

**DOCUMENTO SOBRE EL DESARROLLO DE
COMITÉS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL EN
EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE LA
PROVINCIA DE NEUQUÉN**

Período 2000-2007

**Andrea Laura Macías
Coordinadora del Área de Bioética y de la
CAIBSH**

INDICE

Introducción.....	
Antecedentes del Proyecto.....	
Marco de referencia teórico del Proyecto.....	
Etapas en el desarrollo del Proyecto:	
1) Inicial de sensibilización y consulta.....	
2) De conformación de CBA y de la Red Provincial de CBA...	
3) De consolidación de CBA y de la Red de CBA.....	
Dificultades presentadas y desafíos para el futuro.....	
Conclusiones.....	
Anexos.....	
Ley Provincial 2327.....	
Modelo de convocatoria para talleres y cursos.....	
Reglamento Provincial de CBA.....	
Documentos de la Red de CBA.....	
Bibliografía.....	

INTRODUCCION

El progreso biológico, farmacológico y de la medicina en los últimos treinta años, el continuo desarrollo de nuevas tecnologías y los nuevos modelos de relación entre los pacientes y el personal de salud, han fundamentado en la provincia de Neuquén, Argentina la creación de comités de ética asistenciales y en investigación, como instancias plurales e interdisciplinarias de diálogo y decisión bioética en donde se intenta reflexionar, analizar y asesorar en los conflictos de valores que se presentan habitualmente en la práctica asistencial o en la investigación en seres humanos. En el mes de julio del año 2000 se sancionó en la provincia de Neuquén, la Ley 2327 de Comités Hospitalarios de Ética (CHE), en adhesión a la Ley Nacional 24.742, brindando así el marco jurídico para la implementación de CHE en la provincia. La tarea de desarrollar Comités de Ética en las instituciones hospitalarias resultaba particularmente compleja en ese momento histórico. A las resistencias naturales que despierta la introducción de la Bioética entre los agentes de salud por el necesario replanteo de su actividad que conlleva, se sumaba la difícil situación del sector salud, inmerso en la crisis económica y política del país que derivó en la renuncia del entonces presidente De la Rúa y la instauración del "corralito financiero" en lo económico.

La Provincia del Neuquén cuenta con un sistema de salud de muy profundo arraigo, creado hace más de 30 años, con un decidido enfoque hacia la atención primaria de la salud, y que ha logrado una mejoría notable en las condiciones sanitarias, ubicando a la provincia entre los mejores distritos del país por sus indicadores.

Desde la creación del Sistema de Salud Pública de la Provincia de Neuquén (en adelante SSPN) sus actividades se han orientado hacia lo que posteriormente la Declaración de Alma Ata denominó Atención Primaria de la Salud (APS). **La estrategia de APS** está planteada como núcleo principal y función central del SSPN caracterizándose por:

- Ser reflejo y consecuencia de las condiciones de desarrollo de una comunidad
- Estar orientada hacia los principales problemas de la comunidad
- Considerar fundamentales las actividades de prevención y promoción de la salud
- Entrañar la participación junto con el sector sanitario de todo otro sector que intervenga en el desarrollo de la comunidad
- Exigir y fomentar en grado máximo la participación ciudadana y la propia responsabilidad en el cuidado de la salud
- Desarrollarse dentro niveles de referencia y contrarreferencia de casos, que se apoyen mutuamente

El proyecto de creación de CHE se desarrolló dentro de la estrategia de APS al aspirar a que su trabajo refleje y aborde los problemas y dilemas éticos prevalentes, emergentes de la práctica sanitaria, centrado en la participación interdisciplinaria, e interdependiente de sus protagonistas, es decir, del personal de salud y la comunidad a la que asisten.

El objetivo último del proyecto es:

- favorecer el debate plural, libre y racional
- a nivel institucional, interinstitucional y comunitario
- sobre los aspectos éticos de la atención en salud,
- a través de los CBA y del trabajo en red
- evitando las posturas jerárquicas que lo obstaculicen
- con la APS como estrategia
- con los DDHH como marco de referencia ético
- con el fin último de mejorar la calidad de la atención en los establecimientos del SSPN

Se propuso la adaptación de la ley de CHE a la realidad provincial a través de la **creación de comités zonales y no hospitalarios**, para favorecer la inclusión de todo el personal de salud, especialmente los pertenecientes a centros de salud y hospitales rurales cuya cantidad de empleados no posibilitaría la formación de CHE. El objetivo principal fue favorecer a través de los Comités de Bioética Asistencial Zonales o Institucionales y del trabajo en red, el debate plural, libre y racional, evitando las posturas jerárquicas que lo obstaculicen, dentro de un marco de tolerancia y respeto por los derechos humanos fundamentales con el objetivo de mejorar la calidad de la atención en salud.

Se consideró a los **Derechos Humanos** como el mínimo acuerdo ético universal y, como tal, se estableció que su respeto constituía el marco y el límite para el debate moral que se diera en los CBA. *"Los derechos humanos tienen una fuerza expansiva y dentro de ellos, tal vez como desprendimiento del derecho a la vida, se reconoce el derecho humano a la salud. Cuestiones de alta complejidad moral y jurídica como las originadas en la relación entre la bioética y el desarrollo científico y, en general, los derechos de los pacientes a la seguridad, a la intimidad, a la no discriminación, a la autodeterminación y a la preservación del medio ambiente adecuado, se relacionan directamente con el bien jurídico salud pública y con el derecho humano a la salud. Es necesaria la valoración de la persona humana, con sentido de dignidad en sí misma, como dato situado en la esfera ética. Toda elección, en casos que exceden de los meramente rutinarios lleva aparejado un dilema ético, que puede resolverse renunciando a hacer algo, dejando de someterse a un tratamiento cruento y de pronóstico incierto en favor de una muerte más cierta; o por otro lado, actuando, poniéndose en manos del profesional de la salud y tratándose. La decisión final es la crucial, pues es difícil saber dónde está el daño y dónde el beneficio. En suma, tomar esta decisión es casi arrogarse facultades divinas, apostar a ser Dios; y para tomar decisiones con tal trascendencia, hay que estar seguro de que no se hará daño a la persona.¹"*

La continuidad en la aplicación del plan de salud (rasgo poco habitual en nuestro país) a través de los sucesivos gobiernos del partido provincial hegemónico, permitió la formación y consolidación de cuadros medios de conducción técnica que mantienen el progreso de la atención, aún en medio de la innegable crisis actual. La población, en forma correspondiente, siente el sistema como propio y está, en general, bastante

¹ Highton de Nolasco, Elena. Revista de Derecho Privado y Comunitario, Tomo I, Daños a la persona, Ed. Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 1993

satisfecha con el nivel de las prestaciones². El personal de salud, por otra parte, siente un legítimo orgullo en pertenecer al "sistema". En este marco la tarea de plantear la constitución de Comités de Ética si bien se veía favorecida por el nivel institucional y técnico, enfrentaba también un grado de capacidad crítica que, en algunas ocasiones, podría exacerbarse causando en el mismo personal algún grado de daño en cuanto a las relaciones interpersonales. Debe agregarse a esto que la época de inicio del proyecto coincidió con una de las mayores crisis económica e institucional que vivió la Argentina y cuyo efecto perdura hasta la actualidad. Además, la desocupación en aumento constante en ese momento, privaba a cada vez mas gente de obra social, haciendo que la presión de la demanda sobre el hospital público se incrementara progresivamente. Debe también tenerse en cuenta el elevado grado de conflictividad social de la provincia, no casualmente cuna de los "piquetes"³ en Cutral Co. Hay dos características distintivas de la provincia en comparación con otras regiones del país de similar perfil productivo: "posee un pasado de integración social (que no tiene Salta por ejemplo) y una tradición de lucha que llevo a la constitución de una cultura fuertemente contestataria (mucho mas que otras provincias). Todo ello convierte a Neuquén en una provincia más explosiva que otras. En fin, no por casualidad las dos primeras puebladas de la era neoliberal se dieron en Neuquén."⁴

"Los problemas en el acceso a la salud de los países subdesarrollados, entre los que se encuentra Argentina, se acentuaron especialmente en la crisis económica de la década de los 80 y las reformas con las que los gobiernos intentaron manejarla. La coyuntura política y económica de esa época cortó en seco las promesas de salud para todos proclamadas en la CAA.

El peso de una deuda con altísimos intereses redujo, en los años sucesivos, el gasto público en salud, educación y otros servicios básicos. Las reformas exigidas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (condición imprescindible para habilitar nuevos préstamos) incluyeron una mayor reducción del gasto, una medida que únicamente reforzó el impacto negativo de la crisis económica. Las privatizaciones, promovidas en nombre de la modernización, a la vez que disminuyeron el déficit fiscal (transitoriamente) transfirieron a los individuos una responsabilidad históricamente asumida por los gobiernos. Este proceso se desarrolló a través de la introducción de cuotas, descentralización y desarrollo de los seguros de salud. Las privatizaciones fueron instrumentadas desde un marco más general: los programas de ajuste estructural del Banco Mundial.

A pesar de que esta institución financiera no dejaron de elogiar las ventajas de la participación del sector privado, en los países en los que se han aplicado estas reformas el acceso a la salud es cada vez es más restringido y de menor calidad. Los sectores vulnerables de la población no pudieron afrontar el costo de la salud y progresivamente se fueron retirando del sistema.

² Grünmann JD. El Plan de Salud del Neuquén. En: Arrúe W, Kalinsky B. De "La Médica" y el Terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la Provincia del Neuquén. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1991.

³ Piquete es un modo de protesta social que consiste en el corte de las rutas nacionales como forma de presión para generar atención y respuesta a un reclamo ciudadano determinado

⁴ Svampa Maristella. Entrevista titulada "La muerte insta un limite", realizada por Leonardo Herreros y Juan Mocchiato. Publicada en el diario Río Negro en la sección "debates", el 15 de abril de 2007

Los servicios básicos forman parte de los derechos humanos. La ONU dispuso la creación de un comité para los derechos económicos, culturales y sociales. Este organismo ha promovido una declaración a propósito del GATS (acuerdo general sobre el comercio de servicios, por sus siglas en inglés), una iniciativa de la Organización Mundial de Comercio. La declaración incluye la promoción y protección de los derechos humanos entre los objetivos de la liberalización del comercio, analiza sus efectos sobre las personas y promueve políticas y legislación comercial que tome en cuenta los derechos de todos, en especial los individuos y grupos que se encuentren en situación de vulnerabilidad".⁵

En medio de este panorama, la empresa de recorrer la provincia proponiendo el debate sobre la implementación de comités hospitalarios de ética, no parecía sencilla. Sin embargo, precisamente ese momento de crisis pareció haber favorecido, más que obstaculizado, la tarea de trabajar y debatir sobre el eje ético.

El desarrollo del programa se estableció sobre algunas ideas sencillas:

- Considerar a los Comités Asistenciales de Ética como un espacio plural y democrático de debate y reflexión ética sobre las prácticas en salud compartido por los trabajadores de la salud y la comunidad a la que asisten.

- Reconocer que la actividad de "atención de la salud" está conformada y llevada adelante por todos los integrantes del personal de las instituciones sin exclusión posible y que por lo tanto, cuando se plantea hablar de temas éticos en la práctica de esa atención deben ser convocados personal de todos los sectores de la institución sanitaria.

- Sostener la idea que promover la formación de una red provincial de CBA constituye una herramienta útil, como instancia para capacitación continua, intercambio de experiencias, compartir actividades intercomités y por sobre todo favorecer la continuidad en la tarea de los CBA

Y se puede dividir en las siguientes etapas: 1) Inicial de sensibilización y consulta 2) De conformación de CBA y de la Red Provincial de CBA 3) De consolidación de CBA y de la Red de CBA

En el presente trabajo se expondrá el origen y desarrollo de los CBA en el SSPN a partir de la sanción de la ley provincial 2307. Se inicia con la contextualización del proyecto a través de una breve descripción del SSPN y de las características sociodemográficas de la provincia para comprender en que problemática se insertaba el mismo. Luego se desarrollara el marco de referencia teórico sobre los que se fundamenta la tarea, a partir del análisis de los conceptos de APS como estrategia sanitaria y de una Bioética fundamentada en los DDHH como marco de referencia ético. A continuación se pasara a relatar las tres etapas en las que dividí el trabajo para su mejor comprensión. Por ultimo, se formularán los proyectos y desafíos a futuro y las conclusiones finales de la tarea. Le sigue un apartado con documentación anexa para facilitar el análisis del texto.

En definitiva, tratare de dar respuesta a las siguientes preguntas:

Cual es el objetivo del proyecto?

⁵ De Hoyos, Guillermo. *Atención Primaria de la Salud, Guía de trabajo práctico*. Cátedra de APS, Escuela de Medicina, UNC, 1999

Para que?

En que contexto/problemática sociodemográfico y sanitario se desarrolla?

Que estrategia sanitaria utilizaremos para el logro de los objetivos planteados?

Cual es el marco de referencia ético elegido para el análisis de los problemas planteados?

ANTECEDENTES DEL PROYECTO

Entre las experiencias en el desarrollo de CHE previas al desarrollo de este proyecto se destacan dos: a nivel local, la provincia contaba con un CHE, el del Hospital Castro Rendón, a nivel nacional, la de la provincia de Córdoba

A nivel provincial

A partir del año 1993 y hasta 1996 la Dirección de Coordinación y Organización de Establecimientos de la Subsecretaría de Salud de Neuquén, se encargó de difundir reiteradamente a través de las distintas zonas sanitarias, material de la OPS sobre CHE, así como de otras experiencias al respecto a nivel nacional. Era su interés el de promover la formación de CHE aunque no se concretó en la creación de ninguno

Por fin, en 1995 por disposición 167 de la dirección del hospital Castro Rendón se creó el primer CHE de la provincia, el cual continúa funcionando actualmente y articulándose con este proyecto a través de su participación en la red de CBA.

A nivel nacional

Entre los antecedentes nacionales en la creación de CHE, se tomó la experiencia de Córdoba. En esa provincia en el año 1996 se inició el "Proyecto de constitución de Comités Hospitalarios de Bioética en los Hospitales del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba", diseñado por la Dra. Susana Vidal, coordinadora del Área de Bioética del mencionado ministerio. Se tuvo en cuenta especialmente las experiencias relatadas de la etapa de sensibilización de dicho proyecto y la formación de una red de comités. Para ampliar en el conocimiento de la experiencia cordobesa se recomienda la lectura de: *Susana Vidal, "Proyecto de Constitución de Comités Hospitalarios de Bioética en las Instituciones de Salud de la pcia. de Córdoba". Cuadernos de Bioética. Año 3. Numero 2. Buenos Aires. 1998*

MARCO DE REFERENCIA TEORICO DEL PROYECTO

El programa se desarrollo aplicando las siguientes ideas que fundamentaron la tarea

1) Encuadrarlo dentro de la **estrategia de APS** en torno a la cual se creo el SSPN como marco de referencia sanitario. Para ello, se propuso: a) adecuar la ley de CHE a la organización sanitaria provincial, promoviendo la creación de CBA zonales y no hospitalarios, con el objeto de facilitar la participación del personal de salud de todos los niveles de atención, sin distinción de funciones, junto con integrantes de la comunidad a la que asisten b) adoptar un modelo de análisis de casos que permitiera un abordaje mas integral de los problemas éticos planteados, superador (pero no excluyente) del clásico modelo dilemático de la bioética principalista y c) promover la formación de una red provincial de CBA como instancia y herramienta útil de capacitación continua, intercambio de experiencias y de compartir actividades intercomités favoreciendo de este modo la continuidad en la tarea de los CBA

2) Considerar los **Derechos Humanos** como el acuerdo mínimo ético alcanzado por la humanidad y adoptarlo, en consecuencia, como marco de referencia ético

1) LA ESTRATEGIA DE APS COMO MARCO DE REFERENCIA SANITARIO

El concepto de Atención Primaria de la Salud obtuvo su reconocimiento como trascendente para el campo de la salud, a través del documento conocido como "Declaración de Alma Ata" (Alma Ata, en ese entonces capital de Kazakhstan, URSS) producido en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud OMS-UNICEF, celebrada en dicha ciudad del 6 al 12 Septiembre de 1978 y a la cual asistieron 3000 delegados gubernamentales de 134 países y 67 organizaciones internacionales, siendo el gran ausente China.

