



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD ECLESIAÍSTICA DE CIENCIAS FILOSÓFICO-TEOLÓGICAS

**“EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LA SALUD
CEAS- HGSQ, UN ANÁLISIS NARRATIVO”.**

AUTORA

QUISHPE SANDOVAL ANDREA PAOLA

DIRECTOR

DR. GALO ANTONIO SANCHEZ DEL HIERRO (PhD)

AÑO 2025

DEDICATORIA

A mi amada madre, por ser mi ejemplo de fortaleza, entrega y amor incondicional, cuya guía ha iluminado cada paso de mi camino.

A mis queridas hermanas, por su apoyo constante, su alegría y su fe en mis sueños.

A mi compañero de vida, cuyo amor, comprensión y paciencia me inspiran a crecer cada día.

A mi fiel compañera Akira, por acompañarme con su mirada leal y su alegría inagotable en los días más difíciles. Su presencia me recordó siempre que, incluso en los momentos de cansancio, un poco de cariño y una cola moviéndose pueden iluminar cualquier jornada.

Este trabajo es también un reconocimiento a todos quienes creen en la importancia de la bioética como expresión del respeto a la vida y a la dignidad humana.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento al Padre Efrén Santacruz, Coordinador de la Maestría en Bioética, por su liderazgo, visión académica y compromiso con la formación de profesionales éticos y humanistas, que inspiran una práctica responsable y reflexiva en el ámbito de la salud.

Al Dr. Galo Sánchez, por su guía, paciencia y valiosas orientaciones que enriquecieron este trabajo y fortalecieron mi comprensión del sentido profundo de la bioética aplicada.

Al Hospital IESS Quito Sur, por abrir sus puertas al desarrollo de este estudio y por fomentar espacios de reflexión ética dentro de la práctica asistencial, demostrando que la ciencia y la humanidad deben caminar de la mano.

Y a mis compañeros del Comité de Ética Asistencial, por su dedicación, compromiso y espíritu colaborativo. Su ejemplo y su trabajo diario son testimonio del valor de la deliberación ética como instrumento de justicia, respeto y dignidad en el cuidado de la vida.

INDICE

Resumen	1
Abstract	3
CAPÍTULO 1	5
1.1 Introducción	6
1.2 Justificación	7
1.3 Objetivo	7
1.4 Método	7
CAPÍTULO 2	8
2.1 Conformación del CEAS	8
2.2 Actividades del CEAS	14
2.2.1 Función educativa	16
2.2.2 Función normativa	17
2.2.3 Función consultiva	20
CAPITULO 3	26
3.1 Discusión	26
3.2 Conclusiones	29
3.3 Recomendaciones	30
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

Resumen

Introducción:

Los avances científico-tecnológicos en el ámbito médico han permitido prolongar la vida mediante técnicas de reanimación, ventilación asistida y nutrición artificial; sin embargo, esto no siempre se traduce en una mejora en la calidad de vida. Este contexto ha transformado la relación médico-paciente, priorizando la autonomía y dignidad del individuo. Ante los dilemas éticos derivados de la práctica clínica, surgen los Comités de Ética Asistencial para la Salud (CEAS) como órganos consultivos destinados a orientar la deliberación ética en los establecimientos sanitarios ecuatorianos, de acuerdo con el Reglamento Ministerial No. 0005-2022.

Objetivo:

Analizar el proceso de conformación, desarrollo, desafíos y actividades del Comité de Ética Asistencial para la Salud del Hospital IESS Quito Sur, así como su papel en la promoción de la bioética clínica y la toma de decisiones éticas dentro de la práctica asistencial.

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo y reflexivo basado en la experiencia institucional durante la creación y consolidación del CEAS. Se revisaron documentos normativos nacionales, manuales institucionales y registros de las actividades desarrolladas en los dos primeros años de funcionamiento. El análisis se estructuró en tres ejes: conformación del comité, ejecución de funciones (educativa, normativa y consultiva) y principales barreras de implementación.

Resultados:

El proceso de implementación presentó diversas limitaciones: dificultades en la selección y capacitación de los miembros, falta de incentivos económicos y de reconocimiento institucional, escasez de recursos físicos y tecnológicos, y una limitada autonomía operativa. En su fase activa, el CEAS desarrolló congresos y capacitaciones en bioética, revisó y validó los consentimientos informados institucionales, y analizó casos clínicos vinculados a dilemas éticos como la futilidad y la adecuación del esfuerzo terapéutico. Pese a ello, se observó escasa participación del personal sanitario y una percepción reduccionista de la bioética como mero instrumento legal.

Conclusiones:

El funcionamiento óptimo de un CEAS exige cinco pilares fundamentales: formación continua en bioética clínica, docencia transversal en el personal sanitario, defensa activa de los derechos del paciente, promoción de la equidad y fortalecimiento de la dignidad en la atención médica. Es imperativo fortalecer la independencia funcional de los comités, asignar recursos adecuados y reconocer su rol dentro del sistema sanitario. Asimismo, se recomienda incorporar la bioética aplicada en los programas de pregrado y posgrado, y fomentar la participación ciudadana para consolidar una práctica clínica humanizada y ética.

Palabras clave:

Bioética; Comité de Ética Asistencial; ética clínica; autonomía del paciente; futilidad terapéutica; consentimiento informado; Hospital IESS Quito Sur.

Abstract

Background:

Scientific and technological advances in medicine have enabled the prolongation of life through techniques such as resuscitation, assisted ventilation, and artificial nutrition; however, these do not always guarantee an improvement in quality of life. This context has transformed the doctor–patient relationship, prioritizing the patient’s autonomy and dignity. In response to the ethical dilemmas arising from clinical practice, Health Care Ethics Committees (Comités de Ética Asistencial para la Salud, CEAS) have emerged as consultative bodies that guide ethical deliberation within Ecuadorian healthcare institutions, in accordance with Ministerial Regulation No. 0005-2022.

Objective:

To analyze the process of formation, development, challenges, and activities of the Health Care Ethics Committee of the IESS Quito Sur Hospital, as well as its role in promoting clinical bioethics and ethical decision-making in healthcare practice.

Methodology:

A descriptive and reflective study was conducted based on the institutional experience during the creation and consolidation of the CEAS. National regulations, institutional manuals, and activity records from the first two years of operation were reviewed. The analysis focused on three key areas: committee formation, implementation of functions (educational, normative, and consultative), and main barriers to implementation.

