

¿Cuándo acudir al Comité de Bioética Institucional? El método deliberativo para resolver posibles dilemas

Alejandra T. Rabadán, Vilma Tripodoro

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires. Subcomisión de Neuroética, Asociación Argentina de Neurocirugía (AANC). Comité Académico de Ética en Medicina, Academia Nacional de Medicina (CAEEM). Instituto Pallium Latinoamérica, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En cuestiones de salud, cuando en el proceso de toma de decisiones se produce alguna tensión entre principios éticos, se considera estar frente a un dilema bioético. Puede suceder que, ante la falta de reflexión, se traslade a un Comité de Bioética Asistencial la resolución de problemas complejos que no constituyen estrictamente un dilema. La bioética surge como disciplina a mediados del siglo XX. Se define como una ayuda para la toma de decisiones en los dilemas éticos, centrada en dos aspectos: la ética de investigación para proteger los derechos de los sujetos de investigación; y la bioética asistencial, de carácter consultivo. Diferenciar entre situaciones clínicas difíciles o complejas y dilemas éticos, propiamente dichos, teniendo en cuenta los valores implicados, permitiría saber cuándo es necesario pedir un asesoramiento a un Comité. No se trata tanto de decidir qué es correcto o incorrecto, cuanto de cuál es la solución más recomendable a un problema. Se revisa la historia de los Comités de Bioética en Argentina que afrontan hoy el desafío de promover la responsabilidad social, abriendo las deliberaciones hacia la comunidad y los profesionales de la salud. En el siglo XX se distinguen dos momentos históricos: una primera etapa lenta y pionera y una segunda que obedece a la existencia del marco regulatorio legal. Teniendo en cuenta a la deliberación como método de la ética, este artículo propone un procedimiento de análisis de casos y el método deliberativo para resolver situaciones dilemáticas, con o sin la ayuda de un Comité.

Palabras clave: Comité de Bioética; Bioética; Método Deliberativo; Dilema Ético

ABSTRACT

When to consult the institutional bioethics committee? The deliberative method for resolving possible dilemmas. In healthcare, an ethical concern that arises during the decision making process is considered to be a bioethical dilemma. It is often the case that in the absence of proper deliberation, the problem is transferred to a bioethics committee, not even representing precisely a dilemma. Bioethics emerged as a discipline in the mid-20th century. It is defined as a support to decision-making in ethical dilemmas centered on two aspects: ethics of clinical investigation, focused on protecting the rights of research subjects, and bioethics in medical practice, of an advisory nature. To recognize the difference among difficult or complex clinical circumstances and ethical dilemmas could allow knowing when it is necessary to request for advice of a committee. It is not so much a question of deciding what is right or wrong, but which is the most advisable solution to a problem. We review the history of Bioethics Committees in Argentina that are facing today the challenge of promoting social responsibility and opening deliberations to community and health professionals. In the 20th century two historical moments are recognized: a pioneering and slow first period, and a second one of legal regulatory framework. Considering deliberation as a method of ethics, this article proposes a case analysis procedure and the deliberative method to elucidate dilemmas, with or without the help of a Committee.

Key words: Bioethics Committee; Bioethics; Deliberative Method; Ethic Dilemma

INTRODUCCIÓN

En el lenguaje cotidiano, se entiende como dilema a un problema que puede resolverse a través de dos soluciones, pero que ninguna de las dos resulta completamente aceptable o, por el contrario, que las dos son igualmente aceptables¹⁷.

En salud, cuando en el proceso de la toma de decisiones se produce alguna tensión entre principios éticos, se considera que estamos frente a un dilema bioético¹⁰. Se trata de una situación de duda entre dos alternativas, y al tener que elegir una de las dos, las partes intervinientes podrían no quedar del todo conformes.

Nota: Este trabajo ha sido publicado previamente en la Revista *Medicina* (Buenos Aires) 2017; 77: 486-490, (<http://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol77-17/n6/486-490-Med6697-Rabadan-A.pdf>)

La autora no presenta conflictos de interés.

Alejandra T. Rabadán

rabadan.alejandra@gmail.com

Florencia Luna define la bioética como “una ayuda para la toma de decisiones en los dilemas éticos que se plantean en medicina y biología”^{2,10}. Si bien la consulta bioética ante “casos dilemáticos” es cada vez más frecuentemente incorporada a nuestra práctica clínica, puede suceder que, ante la falta de reflexión, se consulte y se traslade a un Comité de Bioética Asistencial (CBA), la toma de decisiones ante problemas complejos que no constituyen estrictamente un dilema ético.