Así se reconoce que en salud: "Existe una política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la OMS, en 1977, denominada "Salud para todos en el año 2000." En 1979 en la reunión de Alma Ata quedo establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia especifica distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como atención primaria de la salud (APS), la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud."⁶

⁶ Kroegber, A y Luna, R (comp.) "Aspectos programáticos de la atención primaria de salud a nivel nacional e internacional" Cap. 1 en "Atención Primaria de la Salud". 2 ed.OMS. México. 1992

Antecedentes de la Declaración de Alma Ata

1970 - El término APS fue probablemente utilizado por primera vez a principios de los '70 en la revista "Contacto" publicación de la "Christian Medical Commission" de la "World Council of Churches", organización creada por médicos misioneros que trabajaban en países del tercer mundo poniendo énfasis en el entrenamiento de trabajadores del nivel local, equipados con medicación esencial y metodologías sencillas.

1973 - **Norman Mahler** asume como director de la OMS⁷

1975 - **Informe OMS-UNICEF** "Enfoques Alternativos para Determinar las Necesidades Básicas en Salud en Países Subdesarrollados"

1975 - 28° Asamblea de la OMS: declara como "prioridad **urgente**" la adopción de **programas nacionales en APS**

1976 - 30° Asamblea de la OMS: Mahler propone la meta de "**Salud para todos para el año 2000**"

ALMA ATA

"La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable..."

Esta frase, contenida en la Declaración de Alma Ata y a la que le agregaría "...éticamente inaceptable", resume la situación existente en el mundo en los años 70 (y que persiste en la actualidad), y de alguna manera, es la clave para entender cómo y por qué se originan el objetivo y la estrategia que la Organización Mundial de la Salud impulsó en aquella época. Pues, en esta frase la Conferencia Mundial de la Salud no sólo está haciendo un reconocimiento explícito de que el mayor problema de salud es precisamente que millones de personas en el mundo no tienen garantizado ese derecho, sino que también declara que este hecho es político, social y económicamente inaceptable⁸

Mahler en la ceremonia inaugural de Alma Ata desafió a la concurrencia con las siguientes expresiones:

"¿Están preparados para introducir cambios radicales en los sistemas de salud existentes para que apoyen adecuadamente la APS como una prioridad en salud ineludible?"

⁷ Norman T. Mahler, fue director general de la Organización Mundial de la Salud de 1973 a 1988

⁸ De Hoyos, Guillermo. *Atención Primaria de la Salud, Guía de trabajo práctico*. Cátedra de APS, Escuela de Medicina, UNC, 1999

¿Están preparados para luchar las batallas técnicas y políticas que se requieren para superar cualquier obstáculo para la introducción universal de la APS, ya sean de índole social, económica y/o de resistencia de los profesionales (de la salud)?

El 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata (Almaty desde 1994) (capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán), los representantes de 134 naciones convinieron en los términos de una solemne Declaración en la que se instó a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo.

En la sección " Anexo" del presente trabajo se reproduce el texto completo de esa Declaración, cuya aprobación constituyó el momento culminante de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada conjuntamente por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (United National International Children Emergency Fund = Fondo de Socorro Internacional de las Naciones Unidas a la Infancia).

En su punto 6 la DAA define a la APS como:

- *asistencia sanitaria universal*
- *basada en métodos y tecnologías científicas y socialmente aceptables*
- *al alcance de todos los individuos y comunidades*
- *mediante su plena participación*
- *a un costo que el país y la comunidad puedan soportar*
- *en todas y cada una de las etapas de su desarrollo*
- *con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación*

Además en el mismo punto establece que:

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa, además, el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, elevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Dentro de las críticas que se formularon para lo propuesto en Alma Ata se destaca la de considerarla demasiado amplia y utópica, con un esquema de trabajo irreal. En consecuencia de estas posiciones encontradas en 1979 se realizó la **Conferencia sobre Salud, Población y Desarrollo de Bellagio, Italia** patrocinada por la Fundación Rockefeller propone intervenciones fáciles de monitorizar y evaluar (con posterior apoyo de UNICEF)

- G:** "growth" control del crecimiento infantil
- O:** "oral" sales de rehidratación oral
- B:** "breast" lactancia materna
- I:** "inmunizaciones"

Así, surgieron las dos posturas OMS (APS integral) versus UNICEF (APS selectiva) con dos concepciones diferentes de APS:

APS Integral

Contexto: Crisis de la guerra fría

Protagonista: Mahler

Institución: OMS

Meta: "Salud para Todos"

APS Selectiva

Contexto: Neoliberalismo

Protagonista: Grant

Institución: UNICEF

Meta: "revolución en la infancia" e intervenciones GOBI.

Las críticas a cada una de las concepciones de APS se pueden resumir en:

APS Integral:

- Visión simplista e idealista de los procesos de cambio y aprendizaje de las comunidades
- Ingenua: al esperar que las burocracias conservadoras de los países subdesarrollados produzcan dichos cambios

APS Selectiva:

- Sólo incorpora programas en el 1º nivel de atención y en áreas rurales
- Atención "primitiva" de la salud como mecanismo de control social de los pobres y que degrada el modelo de Alma Ata
- Atención sanitaria pobre para los pobres

Además, también se comenzó a utilizar el nombre de APS para denominar al primer nivel de atención y la especialidad médica cuya actividad se centra pero no es exclusiva de ese nivel.

En síntesis, cuando se dice APS se puede estar refiriendo a:

- APS integral o como estrategia
- APS selectiva o como programa
- El primer nivel de atención
- Especialidad o práctica médica

Teniendo en cuenta las distintas concepciones de APS es que, en el marco del desarrollo de CBA y en consonancia con el espíritu con el que se creó el SSPN se adhirió al concepto de APS como estrategia considerando:

Consideramos la APS, ante todo, como un marco de referencia que fundamenta y alcanza su mayor expresión en la estrategia que lo origina, y que debe estar presente en todos los niveles de análisis considerados.⁹

Además, la construcción de la estrategia sólo será posible si:

- Se basa en la aplicación de los resultados de investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud. Y en la experiencia acumulada en salud pública (sistematizar la exp.)
- Con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación de la comunidad
- Con un personal sanitario (equipo de salud) con nuevas actitudes
- Considerando fundamentales las actividades de prevención y promoción de la salud
- Con la participación comunitaria
- Asistida por sistemas de envío y de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente (sistema de referencia y contrarreferencia)
- Desafiando las viejas formas de organización
- Con voluntad política y convencimiento de la comunidad para su implementación

2) DERECHOS HUMANOS COMO MARCO DE REFERENCIA ETICO

" Al abordar los problemas éticos que plantean la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas en sus vertientes relacionadas con el ser humano, la Declaración, como se infiere del propio título, fundamenta los principios en ella consagrados en las normas que rigen el respeto de la dignidad de la persona, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Por el hecho de inscribir la bioética en los derechos humanos internacionales y de garantizar el respeto por la vida de las personas, la Declaración reconoce la interrelación existente entre la ética y los derechos humanos en el terreno concreto de la bioética..... Reconociendo que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales, "

(Declaración de Bioética y DDHH, UNESCO, 2005)

Siguiendo a Maria Casado "los DDHH representan el consenso ético logrado a nivel mundial en torno a cuales son las exigencias de la dignidad humana y, como tales, son la mejor pauta a la hora de juzgar las bondades y maldades de las biotecnologías y las practicas biomédicas....Los Derechos Humanos constituyen a la vez las bases jurídicas y el mínimo ético irrenunciable sobre los que se asientan las sociedades democráticas. Esta afirmación es central para establecer las pautas de conductas asumibles por todos, independientemente de la fundamentación de que se parta"¹⁰

⁹ Adaptado de: De Hoyos, Guillermo, Atención Primaria de la Salud, Guía de trabajo práctico, Cátedra de APS, Escuela de Medicina, UNC, 1999

¹⁰ Casado, Maria. *Materiales de Bioética y Derecho*. Barcelona: Editorial Cedecs; 1996.

Desde el punto de vista de la problemática local, como vimos la inequidad es uno de los componentes que mas adecuadamente caracteriza a la realidad sociosanitaria de la Argentina .INSERTAR CONCEPTO DE EQUIDAD En ello radica la importancia de analizarla desde una perspectiva centrada en la vigencia y aplicación de los DDHH, pues pone en evidencia cuestiones y dilemas éticos que deben interpelar/nos a todos los miembros de la sociedad, entre ellos a los profesionales de la salud y cuya superación representa un desafío para la mejora del bienestar y la salud y por ende, el ejercicio pleno de las libertades ciudadanas.

Algunas consideraciones en torno al concepto de derechos humanos¹¹

El concepto de Derechos Humanos es de contornos imprecisos, aunque se puede establecer un cierto núcleo de certeza constituido en torno a las ideas/valores de:

Dignidad humana,
Libertad
Igualdad
Fraternidad / solidaridad

En una primera aproximación podríamos afirmar que los derechos humanos son aquellas exigencias éticas reclamables en justicia, cuya efectivización permite el ejercicio pleno de la libertad y cuyo fundamento último es el respeto por la dignidad humana¹². El sujeto de los Derechos Humanos puede definirse como la persona o grupos de personas a las que va referida la titularidad, ejercicio y garantías de los derechos.

Existe una enorme ambigüedad conceptual acerca de los DDHH, lo que se traduce, y es a la vez consecuencia, de la ambigüedad terminológica.

A pesar de que no deja de tener inconvenientes el uso de la expresión "Derechos Humanos", de que en sí mismo sea una expresión tautológica y de que incluso desde una perspectiva técnico jurídica no sea el término más adecuado, es, sin embargo, la expresión que aparece como preferible entre todos los existentes. Y ello por las siguientes razones:

1. Es el término generalmente aceptado por la doctrina y por los medios de comunicación social, así como el más usado en el lenguaje vulgar y cotidiano.
2. Es el término universalmente aceptado por todos los Estados y todos los pueblos. Por eso, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, párrafo 8º del Preámbulo, aparecen aquellos, bajo esa denominación, como:

¹¹ Los conceptos expresados en este apartado son una adaptación del material extraído de Pérez Luño, A.E.: Delimitación conceptual de los Derechos Humanos en la obra colectiva: Los Derechos Humanos. Significación, estatuto jurídico y sistema, Ediciones de la Universidad de Sevilla, Sevilla, 1979, pp. 14-15

¹² Hablamos de dignidad humana en el sentido kantiano según el cual la persona humana es fin en si misma y no mero medio. Para un análisis del concepto moderno de dignidad se recomienda la lectura del artículo de Ramón Valls: *El concepto de dignidad humana*. Revista de Bioética y Derecho. Numero 5. Diciembre 2 0 0 5. Acceso Pág. Web <http://www.ub.edu/fildt>.

...el ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse...

3. Es una expresión que trasciende la estricta perspectiva estatalista, planteándose en términos sociales generales infra y supraestatales.
4. Se trasciende también con este término el estricto campo jurídico que realiza una teorización de los Derechos Humanos a partir de una teoría de los derechos subjetivos.
5. Es una expresión que encierra una teoría ética prejurídica, susceptible de ser defendida en el ámbito jurídico tanto por doctrinas iusnaturalistas (de corte metafísico y defensoras de la idea del derecho natural) como por doctrinas iuspositivistas (de signo antimetafísico y negadoras de la idea del derecho natural). Y ello en la medida en que por elevación, por encima de planteamientos estrictamente jurídicos, se obvia la cuestión de la juridicidad o no de los Derechos Humanos.

No se puede entrar aquí en un análisis pormenorizado del alcance y significado de los diferentes términos con que la doctrina y los textos positivos hacen referencia a los Derechos Humanos. Términos como libertades públicas, derechos de libertad, derechos públicos subjetivos, derechos de la personalidad, derechos personalísimos, Derechos Humanos fundamentales, derechos individuales, derechos fundamentales, Derechos Humanos, derechos esenciales, derechos naturales, derechos morales, derechos innatos, derechos inalienables, derechos iguales, y e incluso otros términos, son utilizados muchas veces como sinónimos o, por lo menos, sin señalar la diversa significación de los mismos. De todos esos términos conviene precisar sólo ahora que, puesto que los Derechos Humanos tienen una estructura tridimensional -ética, jurídica y política-, utilizamos la expresión "Derechos Humanos" para significar aquellas exigencias éticas o "derechos" que están recogidos en declaraciones y normas internacionales y en textos doctrinales en cuanto exigencias, a la vez, ético-jurídicas y ético-políticas que tienden a concretarse en exigencias jurídicos-positivas. Utilizamos, por otra parte, la expresión "derechos fundamentales" para referirnos a aquellos DDHH que han sido reconocidos por los ordenamientos jurídicos estatales, esto es, en cuanto Derechos Humanos positivizados, que gozan además, al menos en principio de un sistema de garantías reconocidos por las normas jurídicas.

Existen varias razones que explican la ambigüedad conceptual y terminológica de los Derechos Humanos:

- La progresiva ampliación histórica del uso y significado de la expresión "Derechos Humanos", de tal manera que a medida que se ha ido ampliando el ámbito de uso de la expresión, su significación se ha ido volviendo más imprecisa.
- La fuerte carga emotiva de la expresión Derechos Humanos. La carga emotiva es debida fundamentalmente -aunque no exclusivamente- al carácter utópico (entendiendo por utópico la referencia a la utopía concreta) que en sí mismos encierran, y por su propia naturaleza.

- La fuerte carga ideológica que tiene la expresión. Llegando incluso a ser utilizados como argumento legitimador por parte de regímenes atentatorios de los más elementales Derechos Humanos.
- Otra de las razones fundamentales determinantes de la ambigüedad en la que tradicionalmente se ha movido la doctrina de los Derechos Humanos es el haber partido de premisa metafísicas abstractas, sin una concreta especificación histórica y sin hacer referencia a situaciones existenciales-reales del hombre. Por eso hoy se entiende como rasgo esencial del concepto de los Derechos Humanos la historicidad. Y junto al rasgo esencial de la historicidad como referencia a la existencia de los Derechos Humanos está la referencia a la historicidad como conciencia de existencia de los Derechos Humanos, lo cual es determinante de la posibilidad de garantía de los mismos. Por eso se ha podido decir acertadamente que "Las bases teórico-prácticas que se asignan actualmente a esos Derechos Humanos, no se explican por razones metafísicas, sino, ante todo, por ser expresión de una conciencia de clase, de pueblo, que revelan lo que en cada momento histórico se considera esencial e inalienable para una convivencia justa y pacífica. La historicidad de los Derechos Humanos se revela como una característica especial de los nuevos planteamientos frente a la inmutabilidad dogmática de los viejos iusnaturalismos"¹³.
- Pese a la abundantísima bibliografía existente, puede señalarse también como causa de la ambigüedad conceptual de los Derechos Humanos la aún insuficiente elaboración doctrinal acerca de los mismos. De ahí la importancia que encierra la participación por parte de todos, especialistas y no especialistas, en la búsqueda de nuevos horizontes y nuevas referencias.
- La falta de acuerdo entre los diversos autores acerca del alcance y significado que debe darse a las diversas acepciones o términos empleados para designar a los Derechos Humanos.

Bioética, salud y DDHH

En la actualidad, cuando la ciencia y la tecnología junto a ciertas ventajas han generado problemas planetarios (desequilibrio ecológico, armamentismo...) la diversidad de credos, visiones morales e ideologías hace necesario formular algunos criterios de conducta intersubjetiva que, asumiendo el pasado, haga más justo el presente, en función de un futuro que permite un ejercicio mas pleno de la libertad humana. Como se ha afirmado en el apartado anterior: "los DDHH representan el consenso ético logrado a nivel mundial en torno a cuales son las exigencias de la dignidad humana y, como tales, son la mejor pauta a la hora de juzgar las bondades y maldades de las biotecnologías y las practicas biomédicas..."¹⁴

¹³ Pérez Luño, A.E. *Delimitación conceptual de los Derechos Humanos*, en la obra colectiva: *Los Derechos Humanos. Significación, estatuto jurídico y sistema*, Ediciones de la Universidad de Sevilla, Sevilla, 1979, pp. 14-15

¹⁴ Casado, Maria. Ob. cit.