Results:

The implementation process faced multiple limitations, including difficulties in member selection and training, lack of financial incentives and institutional recognition, scarce physical and technological resources, and limited operational autonomy. During its active phase, the CEAS organized congresses and bioethics training sessions, reviewed and validated institutional informed consent documents, and analyzed complex clinical cases involving ethical dilemmas such as futility and therapeutic proportionality.

Nonetheless, limited staff participation and a reductionist view of bioethics as a merely legal instrument were observed.

Conclusions:

Optimal functioning of a Health Care Ethics Committee requires five essential pillars: continuous education in clinical bioethics, transversal teaching for healthcare personnel, active defense of patient rights, promotion of equity, and strengthening of human dignity in medical care. Strengthening institutional independence, allocating adequate resources, and recognizing the committee's role within the healthcare system are essential. Furthermore, applied bioethics should be incorporated into undergraduate and postgraduate medical education, and citizen participation should be encouraged to consolidate an ethical and humanized clinical practice.

Keywords:

Bioethics; Health Care Ethics Committee; clinical ethics; patient autonomy; therapeutic futility; informed consent; IESS Quito Sur Hospital.

CAPITULO 1

1.1 Introducción

Los avances científico-tecnológicos, así como las enfermedades que fueron surgiendo desde mediados del siglo XX en el campo de la medicina contribuyeron al desarrollo de: técnicas de reanimación, ventilación asistida, nutrición e hidratación artificial, desarrollo de vacunas, dispositivos y prótesis, con el fin de prolongar la vida de las personas, sin que esto implique necesariamente calidad de vida. (1)

En ese contexto la relación médico-paciente también sufrió cambios, se alejó del modelo tradicional paternalista, ubicándose en un contexto en el que prevalece el respeto a la dignidad del paciente y su autonomía para decidir sobre su cuerpo y su propia vida. La urgencia de distribuir de forma equitativa los recursos sanitarios disponibles, debió enlazarse con la obligación del profesional sanitario de procurar el mayor bien del paciente, no solo según su juicio médico, sino también según su aspecto económico-político. (2)

En todos estos procesos la toma de decisiones puede resultar controvertida, y no es suficiente la experiencia clínica y la buena voluntad de los profesionales implicados y tampoco es suficiente, ni deseable, el recurso de los tribunales de justicia. (3)

Por estos motivos, son necesarios órganos capaces de establecer criterios que ayuden en la toma de decisiones éticas de forma inseparable al correcto ejercicio de la práctica clínica, los Comités de Ética Asistencial para la Salud (CEAS) surgen para dar respuestas a estas interrogantes.

En el país se encuentra vigente el Acuerdo Ministerial No. 0005-2022, publicado en el Quinto Suplemento del Registro Oficial No. 118 de 2 de agosto de 2022, *“Reglamento para la aprobación y seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y de los Comités de Ética Asistencial para la Salud (CEAS)»*

Por lo tanto, todos los hospitales especializados y de especialidades públicos y privados deben contar con un Comité de Ética Asistencial para la Salud y los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención que no tengan la posibilidad de conformar uno podrán tener un CEAS de referencia, según la disposición geográfica.

Sin embargo, la creación de un CEAS no solo requiere leyes vigentes que exijan su conformación sino también el deseo del personal administrativo y operativo de contar con uno; este debe fundamentarse principalmente en la importancia de la bioética en la práctica asistencial.

1.2 Justificación

Los Comités de Ética Asistencial para la Salud (CEAS), son instancias asesoras y consultivas en temas de Bioética, no son vinculantes, dejando así: al profesional, al paciente e institución de salud como entes autónomos y responsables en la toma de decisiones.

La necesidad de estos en una institución de salud se justifica: en la complejidad de los problemas bioéticos, la diversidad de opciones al momento de la toma de decisiones, la protección de los centros médicos y el carácter de los juicios en que se basan las decisiones clínicas.

Para abrirse este camino es importante definir bien el papel de los CEAS en cada institución de salud, que los miembros de los mismos sean conscientes de su importancia, que su preparación sea profunda y amplia, a su vez que los comités no se queden en asuntos de tipo administrativo , ni solo en la autorreflexión, sino que también se abran a la sociedad, a la comunidad de los profesionales de la salud y sobre todo sirvan

como una guía para las autoridades hospitalarias con el fin de conseguir el fin de una institución de salud

1.3 Objetivo

Describir la experiencia del Comité de Ética Asistencial para la Salud de un Hospital Público de la ciudad de Quito.

1.4 Métodos

La investigación será de enfoque cualitativo, se utilizará el estudio de caso que es un enfoque de investigación en profundidad del CEAS con el objetivo de comprender la experiencia desde su inicio hasta la actualidad. Este método permitirá investigar el fenómeno en gran profundidad, examinar vínculos de causa y efecto y obtener una comprensión completa del contexto preciso en el que ocurrió la creación y funcionamiento del CEAS.

En este caso la fuente de datos va a ser mi experiencia como miembro del CEAS comparando con lo aprendido en la maestría de bioética. Las dimensiones contenidas en el estudio de caso incluyen: 1) Enfoque en las dificultades en la creación y funcionamiento del CEAS; 2) Análisis detallado desde mi experiencia como miembro del CEAS, teniendo en cuenta los aspectos contextuales que pueden influir en el fenómeno en estudio; y 3) Generalización contextual que pese a ser particular del CEAS estudiado puede ampliarse al contexto en el que ocurren los fenómenos.

Las preguntas para guiar la investigación son:

¿Cuáles fueron los principales desafíos y oportunidades en la formación del comité?

¿Cómo se construyeron las relaciones y la dinámica de grupo dentro del comité?

¿Qué valores y principios éticos guiaron el proceso?

¿Cómo se tomaron las decisiones y se resolvieron los conflictos?

¿Qué aprendizajes se obtuvo de esta experiencia?

CAPITULO 2: PERSPECTIVA PERSONAL

2.1 Conformación del CEAS

En el caso del CEAS en el Hospital IESS Quito Sur respondió no solo a un mandato nacional e institucional, sino también a la iniciativa del personal sanitario con formación en bioética. El proceso de implementación se desarrolló durante cuatro meses, sin embargo, fue interrumpido debido a la pandemia SARS COV2. Tras este periodo, el proyecto culminó en un plazo aproximado de un año.