Desde mediados del siglo XX, debido en gran parte a los avances biotecnológicos, la relación médico-paciente ha dejado de basarse en el paternalismo, desarrollándose un nuevo paradigma, donde se jerarquiza la autonomía de los pacientes para la toma de decisiones². Este modelo de relación más justo es a la vez más complejo y ha ido acompañado de la necesidad de asesoramiento por parte de los CBA¹. El ejercicio de analizar los casos complejos y potencialmente dilemáticos en los ateneos clínicos, así como se discuten los diagnósticos o los tratamientos, permitiría

reconocer, si los hubiere, los valores en tensión. Por ejemplo, si se prioriza la autonomía en detrimento de la beneficencia o viceversa. Esto crearía una conciencia ética, necesariamente asociada al ejercicio de la medicina.

La aplicación de la ética en medicina puede, en la práctica moderna, centrarse desde el punto de vista práctico en dos aspectos: la ética de investigación y la bioética asistencial.

La ética de investigación tiene como área de competencia revisar, aceptar o rechazar los protocolos de investigación que se llevarán a cabo en instituciones de salud o laboratorios, a fin de proteger los derechos de los sujetos que habrán de ser sometidos a investigación, tomando en cuenta las normas nacionales e internacionales²¹.

La ética clínica, en cambio, tiene un papel meramente consultivo, es decir que brinda consejo. No significa que se traten temas menos importantes ni que sea menor la idoneidad necesaria para tratarlos⁹. No se trata de abusos en investigación, ni de la protección de poblaciones vulnerables, sino de situaciones altamente conflictivas en la práctica médica cotidiana. Uno de los problemas frecuentes que enfrentan los CBA tiene que ver con la distribución de recursos escasos, así como la disponibilidad de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento.

En relación con la práctica asistencial, los frecuentes “dilemas éticos” que se tratan en un CBA son: la evaluación de las competencias para la toma de decisiones en salud; la futilidad terapéutica; el retiro o abstención de soporte vital (alimentación artificial, respirador, diálisis, trasplante); la adecuación de los esfuerzos terapéuticos; las directivas anticipadas o testamento vital; la objeción de conciencia; la salud reproductiva; el asesoramiento en la confección de los consentimientos informados; la realización de tratamientos o procedimientos con bajo nivel de evidencia; la interpretación del secreto médico y de la confidencialidad de la relación médico-paciente; la valoración de aspectos espirituales como el caso de los Testigos de Jehová; también posibles conflictos que pudiesen surgir de los distintos valores culturales, lo que se conoce como medicina transcultural^{9,19}.

Cabe mencionar también que, desde el prisma de la historia de la bioética, ya no solo es posible entender la relación médico-paciente como constituida por dos partes, sino que se reconoce la ‘presencia’ de terceros en el proceso de salud-enfermedad. Este tercer actor que convierte esta diada en tríada es la sociedad, la cual puede asumir caras más específicas, tales como la familia, las instituciones sanitarias o el estado¹³.

Sería importante considerar las diferencias entre las situaciones clínicas difíciles o complejas y los dilemas éticos propiamente dichos para saber, por un lado, cuándo es necesario pedir asesoramiento, y por el otro, considerar el análisis de los potenciales dilemas en la práctica clínica

cotidiana. Esto mejoraría la decisión de solicitar una consulta bioética específica superadora. Este artículo invita a reflexionar sobre un método deliberativo para resolver situaciones dilemáticas, con o sin la ayuda de un CBA.

¿SON PROBLEMAS, DILEMAS O CONFLICTOS LOS QUE SURGEN EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS?

En las discusiones médicas muchas veces se toman como sinónimos los conceptos de problema, dilema y/o conflicto; motivo por el cual los revisaremos de modo que ayuden a generar, cuando sea pertinente, la consulta al CBA en forma productiva y oportuna. Según Netza Cardozo un problema “Es un asunto lineal, que, aunque puede tener soluciones, sigue siendo un problema”¹⁴. Para resolver un estado de deshidratación, por decir un ejemplo, la solución sería hidratar al paciente; o iniciar un tratamiento antibiótico ante la evidencia clínica de una neumonía, etc. Es decir que existe una determinada manera de resolver un problema cuando se conocen los datos necesarios. Ante un problema, solo puede haber una solución, o un número fijo de ellas, pero no un número indefinido⁸.