Por enfoque de la salud basado en los derechos humanos se entiende:

- *Utilizar los derechos humanos como marco de referencia ético para el desarrollo sanitario.*
- *Evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.*
- *Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la salud.*

Los principios fundamentales que habría que aplicar en esos procesos podrían ser los siguientes:

- Conceder atención a los grupos de la sociedad considerados más vulnerables
- Garantizar que los sistemas sanitarios se hagan accesibles a todos, especialmente a los sectores más vulnerables o marginados de la población, de hecho y de derecho, sin discriminación por ninguno de los motivos prohibidos.
- Adoptar una perspectiva de género y reconocer que los factores biológicos y socioculturales influyen considerablemente en la salud de hombres y mujeres y que en las políticas y los programas es necesario tener presentes esas diferencias.
- Garantizar la igualdad y la no discriminación, ya sea voluntaria o involuntaria, en la formulación y puesta en práctica de los programas de salud.

Los derechos humanos proporcionan criterios con respecto a los cuales se pueden evaluar las políticas y los programas sanitarios existentes y observar las diferencias en el trato dado a los distintos grupos de personas, por ejemplo, en las manifestaciones, la frecuencia y la gravedad de las enfermedades, así como la respuesta aportada para su resolución, priorizando a las necesidades sanitarias de los grupos de población vulnerables y marginados.

Los derechos humanos hacen referencia a un conjunto de principios y normas convenidos internacionalmente que se recogen en los instrumentos jurídicos internacionales. Esos principios y normas internacionales de derechos humanos son el fruto de largas e intensas negociaciones entre los Estados Miembros acerca de toda una serie de cuestiones fundamentales para el desarrollo pleno de la vida humana. En otras palabras, los gobiernos establecen los derechos humanos mediante un proceso de formación de consenso. En las actividades relacionadas con la ética es preciso tener en cuenta las normas y reglas de derechos humanos, no sólo por lo que respecta a su contenido, sino también en relación con los procesos del discurso y el razonamiento éticos. Por ejemplo, cuando se tratan problemas que afectan a un grupo de población concreto, las personas que representan a ese grupo deben participar en la determinación de las consecuencias éticas de las cuestiones que los afectan. La reflexión ética desde un enfoque desde los DDHH resulta especialmente útil en las esferas en que se plantean nuevas situaciones, generadores de sentimientos ambivalentes como las de las consecuencias de la utilización de nuevas tecnologías en el campo de la salud en que todavía no se ha aplicado ni normatizado (o apenas esbozado) el derecho relativo a los derechos humanos

ETAPAS EN EL DESARROLLO DEL PROYECTO

El diseño de la tarea se puede dividir para su mejor comprensión, en tres etapas, cada una de las cuales se estructura alrededor de los siguientes ejes:

Marco de referencia

- Sanitaria: Estrategia de APS
- Ético: Declaración Universal de DDHH

Herramientas

- CBA Zonales
- Integrar a los trabajadores de la salud sin distinciones jerárquicas junto con personas de la comunidad asistida
- Trabajo en red
- Reglamento provincial de CBA
- Procedimiento de análisis de casos basado en derechos
- Coordinación desde el nivel central (decisión política)

1) ETAPA INICIAL DE SENSIBILIZACIÓN Y CONSULTA, años 2001 Y 2002

Durante los dos primeros años de desarrollo del proyecto se programaron encuentros con la modalidad de taller el primer año y de mini curso el segundo, con la finalidad de evaluar el interés del personal de salud en el tema.

Desde un primer momento se estableció que, aunque fuera la voluntad del nivel de decisión central el implementar la ley de CHE en el SSPN, esto no podría realizarse a través de una simple imposición normativa. Era necesario saber previamente, si esta idea era compartida por el personal de salud, cuyo interés en el proyecto se consideró imprescindible para ponerlo en práctica. Para ello se diseñaron dos encuestas para los participantes de los talleres, una previa al inicio del taller y otra posterior a su realización

En consecuencia con esta idea, es que se diseñó esta primera etapa en la cual se diseñaron talleres de sensibilización¹⁵ y curso de formación en introducción a la bioética dirigido a todo el personal del SSPN. El objetivo de estos talleres y cursos fue el de establecer si estaban dadas las condiciones para la conformación de CHE, si el personal lo consideraba de interés y necesario su funcionamiento

Tanto para el diseño como para la puesta en práctica de las dos primeras etapas del proyecto, se contó con la participación activa del Dr. Luis Justo, médico pediatra y en ese momento docente a cargo de la Cátedra de Bioética de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue, para el asesoramiento técnico y docente. A través de su participación, se logró un verdadero trabajo en equipo de carácter

¹⁵ Se entiende por cursos de formación al tratamiento reflexivo y vivencial de los aspectos teóricos y conceptuales de3 te0a a tratar. Cursos de capacitación , a la puesta en común de estrategias y planes para la implementación de un proyecto. Se entiende por sensibilización a las acciones o estrategias tendientes a visualizar y generar la toma de conciencia sobre la importancia de un tema determinado.

interinstitucional, que aportó calidad, solidez y credibilidad al proyecto, creando lazos permanentes que se reflejan en el actual funcionamiento de la red

Podemos resumir que esta primera etapa se organizó en base a los siguientes ejes:

- Realizar en una primera instancia **talleres de sensibilización** y cursos de formación, para acercar a los trabajadores de la salud un primer conocimiento sobre los grandes temas de la bioética y evaluar su interés y motivación en contar con comités de bioética asistencial

- Hacer convocatorias horizontales, de forma tal que los integrantes del sistema, sin diferencias jerárquicas ni por rama, tuvieran la oportunidad de participar. Como fue planteado en diversas oportunidades, se partió de la base de que todos los integrantes de un sistema de salud son profesionales por vocación y dedicación, tengan o no título universitario.

- Trabajar sobre casos reales: la comprobación de que los dilemas éticos se plantean en la actividad cotidiana a través de ejemplos sentidos como cercanos facilita la apropiación de los planteos éticos sistemáticos.

- La edición de un material de trabajo diseñado por el Dr. Luís Justo especialmente para el programa: "Justo, Luís, Acuña L y col. Bioética: Guía Práctica para el Personal de Salud. La Plata, Arte Médico, 2001". El material requirió un cuidadoso trabajo con el lenguaje que permitiera adecuarlo a un público heterogéneo.

TALLERES DE SENSIBILIZACION EN BIOETICA, AÑO 2001¹⁶

CONVOCATORIA

Dado que la concepción de los Comités Hospitalarios de Ética como un espacio democrático de reflexión ética sobre las prácticas en salud implica que todos los integrantes del sector salud pueden ser partícipes de los mismos, la convocatoria se realizó en forma amplia, abarcando la totalidad de las funciones del sistema público de salud, y en forma proporcional a la cantidad de agentes en cada sector. Se enviaron las convocatorias a cada una de las zonas sanitarias, como mínimo, con aproximadamente un mes de anticipación. Cada taller tenía un cupo máximo de 25 participantes.

Hay dos aspectos de las respuestas a la encuesta pre-taller referidos a la convocatoria que se destacan. El primero es sobre la asistencia a los talleres, la cual fue dispar: sobre un total de 175 vacantes concurren 117 personas, (el 66,8%), de las cuales 104 (88,8%) completaron las encuestas pre y pos-taller. El segundo es sobre la motivación para concurrir: es interesante señalar que sobre un total de 104 respuestas, 20 (20%), respondieron no saber a qué concurrían, y 29 (24%) contestaron que asistieron "porque me mandaron" (ver cuadro 1.)

¹⁶ Adaptado del: Justo, Luís y Macías, Andrea. *Informe para los participantes de los talleres de sensibilización en bioética*. Documento de la Subsecretaría de Salud de Neuquén, febrero de 2002

Total Talleres	¿Sabe a que viene?		¿Por qué asistió a este taller?			¿Tiene alguna idea sobre lo que es la bioética?		¿Alguna vez escuchó hablar de Comités de Ética Hospitalarios?		En el caso de que se formaran Comités de Ética Hospitalarios:		
	SI	NO	Me interesa	Me mandaron	Otro	SI	NO	SI	NO	Le interesaría tomar parte	No le interesaría	No sabe
Enfermera/o (31)	27	3	26	9	1	20	10	19	12	21	0	10
Médica/o (19)	16	3	16	3	1	17	2	19	1	12	0	7
Mucama/o (6)	3	3	3	2	1	3	2	0	6	2	0	4
Administrativa /o (12)	10	2	7	5	0	7	5	6	6	9	0	3
Agente Sanitaria/o (3)	0	3	0	3	0	1	2	1	2	1	0	2
Técnicos:laboratorio, rayos, electromedicina (11)	9	2	9	2	0	10	1	8	3	5	0	6
Psicóloga/o (4)	3	1	2	0	2	2	0	1	2	3	0	0
Chofer (3)	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	0	1
Odontóloga/o (4)	4	0	3	1	0	2	2	2	2	3	0	1
Trabajador/a Social (6)	5	1	6	1	0	4	2	5	1	5	1	1
Servicios Generales (4)	4	0	3	1	1	1	3	1	3	3	0	1
Fonoaudiología (1)	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1
TOTAL (104)	83 80%	20 20%	77 68%	29 24%	7 6%	69 69%	31 31%	62 60%	40 40%	66 64%	1 1%	37 35%

Cuadro 1

Resultados Evaluación Pre-taller por Ocupación y Respuesta

Si bien uno podría atribuir estos dos datos a la falta de motivación del personal de salud en el tema, también se puede interpretar en gran medida se deben a problemas de comunicación dentro del sistema de salud, ya sea entre la subsecretaría y las zonas sanitarias, entre éstas y los centros asistenciales y también entre las direcciones hospitalarias y el personal.

DESARROLLO DE LOS TALLERES

En todo momento el clima fue de cordialidad y respeto hacia las diferentes opiniones.

Es de destacar la frecuencia con que surgieron planteos frente al nivel de agresividad en las relaciones interpersonales entre el personal de salud entre sí, y entre el personal y el público, tanto en estas respuestas como en la discusión de los casos debatidos en el desarrollo de los talleres. También existieron múltiples referencias hacia el tema del trabajo en equipo, muchas veces poniendo en duda su real vigencia más allá del discurso institucional sobre el "equipo de salud".

A continuación se transcriben las respuestas de evaluación sobre el desarrollo de los talleres y las observaciones que hicieron al respecto.

Cuadro 2

Evaluación Pos-taller (Respuestas totales por pregunta)

PREGUNTA					
1- ¿Cómo le pareció el taller?	Muy bueno (67%)	Bueno (33%)	Regular (0%)	Malo (0%)	
2.a- ¿Le resultó útil para aumentar sus conocimientos sobre la bioética?	En gran medida (67%)	Moderadamente (32%)	Muy poco (1%)	Nada (0%)	
2.b- ¿Y sobre los Comités Hospitalarios de Ética?	En gran medida (48%)	Moderadamente (48%)	Muy poco (3%)	Nada (1%)	
3- ¿Le resultó claro el material didáctico entregado?	En gran medida (74%)	Moderadamente (26%)	Muy poco (0%)	Nada (0%)	
4- La cantidad de información del material le resultó	Demasiada (1%)	Adecuada (91%)	Insuficiente (8%)	-----	

5- ¿Los casos trabajados reflejan situaciones que se presentan con frecuencia?	En gran medida (83%)	Moderadamente (17%)	Muy poco (0%)	Nada (0%)
6- ¿La exposición de los docentes le resultó clara y de fácil comprensión?	En gran medida (79%)	Moderadamente (21%)	Muy poco (0%)	Nada (0%)
7.a- ¿La formación de Comités Hospitalarios de Ética sería positiva para el sistema de salud?	En gran medida (75%)	Moderadamente (22%)	Muy poco (3%)	Nada (0%)
7.b- ¿Y como herramienta para la participación de la comunidad en los problemas de salud?	En gran medida (69%)	Moderadamente (28%)	Muy poco (3%)	Nada (0%)
8-¿Le interesaría formar parte de un Comité de Ética Hospitalario?	En gran medida (54%)	Moderadamente (38%)	Muy poco (7%)	Nada (1%)

Cuadro 3

¿Cuáles son los temas que debería tocar el Comité?

Problemas entre profesionales/ Respeto entre el personal, compañerismo/ Trabajo en equipo	24
Derechos y obligaciones del personal y los pacientes / Atención al público / Compromiso, conducta	19
Falta de personal e insumos y su repercusión sobre los pacientes/distribución equitativa/justicia/costos de la atención	17
Relación personal-paciente/ Relaciones de poder	15
Intervención médica en pacientes terminales, límites/ Trasplantes/ Muerte digna	13
Decisiones éticas sobre casos de pacientes / Capacitación en toma de decisiones morales	11
Mejorar la calidad de vida de los profesionales/ Derechos de los profesionales	8
Problemas institucionales/relación institución-comunidad	8
Responsabilidad/ Verdad, honestidad/ Compromiso	8
Calidad de las prestaciones	7
Facilitación y difusión de información, capacitación	5
Secreto profesional/ Manejo de la información	5
Violación, aborto, embarazo no deseado, anticoncepción, malformaciones fetales	4
Inclusión de la comunidad en la atención de la salud/ Gestión democrática/ Respeto cultural	3
Formación continua en bioética/ Normatización en bioética	3
Normas de trabajo/ Evaluación y utilización	3
Problemas difíciles de resolver en el trabajo/ Problemas administrativos	2
Atención a extranjeros	2
No discriminación (social)	2
Consentimiento informado/ Responsabilidad médica, iatrogenia	2
Mala praxis	2
Supervisión y corrección	1
Investigación en pacientes	1
Internación prolongada (meses)	1
Gerenciadoras/ Lucro	1
Construir principios éticos explícitos y sin prejuicios	1

Las respuestas fueron muy variadas, pero pueden agruparse en cuatro grandes ejes: 1) Relaciones y problemas entre el personal de salud e institucionales; 2) Relaciones y problemas entre el personal de salud y los pacientes; 3) Justicia, equidad y distribución de recursos; y 4) Decisiones éticas en las situaciones de principio y fin de la vida, problemas de confidencialidad, veracidad, etc.

Si bien en reiteradas oportunidades durante el transcurso de los talleres se insistió en la función de los comités como espacio de reflexión ética sobre las prácticas en salud, y no lugar donde dirimir conflictos interpersonales, es llamativo que ésta última haya sido la función mencionada con más frecuencia por los participantes. Estas respuestas se interpretaron como reflejo de la realidad social que se vivía en esa época. El grado de violencia social que existía en el país era creciente, como consecuencia del incremento de la miseria, la desigualdad y la marginación. El mero subsistir cotidiano se hacía irritante desgastando el humor y la paciencia de los ciudadanos. ¿Cómo esperar que esta realidad no afectara a los trabajadores de la salud? No sólo en lo personal, sino en cuanto a su puesto de trabajo/rol social. El malestar, la angustia y la desesperanza son enormes y se manifiestan en un incremento del "sentirse mal", del "estar mal", del "enfermar". Y a donde recurrir frente a esto sino al sistema de salud, que se transforma de esta manera en quien recibe buena parte de la tensión social. Es cierto que la tensión en las relaciones sociales se ve especialmente reflejada en sectores tradicional y benéficamente abiertos a la población, como los de la salud y la educación.