Las principales barreras enfrentadas durante este periodo fueron las siguientes.

a) Selección de miembros: de acuerdo con la reglamentación vigente “el CEAS estará conformado por personal sanitario de la institución a la que está vinculado, quienes integrarán un equipo multidisciplinario de al menos cinco personas, siempre considerando que sea un número impar de miembros.

De la conformación mínima de cinco personas al menos tres tendrán los siguientes perfiles básicos de funcionamiento: un profesional jurídico, un profesional de la salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, tecnólogos) con conocimientos en bioética y un representante de la sociedad civil. “

Los manuales y directrices institucionales enfatizan de manera unánime la necesidad de conformar comités multidisciplinarios, capaces de abordar la complejidad inherente a la formulación de políticas y los procesos de consulta. No obstante, más allá de la diversidad disciplinaria, se requiere que sus miembros posean competencias específicas: capacidad de análisis crítico, habilidades comunicativas efectivas, inteligencia emocional (particularmente compasión y estabilidad psicológica), apertura intelectual combinada con humildad epistemológica, integridad profesional y firmeza de principios, además de disposición para dedicar tiempo al estudio de temas transversales a su especialidad. (14)

Esta configuración no es neutral: la composición final del comité inevitablemente reflejará su orientación fundamental -ya sea hacia los intereses de la administración hospitalaria, las dinámicas corporativas, las necesidades del cuerpo médico y de enfermería, o los derechos de pacientes y familiares- revelando así su marco prioritario de actuación. (14)

Es preciso señalar que el actual acuerdo ministerial en vigor presenta una omisión significativa respecto a la autonomía funcional de los comités de ética asistencial. Si bien estos comités se encuentran institucionalmente adscritos a establecimientos de salud, su naturaleza les confiere una doble obligación ética:

- Función protectora: velar primordialmente por los derechos de pacientes y el bienestar del personal sanitario, antes que, por consideraciones administrativas, dado el riesgo inherente de conflictos de interés institucionales.
- Rol mediador: deberían constituirse como órganos consultivos de apoyo ético - no como meros receptores de quejas- ejerciendo una función de intermediación neutral entre todos los actores del ecosistema sanitario (gestores, profesionales, pacientes y familias).

Esta ambigüedad normativa genera una tensión estructural entre su dependencia institucional y las exigencias de independencia que su función consultiva requiere.

La participación de los miembros en el CEAS presenta varios desafíos estructurales que limitan su atractivo para los profesionales:

- Carga laboral no compensada: la membresía en el CEAS representa una carga adicional no remunerada que se suma a las responsabilidades operativas regulares de los profesionales.
- Formación insuficiente: la mayoría de los miembros solo poseen formación básica en bioética (a nivel de pregrado), careciendo de especialización en ética clínica aplicada.
- Falta de incentivos: la participación no está asociada a reconocimientos económicos, laborales o profesionales dentro de la institución.

- **Conflicto de prioridades:** Las exigencias del rol en el CEAS compiten con las responsabilidades clínicas/administrativas primarias de los miembros.
- **Desmotivación profesional:** La ausencia de valoración institucional convierte la participación en un esfuerzo percibido como estéril para el desarrollo profesional.
- **Limitada legitimidad:** La escasa especialización de los miembros y la falta de dedicación exclusiva comprometen la calidad deliberativa del comité.

Esta situación genera un círculo vicioso: la ausencia de compensaciones económicas y profesionales desincentiva la participación de los candidatos mejor cualificados, lo que a su vez limita la eficacia y legitimidad del comité

Respecto al profesional jurídico -quien frecuentemente gestiona demandas por negligencia, impericia o imprudencia médica- se evidencia una disociación entre su conocimiento teórico de los principios bioéticos y su aplicación concreta en la práctica clínica cotidiana del personal sanitario. Esta brecha conceptual representa:

1. **Un desafío profesional:** La bioética clínica constituye un ámbito novedoso en su ejercicio habitual
2. **Una carga institucional:** En el contexto de la escasez de recursos humanos en instituciones públicas, esta función adicional carece de retribución económica específica

Esta situación genera una paradoja operativa: el mismo profesional que evalúa judicialmente las transgresiones éticas carece de formación aplicada para comprender su contexto clínico real.

La participación de miembros de la sociedad civil en los CEAS enfrenta tres barreras estructurales:

1. **Desconocimiento institucional:** La bioética clínica no ha sido posicionada como tema de interés público en la agenda nacional, generando escasa familiaridad ciudadana con estos comités.
2. **Percepción de irrelevancia práctica:** Existe la visión generalizada de que esta participación no impacta directamente en los procesos asistenciales (prevención, diagnóstico o tratamiento de patologías).
3. **Falta de motivación intrínseca:** Al no visualizarse como un mecanismo efectivo de incidencia en salud pública, se reduce el interés de la ciudadanía en involucrarse.

Esta triple limitación refleja un problema mayor: la disociación entre los espacios técnicos de deliberación ética y los mecanismos reales de participación ciudadana en salud.

En consecuencia, la conformación de equipos multidisciplinarios en los CEAS enfrenta una doble barrera:

1. **Barrera cualitativa:** Los exigentes requisitos académicos y competenciales limitan el pool de profesionales idóneos.
2. **Barrera motivacional:** La ausencia de retribución económica y reconocimiento institucional transforma la participación de un honor profesional en una carga operativa.

Esta paradoja estructural (elevadas exigencias vs. nulos incentivos) desvirtúa la naturaleza misma de estos comités, convirtiendo lo que debería ser un ejercicio de excelencia clínico-ética en un mero trámite institucional.

A escala global, la escasa voluntad política de los altos mandos directivos, sumada a limitaciones presupuestarias, impidió materializar las resoluciones de los comités. A esto se añade el desafío operativo de contar con miembros carentes de formación en ética médica, lo cual comprometió su eficacia. (4)

Un estudio realizado por Nasiripoor y Kal reveló que, aunque el Programa Nacional de Acreditación de Hospitales enfatizaba la capacitación de los miembros del comité de ética, así como su número, diversidad y método de selección, estos aspectos no se implementaban correctamente en los hospitales. Esto se debía principalmente a la falta de reconocimiento de la importancia y el rol de dichos comités. (4)

Adicionalmente un estudio realizado en España sobre la situación de los comités de ética se encontró que el problema más relevante para lograr la consolidación de los CEAS y el desarrollo de las Comisiones es la necesidad de otorgar a los representantes que trabajan más, en concreto presidentes y secretarios, un tiempo para dedicarlo a las labores de formación, representación, reuniones, estudio, etc, que debería obtenerse del tiempo de trabajo asistencial. (4)

b) Documentación: el Ministerio de Salud Pública ofrece un ejemplo de los principales documentos anexar para la aprobación de un CEAS, los mismos que pueden ser modificados de acuerdo a las necesidades institucionales, sin embargo, existen puntos que no han sido profundizados y que contribuyen a que el CEAS sea colocado como un comité de menor importancia en comparación al CEISH.

