a la aprobación del Acta, certificación sobre los acuerdos específicos que se hayan adoptado, tan sólo en los asuntos urgentes. En las certificaciones de acuerdos adoptados emitidas con anterioridad a la aprobación del acta, se hará constar expresamente tal circunstancia.

Las actas serán custodiadas por el titular de la Secretaría del Comité. Quienes acrediten la titularidad de un interés legítimo, podrán dirigirse al titular de la Secretaría para que les expida certificación de sus acuerdos. Asimismo, el titular de la Secretaría deberá emitir certificación y realizar la correspondiente comunicación de aquellos acuerdos que, por afectar a determinadas personas, órganos o entidades, deban ser notificados conforme a lo previsto en el Artículo 58 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En la comunicación de los acuerdos adoptados se deberá proteger conforme a lo legalmente previsto la confidencialidad de los datos de carácter personal.

De no celebrarse la sesión por falta de quorum, u otro motivo, el titular de la Secretaría suplirá el Acta por una diligencia autorizada con su firma, en la que se consigne la causa, así como los nombres de los concurrentes y de los que hubieran excusado su asistencia.

- 9.10 Los informes y recomendaciones emitidos por el Comité de Ética Asistencial se realizarán por escrito, dirigiéndose directamente a quien hubiese solicitado su intervención, y no tendrán carácter vinculante.
- 9.11 Las personas que participen en el Comité y en sus grupos de trabajo, estarán obligadas a respetar la confidencialidad de toda la información a la que tengan acceso, así como a preservar el secreto de sus deliberaciones.

Artículo 10. Metodología de trabajo.

Las tres actividades básicas del Comité serán:

- Formación e investigación.
- Discusión de casos clínicos con elaboración de informes.
- Elaboración de protocolos y recomendaciones de actuación

Las actividades de gestión se realizarán a través de la Secretaría del Comité, incluyendo la elaboración de Actas e Informes, siempre según lo acordado en las sesiones del Comité.

En las actividades de formación se considerarán tanto la realización de seminarios, como la presentación de revisiones realizadas por los grupos de trabajo.

Para la investigación, el proceso a seguir será la presentación del proyecto, con la consiguiente discusión, para crear a continuación el grupo de investigación pertinente, del que podrán formar parte personas ajenas al Comité. El grupo así formado desarrollará el proyecto, informando periódicamente al Comité sobre la marcha del mismo.

La metodología para la elaboración de informes, recomendaciones y protocolos generales, será siempre la creación de grupos de trabajo, con calendario y objetivos definidos y aprobados en sesión del Comité. Estos grupos presentarán en su momento el borrador de su trabajo para ser discutido, modificado y en su caso aprobado por el Comité. De este grupo podrán formar parte expertos no miembros del Comité.

Para la discusión de casos clínicos la metodología a seguir será la siguiente:

1. Presentación del caso por un ponente designado por el Comité según su perfil clínico y el del caso correspondiente. Este ponente deberá reclamar y disponer de toda la información clínica que considere necesaria accediendo a la Historia Clínica y entrevistándose, si lo considera oportuno, con cualquiera de las personas implicadas en el proceso asistencial. En esta fase no se procederá a ningún tipo de análisis ético, siendo estrictamente descriptivo del proceso asistencial. El Comité, por propia iniciativa o a petición de parte, podrá recibir en la reunión a aquellas personas implicadas en el caso, con el fin de aclarar cualquier aspecto que considere pertinente.
2. Una vez expuesta la historia clínica se producirán los turnos de palabra correspondientes a las aclaraciones de la historia.
3. A continuación y siempre a puerta cerrada y bajo estricta confidencialidad, el Comité identificará los conflictos éticos existentes en la historia presentada.
4. De entre los conflictos identificados decidirá cuales serán objeto de informe o recomendación, incluyendo necesariamente el o los que estén relacionados directamente con la petición.
5. Para el análisis ético se seguirá el método de la deliberación, considerando los valores en conflicto que definen el problema ético, las circunstancias del caso y las consecuencias previsibles de aplicar los diferentes cursos de acción.
6. Después de elegir el curso de acción que se considere óptimo, se emitirá el informe correspondiente que deberá ser elaborado y entregado según lo dispuesto en los correspondientes apartados de este Reglamento.