No puede extrañar, por lo tanto, que en el trabajo acerca de la bioética, haya surgido esta realidad en forma concreta, y cuya explicitación se encuentra en éstas páginas, por ejemplo, en el listado de los problemas que debería tratar un Comité de Ética. Y por cierto que aunque no estén incluidos entre los temas académicamente tradicionales, no tratarlos sería faltar a esa ética que decimos proponer. De esta manera quedo abierto el debate sobre el rol de los CBA en épocas de crisis institucional, que lamentablemente resurgió en las etapas posteriores del proyecto debido a distintas situaciones de crisis por las que atravesó la provincia

Observaciones incluidas en la evaluación:

En el registro de las observaciones se procuró respetar textualmente la opinión de los participantes, descartándose aquellas que expresaban únicamente satisfacción o interés por los talleres.

Se transcriben a continuación:

- El tema me parece demasiado amplio, me interesaría enormemente poder continuarlo en tanto que me parece la respuesta a muchas preguntas internas (enfermera de UTI)

- El taller realizado fue muy bueno, los temas tratados son muy interesantes y se relacionan muy parecidamente a los casos de la vida real y de nuestro trabajo diario. Me parecería muy importante que estos temas sean tratados más seguidamente y sobre todo con todo el personal de salud y con la población en general (enfermero)

- Participar del Taller me resultó útil. Los casos trabajados reflejan situaciones que se presentan con frecuencia en mi lugar de trabajo.

- Sería interesante la capacitación anual del personal de salud para su actualización e implementar cambios de acuerdo a la evolución de la sociedad. -
- También hacer mucho hincapié en valores morales y éticos como son: responsabilidad, compromiso, no discriminación, etc. (enfermera)
- Debería tratarse de continuar con los Talleres de Bioética en forma permanente. Se aclararían muchas situaciones (enfermera)
- Es importante la participación de no profesionales (administrativos, mucamas, etc.) porque permite un compromiso mayor con el sistema de salud. Sería bueno invitar a grupos de actividades críticas para las situaciones límites que ellos manejan (UTI, UTIP, profesionales y no profesionales) (enfermera)
- Muy buenos los encuentros, creo que deberían continuar y capacitar a todo el personal de salud. En el Comité se debe considerar que se encuentren representados todos los sectores. Para participar el Comité me gustaría capacitarme más, (este encuentro) es el primero en el que pude participar (enfermera auxiliar)
- Sería interesante que estos talleres fueran dados en todo el ámbito hospitalario, serviría para trabajar con un grupo que unifique criterios para así hacer más rico todo el taller
- Personalmente me pareció muy importante el Taller, sugiero seguir con capacitaciones. En este Taller puntualmente es necesario que participemos todos para mejorar los distintos niveles de decisión. Con más horas de duración.
- ¿Qué pasa con los centros de salud? (psicólogo)
- Me hace bien compartir con los demás lo que pienso y siento (psicóloga)
- Muy buena la dinámica y la metodología, pero hubiera debido durar más (administrativa)
- La participación fue libre y respetada. Me hubiera gustado hacer (role playing que ya se hizo en talleres de esta zona) y hubiera sido más participativo (mucama)
- Que la información llegue con tiempo (agente sanitario. Que el material hubiera llegado antes (trabajadora social)
- Me gustó el tema de escuchar la opinión de cada uno. Por ahí es lo que nos da la base para entender a la comunidad y al paciente (enfermero)
- Sería bueno hacerlo con gente de diferentes lugares
- Mantener el vínculo con los que participamos de los talleres
- Es importante la participación de no profesionales (médica general)
- El taller tiene un lenguaje muy técnico, me pareció más dedicado a los profesionales, y el sector de no profesionales queda al margen de los comités (chofer)
- Me parece muy bien que se realice de esta manera, donde participan todos los trabajadores de salud (chofer)
- Sería de mucha utilidad (el CHE) para nuestra situación como trabajadores en salud. Porque no se incluye en el CHE al personal de mantenimiento, mucamas y servicios generales, etc. (electricista.) En sus respuestas a la encuesta había colocado, frente a la pregunta sobre si fuesen positivos los comités para el sistema de salud que: "si, siempre y cuando participemos todos los trabajadores"
- Obviamente que será difícil conciliar acuerdos, con tantas visiones diferentes como dice Wast. La mesa, una silla, son varias piezas unidas, pero según el catalizador de cada uno será la interpretación. Pero no es imposible, y sería positivo (estadística)
- Debería participar el personal de conducción (varios)

- Ninguna ley puede dar poder al Comité. El poder, si lo tiene, es el de influir por sí mismo, por su autoridad moral, ser referente (técnico de laboratorio)
- Ojalá que los comités sean interdisciplinarios (supervisor de electromedicina)
- Muy interesante todo lo planteado y el intercambio interdisciplinario. Lástima que al final una médica plantea formar un comité solo con médicos. Esto demuestra lo difícil que es hacer (extensivo?) lo planteado en el taller (fonoaudióloga)
- Ya basta de visiones verticalistas (enfermero)
- La no aceptación de los profesionales de la interdisciplinariedad es lo que puede retardar todo este proceso (mucamo)
- Faltaron las facturas (trabajadora social)
- Creo que es necesario promover el encuentro de los agentes de salud para hablar. De que cosas, inicialmente no importa, el problema es que no existen canales y códigos comunes. A posteriori de lograr esto podemos empezar a poner el nombre a los contenidos: bioética (trabajadora social)
- Si los que participamos en el curso tuviéramos interés en formar un comité para mi no es muy fácil ya que muchas veces no hay comunicación desde el agente de salud al profesional. Muchas veces se hace difícil que un profesional participe una o dos horas en una charla educativa de los agentes sanitarios (agente sanitario)
- Deseo que sea una puerta que se abre para que podamos recordar nuestros derechos como seres humanos (enfermera).
- Como tantas cosas de nuestro país, el tema que hemos tratado es muy importante y sumamente interesante, pero soy escéptico respecto de la posibilidad de su implementación, y de sus alcances y permanencia en el tiempo. Ojalá me equivoque. Fundamento esto en las penurias que pasamos en nuestros trabajos y la vida cotidiana, que nos agobian y dejan poco margen para la creación de nuevas iniciativas e inversión de nuevos esfuerzos (médico)
- Considero los Comités de Ética de suma importancia pero para poder mantenerlos se necesita subsanar problemas básicos como recursos (p.ej. responder adecuadamente a las demandas de turnos de los pacientes) La comunidad debe participar a través de representantes (abogados, religiosos, etc.) (médica)
- Es necesario mas personal profesional y no profesional con dedicación a los problemas de la comunidad (agente sanitario)
- Veo difícil la conformación de los Comités porque se podría malinterpretar. Necesitaríamos mas apoyo de ustedes (enfermera).

CONCLUSIONES

La evaluación de los Talleres permite concluir que:

1. Resultaron en general satisfactorios para los participantes
2. Un porcentaje elevado concurrió porque "lo mandaron" (24%) y un 20% manifestó no saber a que concurría
3. A la mayoría le sirvió para aumentar sus conocimientos sobre la bioética (99%) y sobre los Comités Hospitalarios de Ética (96%)
4. La totalidad (100%) consideró claro el material didáctico entregado, si bien hubo diferencias entre profesionales y no profesionales respecto al grado de claridad

5. El 91% consideró la cantidad de información como adecuada. Entre el 9% que no lo consideró así hubo una mayor incidencia de profesionales
6. El 100% de los participantes consideró a los casos tratados como disparadores de la discusión como representativos de la práctica diaria
7. La totalidad consideró clara la exposición de los docentes
8. **El 97% consideró como positiva la implementación de los Comités Hospitalarios de Ética para el sistema de salud y para la comunidad**
9. **Un 92% manifestó interés por formar parte de un Comité Hospitalario de Ética, en contraste con el 64% en la encuesta pre-taller**

Durante el transcurso de los talleres surgieron reiteradamente dos interrogantes: el primero: la duda de disponer de tiempo institucional para trabajar en los comités, ante una demanda de asistencia que nos desborda. El segundo: que la selección de los integrantes de los CHE se realice a través de un procedimiento democrático, que incluya a los distintos sectores de los establecimientos asistenciales y a representantes de la comunidad.

Sin duda, intentar la implementación de Comités Hospitalarios de Ética en el momento político por el que atravesaba Argentina por ese entonces planteaba varios desafíos. Uno era el de preguntarse si este es en realidad el momento adecuado para hacerlo. La respuesta generó otra pregunta: ¿Hay un momento óptimo para comenzar tareas vinculadas a la ética? Quizás una situación en la que los valores y las conductas se ven amenazados por una realidad desolada sea el momento propicio, al hacerse más visible que nunca la situación de injusticia, de abandono, de desesperanza. En ella los pedidos de ayuda aumentan, y también la violencia con que son hechos. El trato cotidiano se deteriora y el público se impacienta. La gente que trabaja en salud se siente agredida por los pacientes, por los salarios, por la falta de recursos para un trabajo adecuado. Es en ese momento cuando son necesarios más que nunca los valores éticos, los andamiajes morales. Se planteó un segundo interrogante: ¿cómo armar los comités, a quien convocar, con qué objetivos, en qué tiempo?

Para continuar con el proyecto y considerando las opiniones de los participantes de los talleres, es que se comenzó a diseñar la tarea del siguiente año bajo dos conceptos:

La concepción de los Comités Hospitalarios de Ética como un espacio democrático de reflexión ética sobre las prácticas en salud implica que todos los integrantes del sector salud pueden ser partícipes de los mismos, la convocatoria se realizó en forma amplia, abarcando la totalidad de las funciones del sistema público de salud, y en forma proporcional a la cantidad de agentes en cada sector

Entiende que la actividad de "atención de la salud" está conformada y llevada adelante por *todos los integrantes del personal de las instituciones sin exclusión posible* y que por lo tanto, cuando se plantea hablar de temas éticos en la práctica de esa atención *deben ser convocados todos los sectores.*

CURSO DE FORMACIÓN EN BIOÉTICA, AÑO 2002

INTRODUCCIÓN

Para estos cursos, y a diferencia de los talleres de sensibilización, se convocó a personal del sistema de salud y personas de la comunidad interesados en trabajar en la conformación de comités asistenciales de ética.

Se dictaron cinco cursos, uno en cada uno de las zonas II, III y cuatro, y dos en la ciudad de Neuquén (en las zonas sanitarias I y IV, se cumplieron con los talleres de sensibilización pendientes del 2001)

Sobre 125 vacantes, asistieron 96 personas (el 77%, 10% más que en el 2001), de los cuales 85 (88.5%) completaron la encuesta pre-curso, y 90 (93.7%) la post-curso. La diferencia pre y post curso se debe a las llegadas muy tarde. Es de destacar que el 6% contestó que no sabía a que iba, a diferencia del 20% del 2001, y el 1% dijo que fue "porque me mandaron" contra el 24% del año anterior (ver más adelante "Encuesta Pre-curso").

DESARROLLO DE LOS CURSOS

Cada curso se extendió a lo largo de tres medias jornadas laborales más una cuarta de divulgación intrainstitucional, a cargo de cada participante.

Los participantes debían traer leído el material bibliográfico¹⁷, elaborado especialmente para este proyecto. Como se verá en la encuesta post-curso, a la pregunta "¿le resultó práctico el material didáctico?" el 17% no contestó, aclarando que era porque el material no se encontraba en su lugar de trabajo, a pesar de haberse repartido por lo menos uno en cada centro asistencial de la provincia y uno a cada uno de los participantes del 2001.

Al inicio se realizó una encuesta pre-curso, similar a la realizada en los talleres de sensibilización y de utilidad para evaluar la convocatoria, los conocimientos previos sobre bioética y los comités y, además, compararla con la del 2001.

Se continuó con el análisis y posterior discusión de varios casos de la práctica cotidiana, que sirvieron como herramienta para el desarrollo teórico de los siguientes temas:

- Justicia en la distribución de los servicios de salud
- Concepto de autonomía
- Consentimiento informado
- Conformación de Comités Hospitalarios de Ética

¹⁷ Justo, Luís, Acuña L y col. Bioética: Guía Práctica para el Personal de Salud. La Plata, Arte Médico, 2001

Encuesta Pre-Curso de Formación en Bioética, año 2002

	si	no	no contesta	total	sin evaluar	total	
1) ¿Sabe ud. a que viene?							
Chos Malal	13	0	2	15	6	21	
Zapala	15	0	0	15	2	17	
Junín Andes	11	0	0	11	1	12	
Neuquén	39	5	0	44	2	46	
Total	78 92%	5 6%	2 2%	85	11	96	
Total 2001	82 80%	22 20%	0	104	13	117	
2) ¿Por qué asistió al taller?							
	Me interesa	Me mandaron	Otro	No contesta	Total	Sin evaluar	Total
Chos Malal	15	0	0	0	15	6	21
Zapala	15	0	0	0	15	2	17
Junín Andes	10	1	0	0	11	1	12
Neuquén	41	0	3	0	44	2	46
Total	81 95%	1 1%	3 4%	0	85	11	96
Total 2001	68%	24%					
3) ¿Tiene alguna idea sobre que es la bioética?							
	si	no	no contesta	Total	Sin evaluar	Total	
Chos Malal	12	3	0	15	6	21	
Zapala	14	1	0	15	2	17	
Junín Andes	11	0	0	11	1	12	
Neuquén	36	7	1	44	2	46	
Total	73 86%	11 13%	1 1%	85	11	96	
Total 2001	69%	31%					
3) ¿Escuchó sobre los Comités Asistenciales de Ética?							
	si	no	no contesta	total	sin evaluar	total	
Chos Malal	9	6	0	15	6	21	
Zapala	9	6	0	15	2	17	
Junín Andes	5	5	1	11	1	12	
Neuquén	31	13	0	44	2	46	
Total	54 64%	30 35%	1 1%	85	11	96	
Total 2001	60%	40%					
4) ¿Le interesaría ser miembro de alguno?							
	si	no	no sé	no contesta	total	sin evaluar	total
Chos Malal	11	3	1	0	15	6	21
Zapala	10	1	3	1	15	2	17
Junín Andes	4	0	7	0	11	1	12
Neuquén	28	2	13	1	44	2	46
Total	53 63%	6 7%	24 28%	2 2%	85	11	96

Al finalizar cada encuentro se realizó una encuesta con las siguientes respuestas

Encuesta Post-Curso de Formación en Bioética, año2002								
1)¿Cómo le pareció el taller?								
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	No contesta	Total	Sin evaluar	Total
Chos Malal	11	6	0	0	0	17	4	21
Zapala	12	3	0	0	0	15	2	17
Junín								
Andes	10	2	0	0	0	12	0	12
Neuquén	31	15	0	0	0	46	0	46
Total	64	26	0	0	0	90	6	96
Total 2001	67%	33%						
2)¿Le resultó útil para aumentar sus conocimientos sobre								
a) ... la bioética?								
	En gran medida	Moderada-mente	Muy poco	Nada	No contesta	Total	Sin evaluar	Total
Chos Malal	10	7	0	0	0	17	4	21
Zapala	12	3	0	0	0	15	2	17
Junín								
Andes	11	1	0	0	0	12	0	12
Neuquén	32	14	0	0	0	46	0	46
Total	65	25	0	0	0	90	6	96
Total 2001	67%	32%	1%					
b)...las funciones de los comités hospitalarios de ética?								
	En gran medida	Moderada-mente	Muy poco	Nada	No contesta	Total	Sin evaluar	Total
Chos Malal	10	6	1	0	0	17	4	21
Zapala	10	2	1		2	15	2	17
Junín								
Andes	9	2	0	0	1	12	0	12
Neuquén	26	16	2	0	2	46	0	46
Total	55	26	4	0	5	90	6	96
Total 2001	48%	48%	3%	1%				
3)¿Le resultó práctico el material didáctico...?								
	En gran medida	Moderada-mente	Muy poco	Nada	No contesta	Total	Sin evaluar	Total
Chos Malal	7	7	0	0	3	17	4	21
Zapala	11	1	1	1	1	15	2	17
Junín								
Andes	8	2	1	0	1	12	0	12
Neuquén	24	12	0	0	10	46	0	46
Total	50	22	2	1	15	90	6	96
Total 2001	74%	26%	0%	0%	0%			

Encuesta Post- Curso de Formación en Bioética, año2002

4)¿La exposición de los docentes le resultó clara y de fácil comprensión?