Cabe recalcar que durante este periodo de tiempo el Ministerio de Salud Pública expidió el Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la salud (CEAS). El Acuerdo 00005 fue publicado en el Registro Oficial el 2 de agosto de 2022, por lo que tuvimos que realizar modificaciones en varias ocasiones.

c) Recursos:

El Artículo 170 del reglamento vigente establece: “Los CEAS deberán disponer de al menos los siguientes recursos humanos y materiales:

- a. Instalaciones que permitan al CEAS el trabajo en condiciones de confidencialidad, con un espacio apropiado para la secretaría y para las reuniones.
- b. Mobiliario mínimo y/o plataforma informática que garantice el manejo del archivo, la custodia y confidencialidad de la documentación.
- c. Esta documentación deberá ser almacenada por un período de siete (7) años.
- d. Equipamiento y soporte informático que permita sistematizar la información generada por el Comité y las condiciones de resguardo de seguridad de información e informática.”

En varias oportunidades, tanto el espacio físico destinado a nuestras actividades como los recursos mínimos requeridos fueron reubicados en áreas catalogadas como “de mayor relevancia”. Frente a esto, sostenemos reuniones con las autoridades competentes para fundamentar la necesidad de estos elementos básicos. De forma complementaria, el CEAS ha gestionado la provisión de otros insumos que estimamos indispensables para el adecuado desarrollo de nuestras responsabilidades.

d) Horario: se estableció un horario para reuniones de 2 horas al mes, que en realidad son pocas tomando en cuenta las actividades a realizarse, inicialmente hubo discrepancias e impedimentos por parte de los diferentes coordinadores institucionales, quienes se oponían a otorgar la licencia respectiva o solicitaban la reposición de estas horas a los miembros.

En este proceso y pese que el reglamento contempla en la Sección 13, Artículo 170, literal d: “El tiempo de dedicación al CEAS propuesto por los miembros del Comité deberá estar debidamente justificado y deberá constar dentro de su jornada laboral, con el objetivo de precautelar el cumplimiento de sus funciones.”

A medida que el CEAS ha ampliado su ámbito de acción y responsabilidades dentro de la institución, la carga horaria asignada ha resultado insuficiente. Esta situación ha derivado en la necesidad de realizar frecuentes reuniones extraordinarias y, en muchos casos, ha obligado a continuar con las labores fuera del horario institucional.

Según Arroyo A. y col en el año 2003, las dificultades con las que se encuentran los comités son diversas y recoge las siguientes:

- Las relacionadas con la formación en Bioética de sus miembros.
- La poca colaboración de la dirección hospitalaria y a veces, su falta de sensibilidad con el comité.
- La falta de dotación de espacio, medios, para que el CEA pueda desarrollar su tarea.
- Desconocimiento por parte del centro de la labor del CEA.

2.2 Actividades del CEAS

El Artículo 143 del reglamento vigente establece: “Las funciones de los CEAS serán las siguientes:

- a. Actuar como consultores en las decisiones clínicas que plantean conflictos éticos, realizando un proceso de deliberación y emitiendo informes y recomendaciones no vinculantes.
- b. Elaborar y proponer a la institución a la que pertenece el CEAS, directrices de actuación para aquellas situaciones que, por su mayor frecuencia o gravedad, generan conflictos éticos en su establecimiento de salud.
- c. Realizar capacitaciones para la formación en bioética aplicada en la atención sanitaria de todo el personal de la institución a la que pertenece el CEAS y en

particular la de los propios miembros del Comité, incluyendo al miembro representante de la sociedad civil.

- d. Fomentar la colaboración y el intercambio de conocimientos con órganos o instituciones similares.
- e. Analizar y validar los consentimientos informados aplicados en la práctica asistencial de salud.
- f. Impulsar la implementación de los formatos de consentimiento informado y demás documentos definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, para la protección de los derechos de los pacientes en los establecimientos de salud públicos y privados.
- g. Emitir informes sobre la capacidad y libre consentimiento del donante, en caso de extracción de órganos de donantes vivos.
- h. Emitir informes sobre casos en los cuales se estime que la decisión del paciente o su representante legal de no recibir el tratamiento indicado, lo expone a graves daños en su salud o a un alto riesgo de muerte.
- i. Emitir informes sobre casos en los cuales se tenga duda respecto a la aplicación de limitación del esfuerzo terapéutico.
- j. Emitir informes cuando los tratamientos son fútiles para un paciente terminal o paliativo (en casos de encarnizamiento terapéutico).
- k. Proponer a la institución a la que pertenece las medidas más adecuadas para fomentar el respeto a la dignidad de los pacientes, promover los valores y proteger los derechos de todos los implicados en los respectivos casos.
- l. Establecer el mecanismo o el proceso mediante el cual los usuarios o el personal de salud puede acceder al servicio de análisis sobre cuestiones de carácter ético suscitados en la práctica asistencial.”

Con el propósito de realizar un análisis sistemático de las actividades desarrolladas por el CEAS, se han clasificado sus funciones principales en tres dimensiones: educativa, normativa y consultiva.

2.2.1 Función educativa

Durante sus dos primeros años de funcionamiento, el CEAS ha organizado congresos, talleres y conferencias con apoyo de diversas entidades, entre ellas el ministerio de salud, centros de educación superior, la Sociedad de Bioética, comités de ética de entidades públicas y privadas.

Estos son los principales:

Nombre del evento	Institución organizadora
I Jornadas de Ética, Investigación y Difusión Científica	PUCE/MSP
I Congreso Internacional de Bioética	IESS/UIDE
I Congreso Internacional de Salud Mental	IESS/UIDE
I Congreso Internacional de actualización en Cuidado Paliativos	IESS/UTPL
II Congreso Internacional de Bioética	IESS/UIDE

Estas actividades tuvieron como objetivo principal capacitar tanto a los miembros del comité como al personal sanitario de la institución.