En cambio, el dilema puede considerarse como un problema que puede resolverse a través de dos soluciones, donde ambas son aceptables, aunque ninguna lo es completamente⁹. En este caso, a diferencia de los problemas, ya no hay una única solución lineal, sino que hay una confrontación de valores. Hay una dualidad que vuelve la discusión más compleja. A veces se confunden los problemas con los dilemas. Sin embargo, si consideramos que para resolver ese problema pueden existir varias soluciones, pero todas son igualmente lineales, se aclarará la discusión. Un ejemplo de esto podría ser: existen varias justificaciones matemáticas para demostrar un teorema. En ese caso se trata de un problema matemático complejo, pero sin involucrar valores morales. Es decir, aquí no habría ningún dilema para resolver, solamente se trata de un problema complejo. Esto marca la diferencia¹⁴.

En el caso de que los conocimientos científicos o técnicos no alcancen para resolver un dilema, porque hay valores en juego, se presenta una disyuntiva¹⁸. Es en estas situaciones donde es pertinente consultar a un CBA. Por ejemplo, un paciente cuadripléjico que no quiere seguir conectado a un respirador que lo mantiene vivo pero su familia sí, poniendo en tensión el valor de la autonomía versus el valor de la vida. Para poder decidir la mejor solución para esta situación dilemática, es conveniente elegir el mejor curso de acción entre todos los posibles. El dilema también suele ser la consecuencia de la incompetencia del sistema, es decir que se transforme en consulta a un CBA una situación difícil que no se sabe cómo resolver. La con-

sulta se limita a: ¿qué tenemos que hacer en este caso?

Por otro lado, cuando hablamos de un conflicto, ya no se trata solamente de un problema, sino que significa confrontación. Podría haber agresión sin posibilidad de diálogo. Esta situación no ocurre necesariamente entre dos personas. Podría ser que el paciente fuera incapaz de tomar decisiones y esto generara un ambiente de incertidumbre con hostilidad entre los profesionales, o lo que es bastante habitual, entre los miembros de una misma familia¹⁴.

Existen circunstancias frecuentes que pueden convertirse en conflicto. Por ejemplo, la priorización por parte de los médicos de la solicitud de la familia del enfermo sobre no informarle del pronóstico de su enfermedad, o particularidades de los tratamientos ignorando, en ocasiones, los deseos del paciente. Es bastante común que de estos conflictos surjan quejas o incluso demandas judiciales contra los profesionales¹⁴.

La reducción de los problemas a dilemas o conflictos, suele ser producto de la angustia⁴. Según Diego Gracia “cuando las personas se hallan dominadas por la angustia o por emociones inconscientes, no deliberan las decisiones que toman, sino que actúan de un modo reflejo, automático, pulsional. Solo quien es capaz de controlar los sentimientos de miedo y de angustia puede tener la entereza y presencia de espíritu que exige la deliberación. Las emociones llevan a tomar posturas extremas, de aceptación o rechazo totales, de amor o de odio, y convierten los problemas en conflictos, es decir, en cuestiones con sólo dos salidas, que además son extremas y opuestas entre sí”⁴.

LA VIRTUD SUELE ESTAR EN EL PUNTO MEDIO

La ética no se preocupa tanto de lo que es correcto o incorrecto cuanto de cuál es la mejor solución a un problema, lo que es muy importante cuando se trata de la salud de las personas. Dicho de otro modo, la ética no aspira a lo bueno sino a lo mejor, a lo óptimo⁵. Esto no sería complejo si no fuera porque los valores (religiosos, culturales, políticos, estéticos, etc.) en ocasiones entran en conflicto entre sí, generando lo que se conoce técnicamente como “conflicto de valores”. Entonces, la función de la ética en la práctica asistencial es ayudar al profesional en el análisis de los valores que intervienen en una decisión determinada. El fin es que la decisión que adopte sea recomendable, no solo desde el punto de vista de los hechos médicos, sino también desde el de los valores implicados.

Como sostiene Diego Gracia “la deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad. Se trata de ponderar tanto los principios y valores implicados, como las circunstancias y consecuencias del caso. Esto permitiría identificar todos o, al menos, la mayoría de los cursos de acción posibles. Puede tomarse como norma que los cur-

sos posibles son siempre cinco o más, y que cuando se han identificado menos, suele ser por defecto en el proceso de análisis. Por otra parte, el curso óptimo de acción no está generalmente en los extremos, sino en el medio o cercano a él^{6,7}.