	En gran medida	Moderada-mente	Muy poco	Nada	No contesta	Total	Sin evaluar	Total
Chos Malal	14	3	0	0	0	17	4	21
Zapala	15	0	0	0	0	15	2	17
Junín Andes	11	1	0	0	0	12	0	12
Neuquén	38	8	0	0	0	46	0	46
Total	78 87%	12 13%	0	0	0	90	6	96

5)Dadas las condiciones actuales del país ¿cree posible la práctica del respeto a la autonomía en la atención en salud?

	En gran medida	Moderada-mente	Muy poco	Nada	No contesta	Total	Sin evaluar	Total
Chos Malal	12	5	0	0	0	17	4	21
Zapala	4	8	3			15	2	17
Junín Andes	3	2	6	0	1	12	0	12
Neuquén	10	21	15	0	0	46	0	46
Total	29 32%	36 40%	24 27%	0	1 1%	136	6	96

9)Cree ud. que la formación de comités de ética sería positiva

a)...para el sistema de salud?

	En gran medida	Moderada-mente	Muy poco	Nada	No contesta	Total	Sin evaluar	Total
Chos Malal	11	5	1	0	0	17	4	21
Zapala	14	1	0	0	0	15	2	17
Junín Andes	9	1	1	0	1	12	0	12
Neuquén	42	3	0	0	1	46	0	46
Total	76 85%	10 11%	2 2%	0	2 2%	90	6	96
Total 2001	75%	22%	3%					

b)...y como herramienta para la participación de la comunidad en los problemas de salud?

	En gran medida	Moderada-mente	Muy poco	Nada	No contesta	Total	Sin evaluar	Total
Chos Malal	11	6	0	0	0	17	4	21
Zapala	12	2	1	0	0	15	2	17
Junín Andes	9	2	1	0	0	12	0	12
Neuquén	29	13	1	0	3	46	0	46
Total	61 68%	23 26%	3 3%	0	3 3%	90	6	96
Total 2001	69%	28%	3%					

10) En el caso de conformarse los comités de ética en nuestro sistema de salud

¿le interesaría ser miembro de alguno?

	En gran medida	Moderada-mente	Muy poco	Nada	No contesta	Total	Sin evaluar	Total
Chos Malal	6	10	1	0	0	17	4	21
Zapala	8	6		1		15	2	17
Junín Andes	6	4	1	0	1	12	0	12
Neuquén	21	21	2	0	2	46	0	46
Total	41 46%	41 46%	4 4%	1 1%	3 3%	90	6	96
Total 2001	54%	38%	7%	1%				

Dentro de la encuesta post-curso las cuatro respuestas más frecuentes a las siguientes preguntas fueron:

6)¿Qué acciones desarrollaría ud. para favorecer el respeto a la autonomía en la atención en salud?

Divulgación en la comunidad incluidos los medios de comunicación, información, capacitación en bioética para el personal y usuarios del sistema de salud	34
Talleres de debate sobre nuestras prácticas; charlas, espacios de reflexión, revisión y comunicación de casos sobre la base de los principios de la bioética, a partir de situaciones vividas en los establecimientos asistenciales	21
Explicar en términos claros y consensuar con los usuarios sobre qué es lo que se les va a hacer cada vez que son atendidos; más información para el paciente	15
Escuchando lo que la gente dice como usuaria del sistema de salud y sujeto de derecho; tener tiempo para escuchar y explicar sobre la patología consultada	9

7)Proponga tres acciones posibles de implementar para mejorar la situación de justicia en salud.

Eliminar, evitar las colas, implementar un sistema para no tener que mendigar por un turno, mejorar el sistema de turnos, ver la posibilidad que el paciente consiga un turno para la especialidad que solicite; no hacer colas parados, que en invierno tengan un lugar cálido, o, dejar la información diaria bien a la vista, con anticipación, sobre turnos disponibles	24
Talleres de bioética, información, difusión de acciones de salud, comunicación interna y externa, dar mayor participación a la comunidad en lo que se refiere a su opinión sobre la atención en las instituciones de salud	17
Mejor aprovechamiento de los recursos humanos y económicos en salud; aumento del presupuesto provincial para la distribución equitativa a los que menos tienen y en las áreas más conflictivas, por ejemplo odontología	11
Tener mejor conocimiento sobre presupuesto y su distribución, grupos de trabajo interinstitucional de análisis de casos concretos con ayuda de las herramientas de la bioética, de distribución de recursos y elaboración de propuestas para elevar a niveles de decisión	7

8) De por lo menos tres ejemplos de situaciones en que se debería solicitar el consentimiento informado por escrito (excepto cirugía y solicitud de HIV)

Estudio complejos, invasivos por ej. endoscopia, tratamientos oncológicos punción lumbar, biopsias	26
Colocación de DIU, ligadura de trompas	19
Traslado y derivaciones a otros centros cuando se sufre el desarraigo del paciente y el fliar; traslado para internación de un paciente del área rural; internaciones prolongadas por ej. Embarazadas del área rural	15
Transfusión de sangre	12
Uso de medicamentos especiales y en patologías graves	9

11) ¿Cómo y con quienes cree ud. que se deberían conformar los comités hospitalarios de ética en su zona?

Personal de salud y gente de la comunidad usuaria de los centros asistenciales interesados en el tema	34
Representantes d todos los sectores de las instituciones sanitarias junto con la comunidad interesada en participar, que desarrolle actividades de participación en la sociedad por ej. juntas vecinales, ONG'S, movimientos de desocupados, personal de educación, etc.,	12
Personal de las distintas disciplinas de las instituciones sanitarias (no representantes "elegidos" por la institución) y personas de la comunidad incluidos comunidades mapuches	12
Seleccionar en forma democrática	7

CONCLUSIONES

A través lo trabajado en las encuestas, podemos concluir que:

- En el proceso de convocatoria mejoró la comunicación con respecto al año anterior disminuyendo sensiblemente el porcentaje de participantes que no sabía a qué iba, o que asistió "porque me mandaron".
- Que al 100% el curso le pareció bueno o muy bueno
- Que el 17% no pudo contestar qué le pareció el material didáctico, por no encontrarlo o no estar accesible en su lugar de trabajo.
- Que el 96% cree que la formación de comités de ética sería positiva para el sistema de salud
- Que el 92% está interesado en ser miembro de un comité
- Una cantidad elevada de participantes consideran que los comités, deben integrarse con miembros de los distintos sectores de las instituciones sanitarias y usuarios de la comunidad, elegidos democráticamente.

CONCLUSIONES DE LA PRIMER ETAPA

Con los resultados de lo evaluado en los dos primeros años de trabajo de este proyecto, se concluyo que estaban dadas las condiciones para trabajar en el 2003 y junto con la comunidad, en la conformación de comités de bioética asistencial, desarrollándolos como espacios participativos de reflexión y debate sobre los aspectos éticos de las prácticas en salud, oportunidad que debía ser aprovechada trabajando con participación, creatividad y esfuerzo tratando de no perder el poder disfrutar de la tarea.

2) ETAPA DE CONFORMACION DE CBA, año 2003

Esta etapa fue planificada para el año 2003 sobre tres actividades como eje de la misma:

- Convocatoria para integrar CBA
- Organización de la Red Provincial de CBA
- Curso de bioética Clínica

CONVOCATORIA PARA INTEGRAR CBA

Luego del desarrollo en toda la provincia durante los años 2001 y 2002, de talleres de sensibilización y cursos de formación en bioética en los que participaron más de 300 personas, se comenzó con la tarea de convocar al personal de salud y miembros de la comunidad interesados en participar en la conformación de CBA continuando con una modalidad de participación y consenso, sin distinción de funciones o cargos jerárquicos.

La convocatoria tuvo dos características fundamentales:

- 1) La de incluir a todo el personal de salud sin distinción de funciones ni de nivel jerárquico
- 2) La de proponer la creación de CBA zonales y no hospitalario adaptando la ley 2327 a la realidad local

Se organizó, además, un curso de bioética clínica junto con la Cátedra de bioética de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue, para favorecer la formación en la función educativa de los integrantes de los CBA.

Si bien más del 90% de los participantes a los cursos y talleres respondieron que la formación de Comités de Bioética Asistencial sería positiva para el sistema de salud y que, además, estaban interesados en participar en ellos, la formación de los comités no surgió en forma espontánea. Por ello es que, a principios del 2003, se convocó desde la Coordinación del Programa de bioética y a través de las zonas sanitarias, al personal de salud y miembros de la comunidad interesados para participar en la formación de los comités. Para su **selección**, siguiendo la misma línea de trabajo, se insistió en cada zona sanitaria en reafirmar la concepción de que la salud es un problema de la gente, de la comunidad, y que su destino debe ser discutido conjuntamente con los trabajadores de la salud, sin distinción de funciones. Se planteó, por lo tanto, que la actividad de "atención de la salud" está conformada y llevada adelante por todos los integrantes del personal de las instituciones sin exclusión posible y que en consecuencia, cuando se plantea debatir sobre temas éticos en la práctica de esa atención deben ser convocados todos los sectores. Se insistió en todas las zonas sanitarias que no se compartían los criterios elitistas, en cuanto a la composición de los comités por profesionales universitarios destacados o seleccionados por los niveles de conducción y por alguna "persona educada y culta" que represente a la comunidad, insistiendo que este modelo de organización propuesto fue el más aceptado por los participantes de los cursos y talleres de los dos años anteriores.

Desde la coordinación del programa, se propuso la formación de CBA zonales y no hospitalarios para poder incluir en los mismos al personal del primer nivel de atención. La alternativa que nos parecía menos válida era la de crear comités en hospitales de mediana complejidad, limitando así la participación activa de las instituciones hospitalarias más pequeñas, así como también a los centros de salud, a las de consultas pero sin una participación activa en las decisiones, tanto a nivel organizativo como normativo o consultivo. Sin embargo, si bien desde el programa se favorecía la creación de CBA zonales, se respetaría la decisión de aquellos que quisieran organizarse de la manera clásica.

En respuesta a la convocatoria y como corolario de casi tres años de trabajo, se formaron seis comités: cinco zonales, en las zonas metropolitana, uno, tres, cuatro y cinco. En la zona II se formó, a propuesta de los participantes, un comité en el hospital Zapala (no zonal). En el Hospital Regional Castro Rendón, el de mayor complejidad provincial, se había formado por fuera de este proyecto un comité convocado por la dirección de dicho hospital, aunque su actividad se discontinuó durante el 2003. En la mayoría de los casos se pudo cumplir para la selección de los miembros con la concepción propuesta por este proyecto.

A fines de 2003 quedó consolidada la formación de los 5 CBA zonales y un CBA del Hospital Zapala cabecera de la Zona Sanitaria II.

El promedio de miembros de CBA fue de 8 y la siguiente distribución según funciones:

Enfermería: 19,5%

Médicos: 19,5%

Técnicos rayos/laboratorio: 13%

Auxiliares administrativos: 8,7%

Miembros de la comunidad: 8,7%

Trabajadores Sociales: 6,5%

Odontólogos: 6,5%

Agentes Sanitarios: 4,3%

Psicólogos: 4,3%

Maestranza: 4,3%

Bioquímicos: 4,3%

El CBA del Hospital Castro Rendon, preexistente al desarrollo del programa y algunos de cuyos integrantes participaron de sus talleres y cursos, fue invitado a integrarse como miembro de la Red Provincial de CBA.

ORGANIZACIÓN DE LA RED PROVINCIAL DE CBA

Además, también desde mayo de 2003, se comenzó con una reunión mensual de los concurrentes al curso de biótica clínica e interesados en ser miembros de comités para trabajar en la creación de la Red Provincial de Comités de Bioética, como espacio de intercambio y coordinación entre los distintos comités. En el transcurso de estas reuniones sus participantes decidieron cambiar el nombre de CHE por el de Comités de Bioética Asistencial (CBA), para adecuarlo a la realidad local. "Apoyándose siempre en la

premisa de que la realidad se construye en la interacción de los grupos sociales, consideramos que la intervención en red y los efectos de red constituyen una modalidad participativa, pensando que la formación de redes sociales podrían favorecer la resolución de problemas comunes que aquejan a la comunidad, a las instituciones o a un grupo de sujetos, en tanto que los miembros de la red comprendan que el problema de un individuo es el de un grupo atrapado en las mismas contradicciones".¹⁸

A lo largo del 2003 se trabajó sobre los siguientes puntos:

La redacción del Reglamento General de CBA. Se planteó la necesidad de contar un marco normativo común con alcance a todos los CBA del SSPN que estableciera las condiciones de constitución y funcionamiento. El mismo fue presentado por el Programa de Bioética al entonces Director Provincial de Calidad y, siendo aprobado por norma legal del Subsecretario de Salud en el año 2004. El texto completo del reglamento se puede leer en la sección "anexos" de este material. De él se transcriben las funciones que desarrollaría cada CBA a saber:

El CBA realiza tres funciones principales

Función Educativa

El CBA llevará adelante un plan de autoformación en Bioética y de capacitación institucional, promoviendo y difundiendo la disciplina en todo el ámbito de la institución y la comunidad a la que asiste.

Será función del comité el de formar a los nuevos integrantes y establecer los criterios para que puedan participar en la función consultiva.

Los miembros del comité deberán, además, participar de las actividades de la Red Provincial de CBA, como instancia para capacitación continua, intercambio de experiencias y compartir actividades intercomités.

Función Normativa

Difundirá normas internacionales y nacionales en temas de Bioética y promoverá la discusión para establecer normativas locales sobre temas particulares.

Participará además del análisis de los aspectos éticos de otras normativas institucionales ya existentes o nuevas.

Función Consultiva

El Comité se ejercitará en el debate, procedimientos de toma de decisión y resolución de conflictos con casos paradigmáticos y de archivo, inicialmente, hasta terminar su etapa de autoformación a partir de cuando resolverá consultas sobre casos abiertos de las instituciones consultantes.

Los criterios para que un Comité pueda desarrollar la función consultiva serán previamente establecidos por el Programa de Desarrollo de Bioética. Sin cumplimentar estos criterios sólo cumplirá la función educativa.

La modalidad de la función consultiva con casos abiertos será en todos los casos de carácter opcional- opcional, siendo esto incluido en el Reglamento interno de cada institución.

¹⁸ Dabes, Elina Nora. *Red de Redes, las practicas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires. Paidós .1993

Deberá en todos los casos resguardar la confidencialidad de los datos.

El CBA no trabajará en:

- Problemas de responsabilidad, mala praxis o negligencia profesional y otros temas de deontología o disciplinarios.
- Resolución de problemas interpersonales o de servicios.
- Resolución de cuestiones de carácter gremial o político que afecten intereses sectoriales.
- Problemas de carácter legal, no vinculados a legislaciones en Bioética
- El Comité no tomará decisiones ni implementará normativas de cumplimiento obligado.
- No refrendará órdenes o disposiciones de carácter político, gremial o institucional que respondan a intereses sectoriales.
- No responderá como grupo a intereses particulares o de sectores que limiten la representación y participación pluralista.
- El CBA no podrá realizar la evaluación ética de los protocolos de investigación en seres humanos salvo para el análisis de las variables locales del proceso de consentimiento informado y solo bajo solicitud de la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos. En ningún caso su recomendación será vinculante.

Establecer la tarea de la Red. Se definió la función del nivel central, a través de la coordinación del PDB, como de financiación, coordinación y facilitadora de las actividades de la Red, siendo los mismos integrantes de los CBA quienes definirían las actividades del mismo. Se considero, además, que la participación de los CBA debía tener un protagonismo real que incluyera la posibilidad de toma de decisiones. Sobran los programas "participativos" que consisten en pedir a la gente su opinión para luego decidir a espaldas del conjunto el camino a seguir. Se argumento que uno de los efectos mas interesantes del protagonismo es la transformación de las personas-objeto en personas-sujeto, con una clara visualización de sus recursos, una valoración de sus saberes y una toma de conciencia de los logros que se pueden obtener a través de la participación activa en la organización de la tarea. Por todo esto se estableció que se realizaria una reunion anual con los coordinadores de cada CBA como minimo junto con la coordinación de la red para acordar y programar las tareas de cada año

CURSO DE BIOETICA CLINICA

Dentro del marco del Programa de Bioética se diseño este curso junto con la Cátedra de bioética de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue, y junto con el Dr. Luís Justo, docente a cargo de dicha cátedra, como director académico del mismo.