En la fase inicial, las capacitaciones fueron financiadas por los propios miembros del comité o se obtuvieron mediante recursos gratuitos como: webinars, conferencias en línea y cursos ofrecidos por agencias internacionales. Cabe destacar que estas actividades se realizaban fuera del horario laboral, ya que inicialmente la institución no proporcionó apoyo económico ni tiempo remunerado para estos fines.

Un aspecto fundamental de nuestro desarrollo fue el apoyo recibido de comités ya consolidados, quienes generosamente compartieron sus modelos de gestión y conocimientos. Esta colaboración permitió establecer valiosas redes de cooperación que, posteriormente, facilitaron la creación de un grupo nacional de comités de ética

bajo el auspicio del Ministerio de Salud Pública. Dicho espacio ha resultado esencial para el intercambio de experiencias y la unificación de criterios entre los diferentes comités del país.

Con el transcurso de los años y gracias al trabajo sostenido del CEAS -que ha incrementado su visibilidad institucional- se logró que el área de docencia e investigación obtuviera capacitadores internacionales y avales académicos. Esta situación resulta paradójica, considerando que son las propias instituciones las que deberían garantizar la formación continua, mantenimiento y actividades de estos comités, dada su relevancia en la práctica clínico-asistencial.

2.2.2 Función normativa

De conformidad con el Acuerdo Ministerial 5316 emitido por el Ministerio de Salud Pública: Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, la validación de los consentimientos informados debe ser realizada por un Comité de Ética Asistencial para la Salud.

Antes de nuestra intervención, la institución elaboraba estos documentos a través de personal administrativo, sin supervisión especializada. El CEAS asumió entonces la revisión sistemática de todos los formatos existentes, adaptándolos a los lineamientos normativos vigentes. Durante este proceso, identificamos diversas irregularidades:

- Uso de terminología médica compleja
- Campos obligatorios sin completar
- Errores ortográficos y de redacción
- Elementos gráficos poco claros
- Inclusión indebida de acápites sobre uso de datos para investigación
- Falta de uniformidad en los formatos

Un aspecto clave de esta revisión fue la participación de un representante de la comunidad, quien señaló las principales dificultades de comprensión que presentaban los documentos. Gracias a esta colaboración, logramos reformular los textos utilizando lenguaje sencillo que describe claramente:

1. La naturaleza de los procedimientos
2. Sus beneficios esperados
3. Los posibles riesgos y complicaciones

La implementación de este proceso no estuvo exenta de dificultades. Inicialmente, encontramos resistencia por parte de varios coordinadores institucionales, quienes mostraron escaso interés en participar en la adecuación de los documentos. Para abordar esta situación, organizamos charlas informativas sobre la normativa vigente, la relevancia del consentimiento informado en la práctica clínica, y un taller práctico para su correcta elaboración. Sin embargo, solo el 40% de los involucrados asistió a estas actividades formativas.

Como consecuencia, no se cumplieron los plazos inicialmente establecidos para las correcciones documentales. Muchos coordinadores insistían en que el Comité de Ética debía asumir la redacción completa de los consentimientos, lo que motivó la intervención de la Gerencia y la Subdirección de Gestión de la Calidad, quienes emitieron llamados de atención formales a los responsables de cada área.

A pesar de estas medidas, continuábamos recibiendo documentos sin las correcciones requeridas. Esto nos obligó a convocar reuniones individuales con cada coordinador para realizar las modificaciones necesarias de manera supervisada y en tiempo real.

Resulta preocupante constatar que el personal solo mostró un compromiso real cuando percibió la posibilidad de sanciones administrativas. Persiste entre los médicos una visión reduccionista del consentimiento informado, interpretándolo como un mero trámite

legal previo a los procedimientos, en lugar de comprenderlo como un proceso fundamental de comunicación médico-paciente.

Reconozco que aún queda un largo camino por recorrer en este aspecto. Si bien el personal sanitario cuenta con capacitación formal, en la práctica no ha internalizado plenamente la importancia de este proceso. La situación es aún más compleja con los usuarios, población con la que no hemos logrado establecer un trabajo directo. Actualmente, el CEAS sigue siendo una entidad poco visible para los pacientes, lo que limita nuestro impacto en esta dimensión fundamental del consentimiento informado.

En otros países la principal responsabilidad para los CEAS en materia de normativa ha sido definir las directrices y los procedimientos institucionales para la suspensión y el retiro de tratamientos de reanimación y soporte vital, según lo recomendado.

Y aunque no estipulan que sean responsables de elaborar políticas, su asesoramiento o liderazgo puede ser valioso en:

- Servicios de reanimación y el uso de órdenes de no resucitar.
- Toma de decisiones informada.
- Voluntades anticipadas y su implementación.
- Toma de decisiones sustitutiva para pacientes incompetentes, incluidos bebés, niños y personas inconscientes.
- Evaluación y manejo del dolor.
- Traslado de pacientes a otras instalaciones.
- Respeto por las preferencias religiosas y culturales de los pacientes.

2.2.3 Función consultiva

A pesar del lanzamiento oficial del comité y de la difusión exhaustiva de sus competencias entre el personal sanitario, se observa una notable desvinculación de los profesionales en dos dimensiones críticas:

1. **Formación bioética continua:** existe una participación marginal en actividades formativas sobre fundamentos bioéticos
2. **Aplicación práctica:** la deliberación de casos desde este marco conceptual solo ocurre reactivamente cuando:
 - Emergen conflictos con implicaciones legales (percepción como "aval jurídico")
 - Se produce una ruptura irreparable en la relación médico-paciente

Esta conducta revela una percepción instrumental de la bioética, donde:

- Se privilegia su dimensión reactiva sobre la preventiva
- Se subestima su valor como herramienta de mejora continua
- Se ignora su potencial para optimizar la toma de decisiones clínicas

Este patrón de comportamiento evidencia:

- Una comprensión limitada del carácter proactivo de la bioética clínica
- La persistencia de un paradigma legalista en la práctica médica
- La necesidad de estrategias más efectivas para demostrar el valor añadido de la deliberación bioética rutinaria

La literatura especializada documenta consistentemente que tanto usuarios como proveedores de servicios de salud perciben beneficios significativos en la actuación de estos comités.