Teniendo en cuenta a la deliberación como método de la ética, se propone el siguiente procedimiento de análisis de casos que podrían resolverse sin necesidad estricta de consultar a un CBA. De todos modos, este ejercicio es aconsejable ante cualquier situación “problemática o dilemática” que tenga valores en conflicto o que presente en el equipo de salud tensiones frente a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

1. Presentación del “caso” objeto de análisis.
2. Aclaración de los “hechos” propios del caso (tanto datos objetivos como subjetivos).
3. Identificación de los “valores” en conflicto en el caso.
4. Estudio de los “cursos de acción” posibles.
5. Identificación del (o de los) “curso(s) óptimo(s)” de Acción.
6. El marco “jurídico” de la decisión.

UN POCO DE HISTORIA

A mediados del siglo XX surge la bioética como disciplina. En 1982 solo el 1% de los hospitales en EE.UU. contaba con comités de bioética; en 1988 ya alcanzaban el 60%²⁰; en México se establece que dentro de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, debe existir un CBA y un comité de ética en la investigación por separado. Y ya en el siglo XXI, todos los hospitales universitarios de los países desarrollados poseen comités de bioética.

En Argentina se distinguen dos momentos en la creación de los comités de ética; a saber, una primera etapa lenta y pionera y una segunda que, entre otras cosas, obedece a la existencia del marco regulatorio legal⁹. En la primera etapa se consolidaron diversos comités, algunos de los cuales se han convertido en centros de referencia en el país. Por ejemplo, el Comité del Hospital de Clínicas de Buenos Aires, el del Servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, el del Hospital Garrahan, el del Centro Oncológico de Excelencia de Gonnet, el del Hospital Penna de Bahía Blanca y el Comité de Ética del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata, por citar algunos.

En la segunda etapa se observó un crecimiento desordenado, autogestado y escasamente apoyado por el Ministerio de Salud, en un momento de una profunda reestructuración del sector de la salud en la Argentina⁹.

A estos históricos CBA, les sigue en 1993 una resolución ministerial que obligaba a los hospitales de autogestión a crear un CBA como parte del Programa Nacional de Ga-

rantía de Calidad de la Atención Médica¹¹. Actualmente existe una ley nacional que fue sancionada y promulgada en 1996, la cual explicita que “en todo hospital del sistema público de salud y de seguridad social, en la medida en que su complejidad lo permita, deberá existir un comité hospitalario de ética, que cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surgen de la práctica de la medicina hospitalaria”⁸.

El CBA se concibe como un grupo multidisciplinario y pluralista, que debe asegurar la participación interdisciplinaria, garantizando la presencia de distintos puntos de vista en la deliberación, contando con diversas disciplinas para su integración, con un número de miembros que permita el funcionamiento eficaz (habitualmente entre seis y doce). Las disciplinas recomendadas en su conformación deberían ser: médicos, enfermeros, profesionales de salud mental, trabajadores sociales u otros profesionales sanitarios, de las ciencias sociales, representantes de la administración del hospital y de la comunidad. Con la finalidad de evitar el riesgo de intromisión en las decisiones por parte de sectores de interés, es aconsejable que el CBA sea independiente de otras estructuras jerárquicas institucionales, debiendo funcionar como un comité asesor y con autonomía económica de manera de otorgarle libertad en la acción. En lo referente a la presencia de representantes religiosos, merece un comentario especial, por la importancia que los aspectos espirituales pueden tener en las reflexiones de los aspectos bioéticos^{19,21}.

Las funciones del CBA son fundamentalmente: asistencial, educativa y normativa. La función asistencial es consultiva. La finalidad es ofrecer un espacio de reflexión donde los profesionales de la salud puedan generar un marco de confianza ética y confianza técnica, acompañando al paciente o a los sustitutos para que puedan realizar el proceso de toma de decisiones para la salud de acuerdo a sus valores y modo de vida. Se utilizarán técnicas de diálogo y argumentación racional para resolver dilemas a la luz de los valores y principios bioéticos. Las decisiones del CBA se toman por consenso, no por votación, y además son no vinculantes, es decir, no son obligatorias.