El curso fue dirigido a:

- Docentes de la UNC.
- Personal de salud, así como a los usuarios de los servicios de salud que trabajen en la formación de Comités Asistenciales de Ética,

- Cualquier persona interesada en los temas fundamentales de la bioética clínica. Los objetivos para su implementación fueron
- Capacitar al personal de salud y miembros de la comunidad seleccionados, en los temas fundamentales de la bioética clínica, para su mejor desempeño en los comités asistenciales de ética.
- Ofrecer la posibilidad de acceder a una formación de calidad en bioética en general y bioética clínica en particular a las personas interesadas en el tema.

El curso se realizó en la ciudad de Neuquén, durante 8 meses, a razón de un encuentro por mes de un día y medio de duración cada uno, para facilitar la asistencia de las personas del interior de la provincia.

Los temas que se desarrollaron en cada módulo fueron:

Introducción a la Bioética
 Bioética Clínica en Pediatría
 Bioética y Salud Reproductiva
 Procedimientos de decisión en ética clínica
 Bioética Clínica en el Proceso de Muerte
 Bioética y Salud Mental
 Bioética Clínica y SIDA
 Abordaje de la Función Educativa en Bioética

Iniciaron el mismo un total de 81 personas de las cuales 61, el 16%, lo completaron cumpliendo los requisitos de asistencia y evaluación.

Entre sus asistentes, fue surgiendo a lo largo del curso el grupo inicial que dio origen a la formación de los CBA, tanto personal hospitalario como miembros de la comunidad. Con ellos se realizaron las reuniones iniciales para la organización de los CBA y de la red que comenzaron en el 2004 con su funcionamiento formal

3) ETAPA DE CONSOLIDACIÓN DE CBA Y DE LA RED DE CBA, años 2004-2006

Esta tercera etapa comienza en el año 2004 con el funcionamiento efectivo de los CBA y la red que los agrupa, extendiéndose hasta la actualidad. En este apartado se describirán las actividades comunes a todos los CBA, enumerando solamente las actividades que realizó cada comité en forma individual, sin describir en detalle las realizadas por cada uno en particular. La tarea giró alrededor del afianzamiento de las tareas educativas y consultivas y de definir la tarea de los CBA en las diversas situaciones de conflictos gremiales e institucionales por los que atravesó la provincia. Se utilizó el espacio común de la red para la capacitación en distintos temas, incluyendo encuentros con invitados especialistas en bioética, y para la práctica de análisis de casos para la ejercitación de las funciones educativas y consultivas. Las reuniones de la red se diseñaron en base a un esquema básico que se divide en dos momentos de aproximadamente 3hs cada uno: el primero dedicado al desarrollo de un tema de bioética a cargo de los miembros del CBA anfitrión y/o de un invitado externo, y el segundo a analizar uno o dos casos de archivo presentados por el CBA anfitrión.

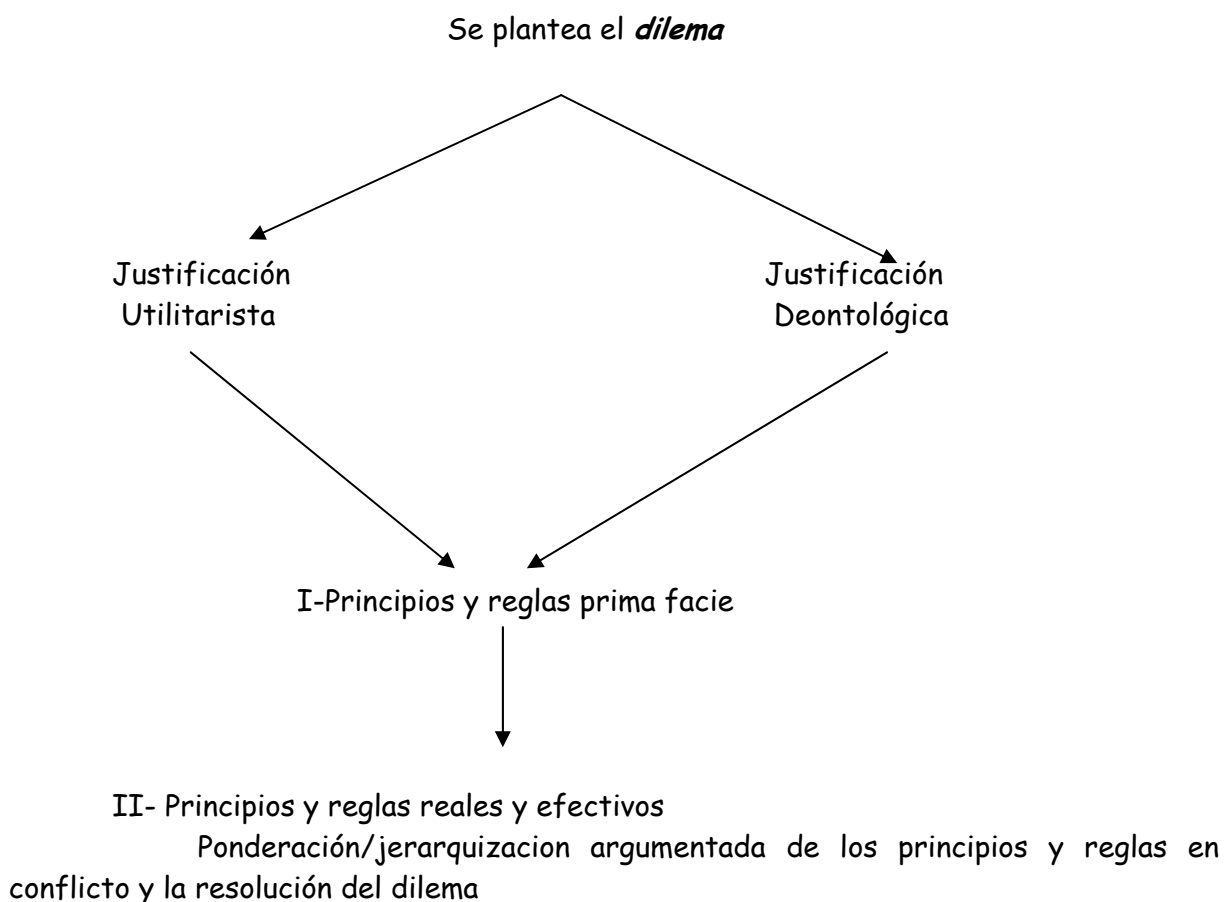
ACTIVIDAD CONSULTIVA

Durante los años 2004 y 2005 las actividades consultivas fueron el entrenamiento de análisis a traves de casos retrospectivos de archivo. Si bien en esos años los CBA no recibían consultas de casos abiertos en dos oportunidades se solicitaron recomendaciones de dichos casos por hospitales del área de influencia, realizándose un análisis del mismo y posterior recomendación con la colaboración de la coordinación de bioética del nivel central. En esta situación no estaba incluido el CBA del Hospital Castro Rendón, que por existir previamente al inicio de este proyecto, ya cumplía regularmente con esta función.

A partir del 2006, se comenzó formalmente a recibir en consulta casos abiertos aunque, como era de esperar, no superan uno o dos por hano y por comité. A pesar de ello, se dedico gran parte del tiempo de las reuniones de la red, en general 3hs por encuentro, para capacitarse en dicha área, ensayándose distintos modelos de análisis a saber:

Modelo de análisis de casos

En un primer momento, en los talleres de sensibilización y cursos axial como en las primeras reuniones de la red, se adopto el modelo principalista de Beauchamp y Childress como metodología para el análisis de casos. Este es el esquema se utiliza para su aplicación ¹⁹



¹⁹ Beauchamp, Tom; Childress James. *Principios de Ética Médica* ed. Masson. Barcelona. 1999

Sin embargo, si bien de gran valor práctico para el análisis y resolución de situaciones dilemáticas en el contexto estricto de la relación médico-paciente, resultó en gran medida insuficiente para el abordaje de los casos en toda su complejidad social, cultural y económica. *Desde distintos ámbitos de inserción -salud, educación, trabajo, cultural, justicia, hábitat-, nos encontramos con un número creciente de personas en situación de riesgo. En el panorama de Latinoamérica esto cobra rasgos propios. Resulta dificultoso clasificar las patologías: el desempleo o la proximidad del mismo genera miedo, angustia y sensación de desamparo; la amenaza siempre presente de los procesos hiperinflacionarios se asocia con el incremento de la violencia, sea esta en el interior de las familias o en la calle*²⁰. Esta situación, tan bien analizada por Elina Dabes en el párrafo precedente, llevó a buscar y aplicar otros modelos de análisis de casos más adecuados a la problemática de la población asistida. Para ello, se tomó como base el propuesto por Vidal²¹ y se adaptó y modificó hasta llegar al siguiente esquema:

Modelo de análisis de casos basado en derechos

- Haga un resumen de los hechos, (por ej. datos que constan en la H. C)
- Establezca **los problemas** detectados, (priorice solo los más importantes)
- Tome los **problemas éticos** y haga un listado con ellos en orden de prioridades
- Identifique qué **valores y derechos** se encuentran comprometidos en los problemas seleccionados. Diferencie entre derechos vulnerados y/o no reconocidos. ¿Existen conflictos entre derechos?
- Detecte los intereses en juego y quienes los representan
- Establezca los **cursos de acción posible**. Argumente cada uno de ellos.
- **Elija uno de ellos. Justifique y argumente su decisión.**

El siguiente es un análisis de un caso de archivo que realizó el CBA de Zona Metropolitana utilizando los dos modelos, demostrando que no son excluyentes uno del otro sino que permiten visualizarlo y pensarlo desde distintas perspectivas que enriquecen tanto el debate como el análisis y la recomendación final

²⁰ Dabes, Elina Nora. Ob. cit., pag. 17

²¹ Vidal, Susana “Proyecto de Constitución de Comités Hospitalarios de Bioética en las Instituciones de Salud de la pcia. de Córdoba”. Cuadernos de Bioética. Año 3. Numero 2. Buenos Aires. 1998

Evaluación 2006 de un caso de archivo CBA Zona Metropolitana

Caso

Niña de 13 años, domiciliada en zona rural, un departamento de Neuquén a 230 Km. de la capital. En el hospital del área se le diagnosticó glomerulonefritis, con importante hipertensión arterial y proteinuria, por lo que se derivó al hospital regional. Internada en éste, la niña permanece con cefalea, vómitos abundantes, hematemesis, hipertensión arterial difícil de controlar y uremia en aumento. La biopsia renal reveló glomerulonefritis rápidamente progresiva. Se trató con corticoides y ciclofosfamida (6 pulsos), sin mejoría analítica y aumento de la presión arterial, por lo que se le suspendió la ciclofosfamida. Continuó hipertensa, con vómitos y desnutrición en aumento. Lleva 2 meses de internación, acompañada siempre por su mamá, que tiene un bebé de pecho. El resto de los hermanos (5) permanecen con el padre, que trabaja en una chacra y sólo puede venir esporádicamente a visitarlas. Tanto la niña como la madre son asistidas en el Servicio de Salud Mental.

Se trata de una familia de muy bajo nivel socioeconómico y cultural. Ambos padres son analfabetos y la paciente es la mayor de los seis hermanos. Se da de alta con analgesia y 2 o 3 controles semanales y, ya que son imposibles de realizar desde su lugar de origen, se quedan en una habitación cercana a la terminal de ómnibus y al hospital, facilitada por el patrón y Servicio Social. Sin embargo, no concurrió a control médico. La maestra que le enseñaba en el hospital, y posteriormente en su domicilio transitorio de la ciudad de Neuquén, comunica al hospital que la madre no quiere llevarla a control para que no sufra más. La relación niña/madre/médico era buena y la mamá rechaza todo tipo de tratamiento.

En su nuevo domicilio presenta convulsión tónico-clónica generalizada, por lo que consulta en un centro de salud que le queda más lejos que el hospital y desde donde se deriva a éste último.

Se le diagnostica insuficiencia renal, con hipertensión arterial, anuria, edema leve, uremia, hiperkalemia y acidosis metabólica. Los residentes de guardia solicitan su pase a terapia intensiva para dializar, internación que es negada por el médico de terapia intensiva, que la consideró en estado terminal.

Ante esta situación, se discutieron en ateneo clínico las posibilidades terapéuticas de esta paciente y se llegó a la conclusión de que no reunía las condiciones para ser incluida en el plan de diálisis en vistas a un posterior trasplante por las características de la patología en sí misma y de la familia, que hacían desproporcionado este tratamiento. Asimismo, también es desaconsejado el trasplante, considerando los altos costos requeridos, las escasísimas posibilidades de éxito y las características del medio en que vivía.

Datos

Niña de **13 años** de una **zona rural** de Neuquén (200 Km. de la capital), la mayor de 6 hermanos de una familia de bajo nivel socioeconómico, con ambos padres analfabetos, a quien en el Hospital de Área se le diagnostica **Glomerulonefritis**, con

hipertensión arterial y proteinuria, por lo cual se decide su derivación a un Hospital de mayor complejidad, donde permanece internada por **2 meses**, en compañía de su mamá y su hermano menor, que es un bebé de pecho. Ambas son asistidas por el servicio de **Salud Mental**. Su papá trabaja en una chacra y permanece en el campo con el resto de sus hermanos, pudiéndolas visitar solo esporádicamente.

Se le realiza una **biopsia renal** diagnosticándole una **GLOMERULO NEFRITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA**.

La niña recibe tratamiento médico- **corticoides y ciclofosfamida**-, pero su evolución no es buena y empeora día a día.

Se les consigue una habitación cercana al hospital y se indica el **alta** con analgésicos y 2 o 3 controles semanales. Allí continúa con la **maestra domiciliaria**, quien informa al hospital que la mamá no desea cumplirlos ya que no quiere ver sufrir más a su hija.

La relación médico-paciente aparentemente era buena.

En este nuevo domicilio presenta una **convulsión tónico- clónica generalizada** por la cual consulta a un Centro de Salud más lejano que el hospital a donde es derivada. Con diagnóstico de insuficiencia renal con hipertensión arterial, anuria, edema, uremia, hipercalemia y acidosis metabólica, se solicita su pase a **Terapia Intensiva**, siendo este denegado por el terapeuta por considerarla en estado terminal.

Ante la situación se discuten sus **posibilidades terapéuticas** en ateneo y se concluye:

Sin condiciones para diálisis y posterior transplante por:

- La enfermedad en sí misma.
- Las características de la familia.
- La desproporción entre el alto costo y las bajas posibilidades de éxito.
- El bajo nivel socioeconómico de la familia.

No se pudieron recabar más datos que los que constan en esta narrativa. -

Problemas detectados

- Falta de información a la familia acerca de la patología en sí y las posibilidades terapéuticas
- Falta de participación de la niña y su familia en la toma de decisiones.
- Falta de comprensión, por parte de la familia, de las terapéuticas necesarias; razón por la que sólo ve las injurias, el sufrimiento en maniobras invasivas como la biopsia renal, sin resultados concretos en los tiempos y formas que a su parecer serían de esperar.

- Pragmatismo esquemático del sistema, que si bien debe cumplir las normas, no siempre las situaciones son tan simples, cuando hay de por medio la vida de una niña, culturas diferentes etc.
- Disgregación familiar a raíz del tratamiento.