Su contribución más destacada y ampliamente reconocida ha sido la reducción efectiva de demandas, sin embargo, persiste un debate académico sobre los factores causales subyacentes a este resultado. La evidencia disponible no permite establecer con certeza si esta efectividad deriva principalmente de:

1. **Mecanismos de mediación ética:** Capacidad para facilitar el diálogo multidisciplinario y la resolución de conflicto. (17)
2. **Función implícita de gestión de riesgos:** Rol no declarado instrumento para prevenir litigios. (18)
3. **Intervenciones educativas:** Impacto de los programas de formación en competencias bioéticas para profesionales y pacientes.
4. **Cambios socioculturales:** Evolución de los consensos sociales sobre decisiones al final de la vida.

En este periodo han sido dos los casos evaluados por el CEAS, siendo las unidades de origen terapia intensiva de adultos y niños.

a) Presentación de casos

Mediante correo institucional y en base al formulario establecido por el ente rector con modificaciones realizadas por los miembros CEAS, el servicio consultante remite la solicitud de análisis del caso a la presidenta del comité de ética.

Se detalla en ese formulario la historia clínica, evolución y pronóstico, calidad de vida presente y futura, aspectos contextuales (sociales, económicos, administrativos, legales.) y la formulación de pregunta al comité.

b) Análisis

Una vez que se ha corroborado se trata de un dilema ético, los miembros del CEAS son convocados a reunión extraordinaria para el análisis del caso; en la primera sesión se convoca también al personal sanitario involucrado (médicos, enfermeras,

terapeuta físicos o respiratorios, psicólogo, trabajadora social, etc.) a fin de escuchar su versión de los hechos, posteriormente se procede a entrevistar al paciente, para conocer su estado, anhelos y deseos o al familiar responsable.

Cabe recalcar que el miembro de la comunidad fue el designado en los dos casos de realizar la entrevista al paciente y sus familiares por motivos de empatía, confianza y comprensión de sus emociones, al encontrarse rota la relación médico-paciente, los involucrados podía asociar al comité de ética como un proceso administrativo o interferencia en su vida y decisiones.

Los principales aspectos bioéticos analizados fueron:

- Autonomía del paciente
- Obstinación terapéutica
- Futilidad terapéutica
- Adecuación del esfuerzo terapéutico
- Dignidad
- Relación médico - paciente

a. La deliberación

La Real Academia Española, define el verbo deliberar en los siguientes términos: “Considerar atenta y detenidamente el pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sin razón de los votos antes de emitirlos”.

La participación del comité basa en el principio de que nadie tiene la verdad completa y de que la deliberación puede aportar datos y perspectivas que lleven a cambiar las ideas que cada uno tenía previamente. Se delibera sobre lo opinable, es decir, aquello que tiene algunas razones a favor, pero también tiene otras en contra.

La certeza total es imposible, de ahí que no pueda ni deba pretenderse que las decisiones sean ciertas, aunque sí razonables.

En ese sentido el proceso de deliberación del comité durante el primer caso fue realmente difícil por factores como: desconocimiento de los aspectos bioéticos involucrados, identificación del dilema y el método para el análisis (Modelo de Anne Davis, Nijmegen, Diego Gracia, Brady y Payton, etc), fue necesario entonces contar con un asesor externo con amplio conocimiento y experiencia en el campo. (6)

En un inicio cada uno de los participantes pensaba como: médico, abogado o enfermera, es decir como personal de salud y desde el punto de vista técnico, por lo que cometimos el error de asumir que la solución al problema se encontraba en el profesional y no en todos los involucrados.

En el tiempo destinado para la deliberación (3 semanas) los miembros tuvieron que leer y profundizar en los temas bioéticos relacionados al caso, cada uno propuso su punto de vista y si bien no existió un consenso unánime en primera instancia debido a las dudas sobre la jerarquización de los dilemas existentes, fue necesario el apoyo del asesor externo para encontrar el rumbo y un punto de partida.

Debo decir que este ha sido la etapa más crítica y difícil como CEAS, ya que las decisiones deben ser basadas en argumentaciones racionales en las que prime el bienestar del paciente, hemos optado entonces por considerar: principales hechos, problemas éticos y valores en conflicto detectados, elementos éticos de referencia y elementos normativos de referencia para determinar el curso de acción a considerar por parte del consultante.

A propósito de unos casos analizados por el CEAS estos fueron los principales dilemas éticos identificados:

1. Futilidad terapéutica. -es aquella cualidad del acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes o porque previsiblemente produce

perjuicios personales, familiares, económicos o sociales desproporcionados al beneficio esperado.

2. Medidas desproporcionadas. - son aquellas de las que no se puede esperar un beneficio cierto para el enfermo, es técnicamente incorrecta y éticamente reprobable. Conviene tener en cuenta, además que las medidas terapéuticas pueden ser proporcionadas o no atendiendo al juicio que el médico se forme sobre la situación estrictamente personal del paciente, para lo cual debe considerar, además de las razones científicas, técnicas y económicas, el estado espiritual del paciente, sus relaciones familiares, sus proyectos y, sobre todo, su expresa voluntad cuando ella es manifestada con plena lucidez y libertad.

3. Obstinación terapéutica. - consiste en introducir o continuar con medidas que ya no tiene sentido aplicar el enfermo y que lo único que hace es prolongar su proceso de morir.

4. Adecuación del esfuerzo terapéutico. - es el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente, es una expresión de buena práctica que exige adaptar la atención médica diagnóstica, terapéutica o preventiva – a la situación clínica y biográfica del paciente.

5. Cuidados Paliativos. - forman parte de un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda enfermedad grave. No reemplazan el tratamiento primario que recibe. Su meta es evitarle y aliviarle el sufrimiento, y mejorarle la calidad de vida.

6. Negación de enfermedad. - es un mecanismo de defensa inconsciente del yo más primitivo, con el cual el paciente atenúa la tensión que le produce determinado diagnóstico, tomando una distancia emocional de él, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad sino también más adelante.

7. Dignidad. - valor intrínseca de la persona moral, la cual no admite equivalentes, no debe ser confundida con ninguna cosa, con ninguna mercancía, dado que no se trata de nada útil ni intercambiable o provechoso (7).

En este caso como en muchos, en el cual se prefiere ocultar por parte de la familia el verdadero pronóstico al paciente e inducir al personal cierto tipo de tratamiento, creemos que el paciente debe recibir información de su estado de salud y fomentar su participación en la toma decisiones sanitarias y consentimiento informado, siempre y cuando esté en capacidad de hacerlo.