Artículo 11.- Memoria de actividades.

11.1 El Comité elaborará anualmente una Memoria de sus actividades, de la que se remitirá una copia a los órganos citados en el Artículo 6.5 del presente Reglamento, así como a todos los miembros del Comité. En la comunicación que se realice a la Comisión de Bioética se deberá solicitar a ésta que ponga en conocimiento de la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación de la Consejería de Sanidad los cambios producidos.

11.2 La Memoria incluirá informe de las actividades desarrolladas por el Comité en los siguientes aspectos o áreas:

- a. Modificaciones producidas en el Comité.
- b. Volumen y características generales de los conflictos planteados.
- c. Formación e investigación.
- d. Desarrollo de protocolos de actuación.

11.3 La Memoria será redactada por el titular de la Secretaría del Comité y sometida a aprobación por el resto de los miembros del mismo. Dicha aprobación deberá realizarse dentro del mes siguiente al de la finalización del período anual al que la Memoria se refiera.

Artículo 12. De la abstención y recusación de los miembros del Comité.

12.1 La abstención y recusación de todos los miembros del Comité se ajustará a lo dispuesto en los Artículos 28 y 29 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

12.2 De acuerdo con lo dispuesto en los Artículos citados, serán causas posibles de abstención y recusación las siguientes:

- a. Tener interés personal en el asunto de que se trate o en otro en cuya resolución pudiera influir la de aquél; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con algún interesado.
- b. Tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los interesados, con los administradores de entidades o sociedades interesadas y también con los asesores, representantes legales o mandatarios que intervengan en el procedimiento, así como compartir despacho profesional o estar asociado con éstos para el asesoramiento, la representación o el mandato.
- c. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con alguna de las personas mencionadas en el apartado anterior.
- d. Haber tenido intervención como perito o como testigo en el procedimiento de que se trate.
- e. Tener relación de servicio con persona natural o jurídica interesada directamente en el asunto, o haberle prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar.

Artículo 13.- De la reforma del Reglamento.

13.1 La modificación del presente Reglamento puede ser propuesta a iniciativa de cualquier miembro del Comité.

13.2 Aprobada la propuesta de modificación del Reglamento por mayoría de los miembros asistentes, se nombrará un grupo de trabajo que procederá a estudiar y redactar un proyecto de modificación del Reglamento. Elaborado dicho proyecto, se convocará nueva reunión del Comité en la que se debatirá el proyecto presentado por el grupo de trabajo, siendo necesaria para su aprobación definitiva el voto favorable de dos tercios de los miembros del Comité, el informe favorable de la Comisión de Bioética de Castilla y León y la aprobación del mismo por la Consejería de Sanidad.

13.3 El nuevo Reglamento aprobado será comunicado a los órganos citados en el Artículo 6.5 del presente Reglamento. En la comunicación que se realice a la Comisión de Bioética se deberá solicitar a ésta que ponga en conocimiento de la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación de la Consejería de Sanidad los cambios producidos.

DISPOSICIÓN FINAL:

El presente Reglamento será aplicable desde el momento de su aprobación por el Comité de Ética Asistencial.

ANEXO III

Tabla de creación y acreditación de los CEAS de la red de SACYL.

Área de Salud	Ámbito de actuación	Año de creación	Año de acreditación INSALUD (Hospital)	Año de acreditación JCyL (Hospital)	Año de acreditación JCyL (Área)
1. Ávila	Hospital / Área	2001/	-	-	/2003
2. Burgos	/ Área	/2006	-	-	/2007
	Hospital Burgos /	1998/	1998/	2003/	-
	Hospital Aranda /	2002/	-	2004/	-
	Hospital Miranda /	2001/	2001/	2003/	-
3. León	Hospital / Área	1996/	2001/	-	/2003
4. Bierzo	Hospital / Área	2004/	-	-	/2005
5. Palencia	Hospital / Área	1998/	-	2003/	/2005
6. Salamanca	Hospital / Área	1997/	1998/	-	/2003
7. Segovia	Hospital / Área	1997/	1997/	2003/	/2004
8. Soria	Hospital / Área	2003/	-	2005/	/2005
9. Valladolid Oeste	Hospital / Área	1998/	2000/	2003/	/2006
10. Valladolid Este	/ Área	/2004	-	-	/2006
	Hospital Medina /	2006/	-	2007/	-
11. Zamora	Hospital / Área	1998/	-	2003/	/2006