Dentro de lo asistencial, las cuestiones al final de la vida ocupan un rol preponderante y altamente desafiante. Muchas de las medidas que pueden tomarse (o suspenderse o evitarse) suelen tener una consecuencia inmediata en el tiempo de duración de la vida, en la calidad de vida y en la posibilidad de interacción del paciente con sus seres queridos y semejantes. Generalmente, el dilema se presenta entre dos o más opciones, ambas con consecuencias seriamente inconvenientes, y el balance riesgo/beneficio oscilando de un extremo al otro^{2,3}.

Debido a los avances tecnológicos en medicina, en las

prácticas asistenciales de las neurociencias surgen frecuentemente dilemas ante situaciones sensibles, dado que el cerebro es el órgano responsable de la conciencia y de las percepciones. Profundizar en su conocimiento implica manipular lo más genuino e intransferible del ser humano¹⁹. A modo de ejemplos podemos mencionar: los estudios genéticos, la neuromodulación cerebral invasiva y la no invasiva; la psicoterapia, la psicocirugía, etc. Algunos interrogantes sobre la restauración neuronal mediante células madre o la implantación de chips en el cerebro para substituir determinadas funciones cerebrales serán realidad en un futuro próximo¹⁶.

La función educativa del CBA tiene como objetivos docentes a los profesionales de la salud, tanto en el pregrado como en el postgrado. La función normativa tiene como objetivos anticiparse a los dilemas bioéticos generando reglamentaciones institucionales para dilemas frecuentes en la práctica médica. También este punto tiene relación con la participación en la realización de consentimientos informados.

NI JUECES NI PARTE

Los CBA no deben ser considerados como tribunales de ética, ya que su función no es juzgar, sino promover un ámbito interdisciplinario de reflexión para ayudar en la toma de decisiones de dilemas éticos que surjan en la práctica asistencial^{5,12}.

En 2005 fueron publicadas por la UNESCO las guías para la creación y funcionamiento de los CBA¹⁵. Allí se presenta un formato de consulta de casos, donde se establecen las nueve pautas que es conveniente observar para poder analizar un caso:

1. Determinar los hechos clínicos y psicosociales del caso.
2. Identificar las perspectivas de los principales interesados.
3. Formular cuestiones y dilemas bioéticos.
4. Enumerar los posibles beneficios a corto y largo plazo y los posibles riesgos para el paciente.
5. Esforzarse por lograr consenso por avenencia cuando no se logre el consenso pleno.
6. Establecer un plan de implementación.
7. Supervisar el efecto del plan sobre el paciente y revisarlo en caso necesario.
8. Evaluar los procedimientos de revisión del caso.
9. Establecer un archivo de revisiones de casos para consulta futura.

En ningún caso el CBA reemplaza la responsabilidad de quien pide el asesoramiento; no toma decisiones vinculantes; no perita ni juzga denuncias sobre procedimientos técnicos. El potencial del rol del CBA es muy importante

ya que suele tener un efecto secundario desalentando acciones médico-legales. Sin ser vinculante en sus opiniones, puede actuar como un respaldo para los profesionales de la salud y también para los pacientes y sus familias, dado que queda como prueba del cuidado ético con que se obró frente al problema; puede así contribuir además a mejorar la relación médico-paciente-familia/sustituto-institución.

En los últimos tiempos la actividad de los CBA se ha ido consolidando, asistiendo al equipo de salud en la toma de decisiones frente a problemas, conflictos o situaciones dilemáticas. Pero, a pesar de este fenómeno, es muy común que las decisiones finales sean tomadas por las autoridades hospitalarias y/o por aquellas personas provenientes del campo jurídico, usualmente alejadas del entorno deliberativo, dialógico y plural que el ejercicio de la bioética requiere. Algunas de las dificultades que se vislumbran son la falta de hábito de la consulta, el escaso conocimiento sobre los tópicos a consultar, cuál debería ser la modalidad de presentación del caso, y tener claras las expectativas. Además, es posible que, si los equipos de salud no reflexionan antes de la consulta al CBA, sobre si existen o no valores en conflicto y los posibles cursos óptimos de acción, se realicen consultas innecesarias.