Es indudable que los principales problemas en la relación médico, paciente y familia se deben a una comunicación poco efectiva, por ello dentro de lo posible conviene mantener reuniones con el paciente y sus familiares con la finalidad de despejar dudas y establecer cursos de acción en conjunto,

Si existen discrepancias hay que mantener el tratamiento de soporte vital sin incrementar medidas adicionales.

CAPITULO 3

3.1 Discusión

Los Comités de Ética Asistencial se constituyeron para analizar y asesorar en la resolución de los conflictos éticos que se producen durante la práctica clínica asistencial y garantizar que los pacientes estén informados y puedan tomar las decisiones referentes a su salud, de acuerdo con su libre y propia voluntad.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada por la Unesco, insta a los estados a adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo, administrativo o de otra índole para instaurar medidas de protección de los derechos y la dignidad de las personas, entre las que destaca la creación de comités de ética independientes, multidisciplinarios y pluralistas. (12)

En el Ecuador se creó en 2012, la Comisión Nacional de Bioética en Salud, cuya función fue concebir, diseñar y modelar la bioética de la salud y asesorar en aspectos relacionados con la dignidad, derechos, integridad, seguridad y bienestar de las personas, así como la promoción de formación de comités de ética asistencial y de investigación. (13)

En ese contexto el Ministerio de Salud Pública en consideración a la constitución, Declaración de Helsinki, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación en Seres Humanos y otras normativas internacionales (14), instó la creación de comités de ética en las instituciones de salud a través de dos acuerdos ministeriales:

4889: Reglamento para la aprobación y seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y de los Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS), publicado el 1 de julio de 2014.

0005: Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la salud (CEAS), publicado el 2 de agosto de 2022.

Desde entonces son varias las instituciones pública y privadas que disponen de un comité de ética asistencial para la salud debidamente registrado ante la máxima autoridad, pero totalmente desconocidos o infravalorados dentro de sus propias instituciones.

La mayoría de los profesionales sanitarios consideran a la bioética como distante de su práctica o como una interferencia en su labor, por lo tanto, no se contempla dentro del análisis de la condición clínica del paciente y termina siendo una especie de “garantía” ante un caso difícil desde el punto de vista técnico o legal.

En ese sentido la mayor parte de las consultas se realizan en etapa tardía o cuando ya se han instaurado medidas fútiles con tal de prolongar la vida del paciente dejando de lado su dignidad.

Este trabajo permite identificar desafíos ante el ejercicio de las labores del CEAS, siendo quizá la consultiva la que más dificultades presenta debido a la falta de formación académica y experiencia de la mayor parte de los involucrados.

Se observa un promedio de 1 caso por año en el período analizado, lo cual dista de la realidad en nuestra práctica asistencial esto podría explicarse por la falta de conocimiento del personal de salud sobre la bioética, sobre la existencia y funciones del CEAS, demora entre solicitud y reunión, tiempo para preparar el caso, temor de los profesionales a ser evaluados en su desempeño clínico, desconocimiento de sus ventajas, además de la no obligatoriedad de consultar al CEA todos los problemas éticos.

En cuanto a los casos analizados destaca que los dos provienen de la unidad de cuidado críticos para adecuación del esfuerzo terapéutico, siendo el principal motivo la calidad de vida y dejando de lado consideraciones como paciente terminal, futilidad terapéutica y cuidados paliativos. Al parecer los profesionales de salud aún no han logrado establecer los cursos de acción acordados ante el final de la vida con antelación al período agudo.

Con relación a actividades de capacitación, estas se desarrollan de acuerdo con el cronograma establecido y con apoyo de diferentes entidades, destaco la continua participación e interés de los miembros CEAS en el proceso formativo, sin embargo, está claro que para los no integrantes este sigue siendo un tema de poca importancia, un problema que lastimosamente surge en las aulas y se perpetua en la práctica profesional.

La educación médica actual se enfoca en el saber qué y en el saber cómo, mas no en el saber cuándo y en el por qué; priorizando el aprendizaje memorístico, la excelencia técnica para ser buen médico, y no en la excelencia moral, para ser un médico bueno, no considera al estudiante ni a la responsabilidad ética como ejes centrales del proceso enseñanza aprendizaje. (15)

Nuestra formación profesional se ha centrado históricamente en dimensiones técnicas:

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades (paradigma biomédico)
- Análisis clínico basado en evidencia
- Desarrollo de habilidades procedimentales

Mientras tanto, se ha descuidado:

- El abordaje integral de la persona (paradigma biopsicosocial)
- La competencia en razonamiento ético
- La identificación y gestión de conflictos de valores

Es importante que el estudiante comprenda que el ejercicio ético de la medicina exige considerar al enfermo como persona con dignidad y autonomía, con derechos que obliga

brindarle todos los cuidados razonables para otorgarle la mejor existencia posible, así como a ser informado verazmente, para rechazar el tratamiento que considere contrario a sus valores o dar su consentimiento informado.

Debe tener presente que el mayor número de problemas éticos se concentran en el origen y en el final de la vida, n este contexto, preservar la vida a como dé lugar, origina la utilización exagerada de terapias sin beneficio alguno, llegando incluso a la obstinación terapéutica.

Por último, debería ser capaz de evaluar si el acto médico que realizó fue técnicamente correcto y si fue moral, dado que el acto puede ser técnicamente correcto, pero ser inmoral o éticamente incorrecto. (15)

En lo normativo, se observa una actividad constante mediante las socializaciones de acuerdos ministeriales en relación con los consentimientos informados, capacitaciones al personal de salud y la validación de estos documentos sin embargo el tiempo destinado sigue siendo insuficiente para cumplir con esta actividad, así como las otras.