Modelo basado en los Derechos Humanos

Derechos afectados

- Fundamentalmente es vulnerado el valor vida y el derecho a la salud de esta niña sobre quien, y por circunstancias nefastamente combinadas, se determina que su vida no es un proyecto viable; quedando así truncada su capacidad y el derecho a la realización del potencial humano que le permitiría participar ampliamente de los beneficios del desarrollo. De esta manera se le es negado el derecho a la salud integral, entendida como el desarrollo de las capacidades esenciales: larga vida, saludable, con conocimiento y nivel de vida decente, que implica el acceso al agua potable, alimentación y medicamentos y acceso a los servicios de salud, quedando así desatendidas necesidades básicas, como el mantenimiento de la misma.
- Se vulnera además el derecho a la integridad, al respeto por la vida, al desarrollo de la afectividad y las relaciones vinculares, a su identidad individual y social: la familia se disgrega, lejos de su padre y el resto de sus hermanos, de su medio ambiente.
- Dentro de la falta de respeto al derecho a la salud, se incluye la falta de accesibilidad a la información y a la no discriminación. En ningún momento se les explica de que se trata la enfermedad y cuales son sus posibles terapéuticas, menos aún tienen participación en las decisiones que los afectan. No se tiene en cuenta la opinión de la niña, ni su interés superior. (Derechos del Niño).
- Se vulnera el respeto por la dignidad humana, el derecho a la equidad y al trato igualitario al evaluar como no posible su ingreso a diálisis, no solo por su patología en sí, sino teniendo en cuenta su condición socioeconómica, con la consiguiente desatención de los grupos mas vulnerables.

Recomendación

Debido a los problemas expuestos y a los derechos vulnerados recomendamos:

- Realizar todas las acciones de asistencia sanitaria necesarias a través de: médicos clínicos, pediatras, terapeutas, nefrólogos, psicólogos y asistentes sociales, tendientes a mejorar el bienestar actual de la paciente.
- Gestionar a través de acción social y ante quien corresponda, trabajo y vivienda digna para toda la familia. (Ley 2302)
- Garantizar la comunicación entre el equipo de salud-niña y familia, logrando que esta se clara, fluida y eficiente, utilizando un lenguaje sencillo y comprensible.
- Respetar la opinión de la paciente y su familia, de manera que la toma de decisiones se realice en forma conjunta con el equipo de salud.

Con todo ello se pretende, teniendo en cuenta la patología, lograr el grado máximo de salud integral de la niña, permitiendo el desarrollo de sus capacidades esenciales y un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar.-

Modelo basado en la Bioética Principalista

Al analizar el relato del caso surgen muchas dudas sobre el proceso de toma de decisiones y del plan terapéutico que se efectivizó desde la primera internación de la niña en el hospital regional hasta la resolución del ateneo clínico de "no tratar". Como son los únicos datos disponibles nos basamos en ellos para realizar las siguientes consideraciones.

- *En cuanto a la resolución del ateneo clínico de **no tratar**, no queda en claro cuáles son las bases de la decisión, ni si está debidamente justificada desde el punto de vista de la patología de la paciente; más bien parece estar fuertemente influida por la situación socio-económica-familiar de la niña y por los altos costos del tratamiento. Esto presenta un conflicto con el **principio de justicia** según el cual se debe garantizar la asistencia sanitaria con equidad, "a cada cual según corresponda", priorizando a los más desprotegidos para compensar la falta de oportunidades sobre las cuales los individuos no ejercen un control sustancial.*
- *No se ha respetado el **principio de autonomía** dado que en ningún momento de la presentación del caso se hace referencia a la opinión de la niña ni de su familia; y sólo se menciona a través de terceros (maestra domiciliaria) el deseo la madre de evitar su sufrimiento. Aparentemente todas las decisiones han sido tomadas en forma unilateral por el personal sanitario. Si bien la paciente es menor de edad tiene derecho a opinar sobre decisiones*

que afectan su vida, y las mismas deben ser tenidas en cuenta así como la opinión de sus padres quienes serían en este caso sus representantes.

- *Finalmente tampoco parece haber un justificativo moral debidamente fundamentado en los **principios de beneficencia y no maleficencia** para decidir "no tratar". La argumentación de riesgo/beneficio no está cabalmente presentada y no creemos que comenzar con un tratamiento de soporte vital como la diálisis deba considerarse como un encarnizamiento terapéutico, sino como un medio de mejorar la calidad de vida de la niña mientras se reflexiona sobre sus posibilidades terapéuticas. Ante la duda creemos que es mejor comenzar tratamiento.*

De acuerdo a lo anteriormente expuesto el CBA ZM recomienda:

- 1. Comenzar con todas las medidas terapéuticas que estén indicadas en este caso.*
- 2. Conformar un equipo tratante interdisciplinario: Asistente Social, Psicólogo, Nefrólogo, Pediatra, Médico de Familia, Terapeuta, Maestra, etc.*
- 3. Realizar un proceso de toma de decisiones conjuntas que considere todos los aspectos de la paciente y su familia.*
- 4. Facilitar la unidad familiar con condiciones dignas de vida a través de un trabajo coordinado interinstitucional.*
- 5. Garantizar todos los cuidados terapéuticos y/o paliativos necesarios.*

ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE CAPACITACIÓN

Estas fueron las principales tareas que encararon cada CBA tanto individualmente como a traves de la red desde el 2004 hasta el 2006

Las tareas concretadas en estos años fueron:

Comités de Bioética Asistencial

- Consolidación del trabajo de los CBA y la difusión de sus actividades y competencias en las instituciones del sistema de salud de su zona de influencia, a traves de: talleres, jornadas, material impreso (boletines), programas radiales, etc.

- Promoción de la integración del CBA del Hospital Castro Rendón a la Red Provincial de Comités, tarea que se consolidó en el 2007 con la organización por dicho CBA de un encuentro de la red

- Favorecer y colaborar con la creación de CBA en el subsector privado. Se invito a las instituciones privadas a participar de las actividades de la red aunque este objetivo no pudo ser concretado hasta la actualidad

Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial

Se programaron cinco encuentros anuales de la red, como espacio de encuentro, intercambio y capacitación para los miembros de los CBA en especial y del resto del

personal sanitario en general, además de las personas/instituciones invitadas según decisión del CBA anfitrión. El temario para cada año fue:

2004

Abril - Consentimiento informado.

Responsable: CBA Z Metropolitana

Junio - Dilemas éticos en la atención de la mujer embarazada. Aborto

Responsable: CBA H. Zapala

Agosto - Confidencialidad: aspectos éticos y legales

Responsable: CBA Z I

Octubre - Justicia en la asistencia sanitaria: El uso racional de recursos; El problema de los turnos y las "colas".

Responsable: CBA Z IV

Diciembre - Bioética y APS.

- Comités de Bioética Asistencial: reflexiones del 2004

Responsable: CBA Z III

2005

Abril - Bioética y APS. (Suspendida)

Responsable: CBA Z III

Junio- Interculturalidad. Dilemas éticos en la atención sanitaria intercultural

Responsable: CBA Z V (suspendida)

Agosto - Bioética de la salud: Macrobiótica

Responsable: CBA Z III

Octubre - Bioética en salud con la comunidad.

Responsable: CBA H. Zapala

Diciembre - Bioética en el abordaje de la salud psicosocial: violencia, adicciones, salud mental.

Responsable: CBA Zona I

La mayoría de los encuentros planificados originalmente fueron modificados o suspendidos debido al grave conflicto gremial por el que atravesó el SSPN en el 2005. Sin embargo, aunque fuera de lo planeado, pudo mantenerse la actividad de la red y de los CBA, incluyendo reuniones donde se debatió la función de los CBA en situaciones de conflicto y que sirvieron para definir las actividades de la red en la crisis institucional por la que atravesó Neuquén en la primera mitad del 2007 desencadenada por el

asesinato del maestro Carlos Fuentealba, en manos de un policía, durante una marcha de protesta del sindicato docente.²²

2006

Mayo - Bioética y DDHH.

Responsable: CBA Zona Metropolitana

Invitado: Dra. Susana Vidal, coordinadora del Área de Bioética del Ministerio de Salud de Córdoba.

Lugar: Hospital Castro Rendón, aula del Comité de Docencia e Investigación de 9 a 16hs.

Junio 3 - Embarazo Adolescente. Una aproximación desde la bioética

Responsable: CBA Zona Sanitaria I

Agosto 10 y 11 (suspendida)

Invitado: Dr. Carlos Gherardi, médico terapeuta, coordinador del CBA del Hospital de Clínicas de Bs. As.

Día 10: Muerte digna, eutanasia y otros temas de fin de la vida

Responsable: Hospital Cipolletti, Río Negro

Día 11 Trasplante de órganos: Aspectos éticos

Responsable: CBA Hospital Castro Rendón, Neuquén

Organizan: Programas de Bioética de los Ministerios de Salud de las provincias de Neuquén y Río Negro

Octubre 6 - Aspectos éticos del aborto

Responsable: CBA Hospital Zapala

Invitado: Mónica Opezzi, antropóloga, responsable del programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de Salud de Neuquén

Raúl Caferra, fiscal a adjunto de la Fiscalía de Delitos Juveniles del Poder Judicial de Neuquén

Diciembre 7 - Bioética y APS

Responsable: CBA Zona III

Invitada: Dra. Marta González, médica general, docente de la Cátedra de Atención Primaria de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad Nacional del Comahue

²² Durante estos conflictos se difundieron dos documentos de opinión que figuran en la sección *Anexo* de este trabajo. En el 2005 desde la coordinación de la red de CBA y en el 2007 por los integrantes de la red como conclusión de un encuentro para analizar la función de los CBA en la situación de crisis institucional por la que atravesaba la provincia.

Además, en el mes de octubre de cada año se realizaron reuniones de coordinadores de CBA para la programación de las actividades comunes del año siguiente tales como:

- Presentar a la coordinación del nivel central un informe de gestión de cada año, incluido el programa de actividades para el siguiente
- Reuniones de la Red de CBA
- Análisis de las dificultades y propuestas de nuevas actividades

DIFICULTADES PRESENTADAS Y DESAFIOS PARA EL FUTURO

La tarea de desarrollo CBA no ha estado exenta de obstáculos y dificultades que se presentan como desafíos para su superación.

Entre ellos cabe destacar:

Participación comunitaria: la participación de los miembros de la comunidad ha sido dispar a lo largo del funcionamiento de los CBA. Se inicio con un promedio de una a tres personas de la comunidad en algunos CBA y en otros ninguna. Si bien los talleres y cursos y la tarea de las actividades de los CBA han servido para generar y mantener la motivación para la participación comunitaria, a la misma se ve dificultada por tratarse de una actividad no remunerada, en gran medida limitada por la infinidad de obligaciones habituales de la vida cotidiana que dejan poco espacio para las actividades de interés comunitario. Esta situación no es la misma para los integrantes de los CBA pertenecientes a la planta funcional del SSPN, los que realizan las tareas inherentes al comité dentro del horario institucional. Para paliar esta situación se facilito su asistencia a las reuniones de la red de manera que no generara ningún gasto más allá del tiempo empleado, acceso al material bibliográfico y certificaciones de asistencia, que resultaron en gran medida insuficientes. Si bien esta situación no es diferente a la planteada por los CHE de otras provincias o países, ello no es motivo para dejar de buscar acciones creativas que favorezcan la intervención activa en los CBA de los usuarios de los servicios de salud de su dependencia.

Permanencia de los miembros y conflictos interpersonales: el recargo en las tareas asistenciales, problemas en la coordinación de horarios y superposición con otras actividades fueron el principal inconveniente para la permanencia en los CBA de sus integrantes. Otro fue los conflictos interpersonales entre miembros del comité, situación de difícil situación que muchas veces era causada por problemas surgidos en otros ámbitos de la tarea asistencial. La persistencia de un pequeño grupo a lo largo de los años, con alto nivel de motivación y compatibilidad en la relación interpersonal, fue determinante para ser transmisores de la "historia" del proyecto y darle continuidad al comité, además de ser los principales responsables de la formación de los nuevos miembros de los CBA.

Reconocimiento institucional: existía el temor (por cierto fundado), de que la presencia en un mismo comité de personal de distintas jerarquías laborales y profesionales inhibiera la participación de aquellos situados en posiciones "inferiores". Se intentó evitar este fenómeno fijando normas de debate en las que era estricto el

requerimiento de respeto por todos los participantes y el de no descalificar opiniones sin una base argumentativa razonable, más allá de su proponente. Para ello se propusieron las siguientes pautas que operaron como organizadoras de los debates:²³

Pautas para el debate en grupo

El debate deberá tener algunas reglas que facilitan la comunicación:

- Todos pueden participar y dar sus opiniones, la participación está libre de toda discriminación, la relación es de carácter democrático.
- Intente respetar la exposición de cada uno, (no interrumpir a los demás).
- Toda afirmación es susceptible de ser cuestionada, (no hay dogmas).
- Cualquier proposición puede ser introducida al debate, pero ellas deberán argumentar razones, (justificación). No sostenga posiciones que no pueden ser defendidas con argumentos. Trate de no emplear las expresiones "porque sí", "porque me parece", "es así". Intenten un ejercicio de argumentación: a todo pregúntese porqué.
- Cada participante puede expresar sus deseos, necesidades y puntos de vista sin ningún tipo de perjuicios.
- Evite dispersarse en temas derivados. Los relatos de experiencia deben tratar de limitarse a aquellos que enriquezcan la discusión.

En los comienzos, esto funcionó parcialmente, y si bien se generó una polémica vivaz e igualitaria, por momentos el peso jerárquico funcionó como monitor tácito. Con el paso del tiempo y a medida que se consolidó tanto el conocimiento y confianza entre los integrantes de los CBA como la experiencia acumulada en la tarea de los CBA y de la red, se pudo ir superando esta dificultad dentro del comité. Por otro lado, la propuesta de conformar comités de participación "horizontal" donde no primara las estructuras jerárquicas típicas de los establecimientos sanitarios, generó una barrera para su aceptación en las instituciones de salud. Sin embargo, también es cierto que la credibilidad no se otorga ni se impone; se gana. Se gana cuando el comité convence que su labor es defendible, desde la transparencia en su organización y funcionamiento como en el debate libre, plural y racional que se genera en su seno. Los comités deben cuidar constantemente su credibilidad, es decir, deben tener muy presente que su labor debe ganarse el respeto de las personas a quienes sirve. Esta credibilidad ganada como consecuencia al reconocimiento de su tarea es la que abre las puertas a este tipo de estructuras por fuera de las relaciones jerárquicas tradicionales en salud.

Continuidad en la labor: desde un principio se visualizó la incertidumbre de poder sostener en el tiempo la actividad de los CBA, condicionada por múltiples factores de política sanitaria, fuera del control de sus miembros y de la coordinación del proyecto, y por la situación de conflictividad casi permanente en que funciona el SSPN, cuyos motivos están por fuera del alcance del presente trabajo, pero que pueden atisbarse en los documentos que figuran en su sección anexa. Esta dificultad pudo afrontarse hasta el presente en gran parte debido a la estructura de trabajo en red que se adoptó para el funcionamiento coordinado de los CBA respetando el protagonismo de sus integrantes en las instancias de debate, planificación y decisión de las tareas a realizar.