ANEXO IV

Directorio de los Comités de Ética Asistencial de la red de Sanidad de Castilla y León (SACYL)

CEA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE ÁVILA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA Avda. Juan Carlos I, s/n - 05004 - ÁVILA	920 35 80 00
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE BURGOS	HOSPITAL "GENERAL YAGÜE" Avda. del Cid, 96 - 09005 - BURGOS	947 28 18 00
CEA DEL HOSPITAL "SANTOS REYES"	HOSPITAL "SANTOS REYES" Avda. Ruperta Baraya, 6 - 09400 - ARANDA DE DUERO (BURGOS)	947 52 20 00
CEA DEL HOSPITAL "SANTIAGO APÓSTOL"	HOSPITAL "SANTIAGO APÓSTOL" Ctra. de Orón, s/n - 09200 - MIRANDA DE EBRO (BURGOS)	947 34 90 00
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE LEÓN	COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN Altos de Nava, s/n - 24071 - LEÓN	987 23 74 00
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE EL BIERZO	HOSPITAL EL BIERZO Médicos sin Fronteras, 7 - 24411- FUENTESNUEVAS - PONFERRADA (LEÓN)	987 45 52 00
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE PALENCIA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA Donantes de Sangre, s/n - 34005 - PALENCIA	979 16 70 00
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE SALAMANCA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA Paseo San Vicente, 58-182 - 37007 - SALAMANCA	923 29 11 00 923 29 12 00
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE SEGOVIA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA Ctra. de Ávila, s/n - 40002 - SEGOVIA	921 41 91 00
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE SORIA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA Paseo de Santa Bárbara, s/n - 42005 - SORIA	975 23 43 00
CEA DEL HOSPITAL DE MEDINA DEL CAMPO	HOSPITAL COMARCAL DE MEDINA DEL CAMPO C/ Peñaranda, 24 47400 - MEDINA DEL CAMPO (VALLADOLID)	983 83 80 00
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE VALLADOLID ESTE	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47005 - VALLADOLID	983 42 00 00
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE VALLADOLID OESTE	HOSPITAL UNIVERSITARIO "RÍO HORTEGA" C/ Cardenal Torquemada, s/n - 47010 - VALLADOLID	983 42 04 00
CEA DEL ÁREA DE SALUD DE ZAMORA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA Avda. de Requejo, 35 - 49022 - ZAMORA	980 54 82 00

COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DE CASTILLA Y LEÓN

Presidente

Diego Gracia Guillén, *catedrático de historia de la medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.*

Vicepresidente

Antonio Blanco Mercadé, *presidente del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de León.*

Vocales

Gracia Álvarez Andrés, *miembro del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de León.*

Alberto Orfao de Matos, *Director del Banco Nacional de ADN de Salamanca. Universidad de Salamanca.*

Agustín del Cañizo Fernández-Roldán, *presidente del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Salamanca.*

Carmen Cardeñosa García, *técnico del Servicio de Relaciones con los Usuarios de la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación de la Consejería de Sanidad.*

Juan Carlos Martín Escudero, *presidente del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Valladolid Oeste.*

M^º Ángeles de Marino Gómez-Sandoval, *Jefa del Servicio de Prestación Farmacéutica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud.*

Manuel García Urbón, *miembro del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Palencia.*

M^º Jesús Coma del Corral, *Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital General Yagüe de Burgos.*

M^º Jesús Ladrón de San Ceferino, *Diplomada en Enfermería.*

Natalia de la Horra Vergara, *Letrada Jefe de la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad.*

Santiago Martín Moreno, *miembro del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Segovia.*

Rafael Muñoz Garrido, *catedrático de medicina legal de la Universidad de Salamanca.*

Mafalda Rodríguez-Losada Allende, *técnico del Servicio de Coordinación Sociosanitaria de la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación de Consejería de Sanidad.*

Secretario

José Miguel García Vela, *coordinador de servicios de la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación de la Consejería de Sanidad.*