3.2 Conclusiones

El funcionamiento óptimo de un CEAS requiere cinco pilares esenciales:

Dimensión	Componentes clave	Indicadores de éxito
Formación	Educación continua en bioética clínica	Certificaciones anuales por miembro
Docencia	Capacitación transversal al personal	80% de cobertura institucional

Dimensión	Componentes clave	Indicadores de éxito
Advocacy	Protección activa de derechos de pacientes	Sistema de quejas y sugerencias
Equidad	Implementación de protocolos no discriminatorios	Auditorías semestrales
Dignidad	Humanización de la práctica clínica	Encuestas de satisfacción

3.3 Recomendaciones

Ante la identificación de importantes desafíos en la estructura, desarrollo y funcionamiento del comité de ética hospitalario, los responsables de la formulación de políticas sanitarias y la alta dirección deben centrarse en los siguientes factores: Facilitar las actividades de los comités, destacar su importancia y objetivos, fortalecer su posición, supervisar sus aprobaciones, garantizar su implementación, y supervisar constantemente sus actividades. (16)

Se sugiere entonces que el ente regulador realizar las siguientes actividades:

1. Optimización de recursos institucionales:

- Gestión de cargas horarias específicas para actividades bioéticas, deben estar estipuladas como un mínimo en el acuerdo ministerial, de manera que se no exista malinterpretaciones o se pretenda dar un mínimo de horas sino las necesarias.
- Establecimiento de indicadores de productividad cualitativa, que permitan al ministerio, así como los CEAS fortaleces sus actividades y ser ampliamente reconocidos.
- Podría incluirse aquí un rubro económico representativo para quienes forman parte, entiendo que los miembros ameritan capacitaciones

continuas, la ética es dinámica y cada día surgen dilemas a la par que tecnología.

2. Empoderamiento de pacientes:

- Implementación de programas de alfabetización bioética
- Desarrollo de materiales educativos accesibles sobre:
 - Derechos en salud
 - Proceso de consentimiento informado
 - Dimensiones éticas de la atención

3. Sistema de monitorización continua:

- Creación de protocolos para:
 - Seguimiento longitudinal de casos
 - Evaluación de impacto en dinámicas asistenciales
 - Análisis de adherencia a recomendaciones
 - Difusión de las funciones y logros de los CEAS

4. Educación de los miembros

- Trabajar en conjunto con la Sociedad Ecuatoriana de Bioética en la capacitación de los profesionales de los CEAS.
- Establecer alianzas internacionales que permitan realizar pasantías en otras instituciones a nivel mundial, los dilemas éticos van a la vanguardia y sería un error trabajar sobre la marcha como sucedió con el reglamento para la aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y A voluntaria sin previo anuncio de una ley para Cuidados Paliativos.

En cuanto a la bioética en la educación y los roles de los CEAS sugerimos incorporar rotaciones obligatorias por comités de ética asistencial, paralelas a las pasantías clínicas tradicionales, los estudios demuestran que la introducción de métodos activos centrados en la práctica fomenta la sensibilización, percibida como la interiorización de valores

morales y la asunción del profesionalismo, características del ejercicio de la medicina.
(16)

Esta experiencia permitiría a los estudiantes de pregrado y posgrado:

1. Desarrollar competencias clave:

- Reconocimiento temprano de dilemas bioéticos
- Aplicación de marcos deliberativos estructurados
- Integración de perspectivas multidisciplinares

2. Beneficios curriculares:

- Complementaría la formación técnica con humanística
- Fomentaría la práctica reflexiva desde etapas tempranas
- Prepararía para los desafíos éticos de la medicina contemporánea

Fundamento pedagógico:

Esta propuesta se alinea con:

- Las recomendaciones de la AMEE (2023) sobre educación médica integral
- Los estándares de la WFME para formación ética práctica
- La tendencia internacional de enseñanza basada en competencias

El currículo de ética no puede reducirse a los principios de la bioética y a las normas legales del código, sino que debe incluir contenidos críticos con relación al reduccionismo clínico del paradigma biomédico y de la medicina basada en evidencias, asumidos como camino hacia soluciones para las necesidades del paciente, señalando, por ejemplo, los requisitos morales y éticos presentes en la medicina centrada en la persona. (16)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicológica*. abril de 2012;30(1):61-71.
2. González-Bermejo D. Los Comités de Ética Asistencial y los Comités de Ética de la Investigación en España: organización, regulación y funciones. *OFIL·ILAPHAR*. 5 de abril de 2021;30(3).
3. García P. De los Comités de Ética Asistencial hacia una Bioética Institucional. *Rev Médica Vozandes*. 2019;30.
4. Sánchez C. Situación actual de los Comités de Ética Asistencial en España. Tesina de Master de Bioética ICEB.2008
5. Heitman E. Comités de Ética Institucionales: Perspectivas Locales sobre Cuestiones Éticas en Medicina. Comité sobre los Impactos Sociales y Éticos de los Avances en Biomedicina del Instituto de Medicina (EE.UU.)1995.
6. Ruíz-Cano J. Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos. *Bol Méd Hosp Infant México*. 2015;72(2).
7. Barroso P, Calvache L. Comités de ética asistencial (CEA) en España y en Europa. *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*. 1999;5.
8. Vega S, Cubillos M. Experiencia del Comité de Ética Asistencial del Hospital Carlos van Buren entre los años 2007-2020. *Revista Médica Chile*. 2022;150.
9. Gómez MI. Los Comités de Ética Asistenciales. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2015/09/Los-Comites-de-Etica-Asistencial-Dra.-Maria-Ines-Gomez.pdf>
10. González-Bermejo D. Los Comités de Ética Asistencial y los Comités de Ética de la Investigación en España: organización, regulación y funciones. *OFIL·ILAPHAR*. 5 de abril de 2021;30(3).

11. Crico C. Evaluating the effectiveness of clinical ethics committees: a systematic review. Springer. 2020.

12. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura Division de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías Sector de Ciencias Humanas y Sociales, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO, 2006¹³. Pacheco V, La comisión nacional de bioética en salud en Ecuador. La utopía de la defensa de la dignidad, la integridad y los derechos de las personas y comunidades, Practica familiar rural, 2019.

13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022, 02 de agosto). Acuerdo N° 00005 - 2022 expídesse el reglamento sustitutivo del reglamento para la aprobación y seguimiento de comités de ética de investigación en seres humanos (CEISH) y comités de ética asistenciales para la salud (CEAS).

14. Izaguirre M, Importancia de la formación ética de los estudiantes de medicina, Anales de la Facultad de Medicina, 2019.

15. Raoofi S , Arefi S , Challenges of hospital ethics committees: a phenomenological study, Journal of Medical Ethics and History of Medicine .2021

16. Schaefer R, Pereira da Silva P, Educación médica y formación ética: revisión de alcance, Revista Bio medica, Brasil, 2024

17. Beauchamp T, Childress J, Principios de ética Biomédica, Barcelona: Masson; 2019.

18. Martinez W, Guía Para la Gestión del Riesgo de Corrupción en las Empresas. Colombia: Legis; 2020.