Los Comités deben asumir el desafío de fomentar la conciencia ética, en el marco del cumplimiento de su función educativa y consultiva, incentivando la formación de todos sus miembros en valores, habilidades y actitudes. Según la UNESCO, formar parte de un CBA genera obligaciones y responsabilidades, aun cuando se trate de una labor ad honorem. Solo el diálogo interdisciplinario, intersectorial e intergeneracional, tanto hacia el interior de los CBA como hacia el resto de las instituciones, permitirá tomar decisiones compartidas y democráticas, mediante un debate amplio, respetuoso y transparente. Tales decisiones, prudentes y situadas en tiempo y espacio, no solo pueden evitar la judicialización de las consultas, sino también ir modificando paulatinamente la idea, ampliamente extendida de que la única misión y visión de un CBA se asocia a la función normativa¹⁵. Además, los CBA afrontan hoy el desafío de promover la responsabilidad social, abriendo las deliberaciones hacia la comunidad y los profesionales de la salud. Esto será imprescindible habida cuenta de que el avance tecno-científico debe basarse en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y en el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blaylock RL. God or man as final arbiter of moral law. *HaciendaPublishing.com*, Dec 7, 2014. En: <http://www.haciendapub.com/articles/god-or-man-final-arbiter-moral-law-russell-l-blaylock-md>; consultado abril 2017.
2. Ciruzzi MS. Ser inconsciente ante la propia muerte. El caso M. *Congresso Internacional de Direitos da Personalidade/ 2014 Maringá. Anais Eletrônicos*. En: <http://www.ehos-pice.com/DesktopModules/GalleryServerPro/gs/handler/getmedia.ashx?moid=10640&dt=2&g=1>; consultado abril 2017.
3. Ciruzzi MS. Los dilemas al final de la vida: el paradigma bioético frente al paradigma penal. *Revista Derecho Penal 2012; I: 2*. Ediciones Infojus. En: http://www.sajj.gob.ar/doctrina/dacfl20130-ciruzzi-dilemas_al_final_vida.htm; consultado agosto 2017.
4. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991, p 10.
5. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema/ Universidad de Madrid; 1989, p 32.
6. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc) 2001; 117: 18-23*.
7. Gracia D. Tomar decisiones morales: Del casuismo a la deliberación. *DILEMATA 2016; 20: 15-31*.
8. Ley 24742. Poder Legislativo Nacional (PLN). Comités Hospitalarios de Ética. *Funciones. Integración. Sanción 27/11/1996. Promulgación 18/12/1996. Boletín Oficial 23/12/1996*.
9. Luna F, Bertomeu MJ. Comités de Ética en la Argentina. *Boletín Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina*, septiembre 2017. En: <http://www.fundaciondpt.com.ar/index.php/noticias-y-novedades/boletin-dpt/boletin-dpt-19/50-referencias/1357>; consultado septiembre 2017.
10. Luna F, Salles A. Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. *Buenos Aires: Sudamericana; 1995, p 25-7*.
11. Ministerio de Salud y Acción Social. Decreto n° 857, del 20 de octubre de 1993. En: <http://www.renal.org.ar/legislaciones/leg-programa.pdf>; consultado septiembre 2017.
12. Maglio F. Ética médica y bioética. Aspectos conceptuales. *Rev Argent Cardiol 2001; 69: 444-7*.
13. Morales Aguilera P. El cuidado como expresión de lo humano. Reflexiones sobre el concepto de cuidado de A. Macintyre y su relación con la ética de las profesiones sanitarias. *DILEMATA 2012; 9: 225-48*.
14. Netza Cardoso C. Protocolo para la presentación y análisis de casos clínicos ante los Comités de Ética Asistencial. *Revista de Bioética y Derecho 2013; 24-34*.
15. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París: Unesco, 2005. En: http://portal.unesco.org/es/ev.phpURL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html; consultado abril 2017.
16. Rabadán AT. Neuroethics scope at a glance. *Surg Neurol Int 2015; 6: 183-4*.
17. Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23a ed. Madrid: Espasa, 2014. En: <http://dle.rae.es/?id=DmQyDQm>; consultado abril 2017.
18. Rivera López E. *Ética y trasplantes de órganos*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, UNAM, 2001, p 18.
19. Sorokin P, Actis AM, Outomuro D. Comités de ética asistencial: de los grandes dilemas a los nuevos desafíos *Rev Bioet 2016; 24: 91-7*.
20. Tealdi JC, Mainetti JA. Hospital ethics committees. *Bulletin of PAHO 1990; 24: 410-8*.
21. Vidal S. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. *Revista Red bioética/UNESCO 2010; 1:81-123*.