²³ Tomado de Vidal Susana. "Proyecto de Constitución de Comités Hospitalarios de Bioética en las Instituciones de Salud de la pcia. de Córdoba". Cuadernos de Bioética. Año 3. Número 2. Buenos Aires. 1998

Actividad normativa: *La bioética ha de ser flexible, ha de tomar como punto de partida el pluralismo de nuestra sociedad. No debe proponer líneas de conducta dogmáticas e inamovibles, sino un marco de debate, de consenso mínimo, que permita el acuerdo y en el que quepan y puedan convivir las diferentes posturas morales de una sociedad plural. Esa bioética parte del respeto al pluralismo, pero sin caer en el escepticismo que considera al mismo nivel todos los valores. Trata de establecer y defender un núcleo de valores universalizables fruto del consenso -que podríamos concretar en los Derechos Humanos, y en la protección de la dignidad de todas las personas-. Este consenso básico aportaría los mínimos necesarios para poner en práctica procesos de toma de decisiones que comprometan a quienes, desde posiciones morales diversas, se enfrentan a los diferentes dilemas bioéticos que hoy se nos plantean²⁴. Es con este espíritu que queda pendiente para los próximos años el desarrollo de la función normativa de los CBA*

²⁴ Casado, María. “Nuevas dimensiones de la Bioética para el siglo XXI: Hacia una concepción flexible de la Bioética”. Material complementario del Máster en Bioética y Derecho. Universidad de Barcelona

CONCLUSIONES

El reconocimiento de los derechos humanos y la evolución hacia una sociedad plural están comportando grandes cambios en la asistencia sanitaria. La consideración sobre la diferente escala de valores de familias y profesionales hace necesaria una reflexión que ayude a tomar decisiones adecuadas que garanticen el respeto a los derechos y valores de los pacientes en reconocimiento a su autonomía moral.²⁵

Considerando este hecho es que se diseñó un proyecto para la implementación de la Ley Provincial 2327, que dio lugar a grandes desafíos. El temor inicial al rechazo del personal de salud del proyecto de creación de CBA, se vio superado al manifestar su interés por la propuesta, aunque con grandes dudas sobre su continuidad en el tiempo, en un contexto de deterioro sostenido del SSPN. Al los pocos meses de su puesta en marcha a fines del 2001, se desato una de las peores crisis institucionales que vivió el país. Esto hizo peligrar su continuidad al replantearse las acciones consideradas prioritarias en ese momento crítico. Sin embargo y gracias a la persistencia del interés de los participantes en la implementación de CBA, es que se decidió persistir en la labor planteada

Tuvieron mucho que ver en la aceptación del mismo su diseño e implementación siguiendo los lineamientos planteados por la estrategia de APS y el enmarcar el debate ético dentro del respeto de la dignidad humana y los DDHH fundamentales.

La credibilidad en el proyecto fue ganándose lentamente al respetar la propuesta tanto de participación horizontal, evitando las posturas jerárquicas, como del protagonismo real y efectivo de los miembros de los CBA en las etapas de planificación y decisión de la tarea. También contribuyo a ello, el favorecer las condiciones necesarias que propician el debate racional, libre, sin posiciones dogmáticas, considerando las distintas visiones morales, dentro del marco del respeto por la dignidad humana y los DDHH fundamentales.

Además de la participación, el trabajo en red fue decisivo para la continuidad de los CBA, al resultar una herramienta útil tanto como motivador de la tarea y espacio propicio para el abordaje grupal de las situaciones conflictivas.

La adaptación de la ley de CHE a la realidad provincial, propiciando los CBA zonales en vez de hospitalarios posibilito la integración e intercambio con trabajadores de todas instituciones de todas las zonas sanitarias sin importar su nivel de complejidad. Sin embargo la participación de personas de la comunidad sigue siendo difícil, sin haber podido encontrar todavía las acciones apropiadas para incrementarla.

La elaboración conjunta en los espacios que genero la red CBA, de un reglamento provincial de CBA, posibilito los acuerdos normativos mínimos necesarios para trabajar en un mismo sentido, en un ambiente de intercambio y cooperación, pudiendo afirmar la casi inexistencia de situaciones de competencia y conflictos entre comités.

²⁵ Del Brío MA et al. *Reflexiones sobre el consentimiento informado. Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado*. Revista Calidad Asistencial. 2006;21(4):213-9

El esfuerzo se vio recompensado por la creación en el año 2004 de 6 CBA: cinco zonales y uno hospitalario, junto con la Red Provincial de CBA y la posterior incorporación la red del comité del Hospital Castro Rendón, preexistente a la implementación del proyecto. Todos se mantienen funcionando hasta la actualidad. Las dificultades que surgieron tanto las contextuales como los conflictos sociales nacional y provinciales y el deterioro persistente del SSPN, axial como las propias del funcionamiento de los comités y de la red, pudieron ser abordadas evitando la parálisis en la labor, la cual es tan difícil de remontar.

Sin duda, intentar la implementación de Comités Hospitalarios de Ética en los distintos momento por los que atravesaron y siguen atravesando Argentina y Neuquén plantearon, y siguen planteando, continuos desafíos. Dista mucho todavía, que el personal de salud reconozca plenamente y respete los derechos que poseen los ciudadanos como usuarios de los servicios de salud. Por lo tanto, la tarea de los CBA es de largo aliento. Es de esperar, y en ello esta puesto el trabajo, estar a la altura de las circunstancias que nos toque asumir. Lograr reservar los espacios generados para el debate y la reflexión ética en las instituciones del sistema, bien vale el esfuerzo, si con ello se consigue mejorar la calidad en la atención en salud.

ANEXOS

Ley Provincial 2327
Reglamento Provincial de CBA
Documentos de opinión

LEY PROVINCIAL N° 2327 DE COMITES HOSPITALARIOS DE ETICA

Artículo 01: La Provincia del Neuquén adhiere a la Ley Nacional 24742 que crea los Comités Hospitalarios de Ética.

Artículo 02: En todo hospital del Sistema Público de Salud y Seguridad Social, en la medida que su complejidad lo permita, deberán existir un Comité Hospitalario de Ética, el 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.

Artículo 03: Los comités Hospitalarios funcionarán como equipos interdisciplinarios ad honorem, integrados -entre otros- por médicos, personales paramédicos, abogados, filósofos y profesionales de las ciencias de la conducta humana, que podrán pertenecer o no a la dotación del personal del establecimiento. Desarrollarán su actividad dependiendo de la Dirección del hospital y quedarán fuera de su estructura jerárquica.

Artículo 04: Serán temas propios de los Comités Hospitalarios de Ética, aunque no en forma excluyente, los siguientes:

- a) Tecnologías reproductivas;
- b) Eugenesia;
- c) Experimentación en humanos;
- d) Prolongación artificial de la vida;
- e) Eutanasia;
- f) Relación médico-paciente;
- g) Calidad y valor de la vida;
- h) Atención de la salud;
- i) Genética;
- j) Transplante de órganos;
- k) Salud mental;
- l) Derecho de los pacientes;
- m) Secreto profesional;
- n) Racionalidad en el uso de los recursos.

Artículo 05: El Ministerio de Desarrollo Social establecerá las normas a las que se sujetará el desarrollo de las actividades de los comités Hospitalarios de Ética.

Artículo 06: Las recomendaciones de los Comités Hospitalarios de Ética no tendrán fuerza vinculante, y no eximirán de responsabilidad ética y legal al profesional interviniente ni a las autoridades del hospital.

Artículo 07: La presente Ley entrará en vigencia a los ciento ochenta (180) días de su publicación, debiendo el Poder Ejecutivo reglamentarla dentro de dicho plazo.

Artículo 08: Comuníquese al poder Ejecutivo.

Sancionada: 27/07/00.-

Promulgada: 09/08/00.-

Publicada: 01/09/00.-

Convocatoria para los talleres de bioética de la ciudad de Neuquén según función y lugar de trabajo

A) Psicólogos

	NC	HCR	ZM	C. de S.	HBR	HHH	TOTAL
1° 17y18/9		1					1
2° 24y25/9	1			1			2
3° 22 y23/10				1		1	2
4° 29y30/10					1		1
TOTAL	1	1	0	2	1	1	6

NC=Nivel Central; HCR=Hospital Castro Rendón; ZM= Zona Metropolitana; C de S= Centros de Salud; HBR= Hospital Bouquet Roldán; HHH= Hosp. H Heller

B) Bioquímicos y odontólogos

	NC	HCR	ZM	C. de S.	HBR	HHH	TOTAL
1° 17y18/9		1BQ					1BQ
2° 24y25/9					1BQ		1BQ
3° 22 y23/10					1OD		1OD
4° 29y30/10				1 OD			1OD
TOTAL		1		1	2		4

NC=Nivel Central; HCR=Hospital Castro Rendón; ZM= Zona Metropolitana; C de S= Centros de Salud; HBR= Hospital Bouquet Roldán; HHH= Hosp. H Heller

Técnicos(lab. , rayos, etc.)

	NC	HCR	ZM	C. de S.	HBR	HHH	TOTAL
1° 17y18/9		1			1		2
2° 24y25/9		1				1	2
3° 22y23 /10		1				1	2
4° 29y30/10	1				1		2
TOTAL	1	3			2	2	8

NC=Nivel Central; HCR=Hospital Castro Rendón; ZM= Zona Metropolitana; C de S= Centros de Salud; HBR= Hospital Bouquet Roldán; HHH= Hosp. H Heller

C) Trabajadores Sociales

	NC	HCR	ZM	C. de S.	HBR	HHH	TOTAL
1° 17y18/9				1			1
2° 24y25/9		1					1
3° 22y23/10					1		1
4° 29y30/10	1					1	2
TOTAL	1	1		1	1	1	5

NC=Nivel Central; HCR=Hospital Castro Rendón; ZM= Zona Metropolitana; C de S= Centros de Salud; HBR= Hospital Bouquet Roldán; HHH= Hosp. H Heller

D) Enfermería (auxiliares y profesionales)

	NC	HCR	ZM	C. de S.	HBR	HHH	TOTAL
1° 17y18/9	1	2		1	1	2	7
2° 24y25/9		3		2	1	1	7
3° 22y23/10		3		2	1	1	7
4° 29y30/10		2	1	1	1	2	7
TOTAL	1	10	1	6	4	6	28

NC=Nivel Central; HCR=Hospital Castro Rendón; ZM= Zona Metropolitana; C de S= Centros de Salud; HBR= Hospital Bouquet Roldán; HHH= Hosp. H Heller

E) Médicos

	NC	HCR	ZM	C. de S.	HBR	HHH	TOTAL
1° 17y18/9	1	2		1	1clínico	1cirujano	6
2° 24y25/9		2	1	1	1pediatra	1pediatra	6
3° 22y23/10	1	1		1	1tocoginec.	1tocoginec	5
4° 29y30/10		1		2	1med. Gral.	1med. Gral.	5
TOTAL	2	6ⁱ	1	5	4	4	22

NC=Nivel Central; HCR=Hospital Castro Rendón; ZM= Zona Metropolitana; C de S= Centros de Salud; HBR= Hospital Bouquet Roldán; HHH= Hosp. H Heller

1-Un cirujano, un clínico y cuatro subespecialistas

F) Administrativos

	NC	HCR	ZM	C. de S.	HBR	HHH	TOTAL
1° 17y18/9	1	1				1	3
2° 24y25/9		1		1	1		3
3° 22y23/10		1		1	1	1	4
4° 29y30/10			1	1	1	1	4
TOTAL	1	3	1	3	3	3	14

NC=Nivel Central; HCR=Hospital Castro Rendón; ZM= Zona Metropolitana; C de S= Centros de Salud; HBR= Hospital Bouquet Roldán; HHH= Hosp. H Heller

G) Servicios Generales

	NC	HCR	ZM	C. de S.	HBR	HHH	TOTAL
1° 17y18/9		1pers.limpieza 1mantenimien to		1pers.limpieza	1mantenimien to		4
2° 24y25/9		1pers.limpieza		1pers.limpieza	1camillero 1chofer		4
3° 22y23 /10		1chofer	1pers.manteni miento		1pers.limpieza	1camillero	4
4° 29y30/10		1camillero 1pers.manten.			1pers.limpieza	1chofer	4
TOTAL		6	1	2	5	2	16

NC=Nivel Central; HCR=Hospital Castro Rendón; ZM= Zona Metropolitana; C de S= Centros de Salud; HBR= Hospital Bouquet Roldán; HHH= Hosp. H Heller

Otros profesionales(Kinesiología , Fono , Nutrición, Farmacia, etc.)

	HCR	HBR/HHH	TOTAL
1° 17y18/9	1		1
2° 24y25/9			
3° 22y23/10			
4° 29y30/10		1	1
TOTAL	1	1	2

Andrea Macías
Programa de Desarrollo de Bioética
DGCC

**Convocatoria para el Taller de Sensibilización en Bioética según
función y lugar de trabajo**

Zona Sanitaria III, Chos Malal 18 y 19 de octubre de 2001

	ADMINIST.	AGENT SANIT.	BIOQ	ENFER.	MÉDICOS	ODONTÓL.	PSIC/TR.SOC	SERV. GRLS.	TÉCNICOS	TOTAL
Jef. Zna	1									1
Ch. Malal	1		1	1	1		2	1 chofer 1 pers. limpieza/co cina 1 pers. manten.	1	10
Tricao Malal		1		1				1 chofer		3
B. Ranquil/ Barranc.		1		1	1					3
Andacol/ Huing.				1			1	1 pers. limpieza/co cina		3
Las Ovejas Varvarco		1		1		1				3
El Cholar				1	1					2
Total	2	3	1	6	3	1	3	5	1	25

Administ.= administrativos; agent. sanit. = agentes sanitarios; bioq. =bioquímicos; enfer. =enfermeros; psic./tr.soc.= psicólogos/trabajadores sociales; serv.grls. = servicios generales

Andrea Macías
Programa de Desarrollo de Bioética
DGCC

**Convocatoria para el Taller de Sensibilización en Bioética según
función y lugar de trabajo**

Zona Sanitaria IV, Junín de los Andes, 8 y 9 de noviembre de 2001

	Médicos	Bioquím.	Odontól	Psic/TSocial	Enfermeros	A.Sanitarios	Técnicos	Serv.Generales	Administrativos	Total
San Martín D.L.A.	2	1	1	1	2			1personal de limpieza	1	9
Junín D.L.A.	2			1	2	1	1	1personal de limpieza		8
Villa La Angostura/ Traful	1				1			1chofer	1	4
Las Coloradas					1	1		1cocinera		3
Jef.Zona									1	1
Total	5	1	1	2	6	2	1	4	3	25

Andrea Macías
Programa de Desarrollo de Bioética
DGGC

**Convocatoria para el Taller de Sensibilización en Bioética según
función y lugar de trabajo**

Zona Sanitaria V, Plaza Huincul, 15 y 16 de noviembre de 2001

	Médicos	Bioquím.	Odontól.	Psic/TSociales	Enfermeros	A.Sanitarios	Técnicos	Administrativos	Serv.Generales	Total
CutralCo	2			1	2	1	1	1	1chofer	9
Plaza Huincul			1		2		1		1personal de limpieza	5
Piedra del Águila	1				2	1			1chofer	5
Picún Leufú		1			1	1		1	1personal de limpieza	5
Jefatura de Zona								1		1
Total	3	1	1	2	7	3	2	2	4	25

Andrea Macías
Programa de Desarrollo de Bioética
DGCC

**Convocatoria para el Taller de Sensibilización en Bioética según
función y lugar de trabajo**

Zona Sanitaria II, Zapala, 22 y 23 de noviembre de 2001

	Médicos	Bioquím.	Odontól.	Psic/TSociales	Enfermeros	A.Sanitarios	Técnicos	Administrativos	Serv.Generales	Total
Zapala	2			2	1		1	1	2	9
Mariano Moreno			1		1					2
Las Lajas					1	1			1	3
Bajada Del Agrio	1								1	2
Loncopué Caviahue	1				1				1	3
El Huecú					1	1				2
Aluminé		1			1	1				3
Jefatura de Zona								1		1
Total	3	1	1	2	7	3	2	2	4	25

Andrea Macías
Programa de Desarrollo de Bioética
DGGC

**Convocatoria para el Taller de Sensibilización en Bioética según
función y lugar de trabajo**

Zona Sanitaria I , Pottier, 11 y 12 de diciembre de 2001

	Médicos	Bioquim.	Odontól.	Psic./Tr. Sociales	Enferme ros	Ag.Sani tarios	Técnicos	Adminis trativos	Serv.Ge nerales	Total
Centena Rio	1			1	1	1		1		5
Plottier	1	1		1			1		1	5
Senillosa			1		1			1		3
SanPatric del Chañar					1	2			1	4
Rincón de los Sauces	1				1				1	3
El Chocón					1		1		1	3
Jef.ZonaI								1	1	2
Total	3	1	1	2	5	3	2	3	5	25

Andrea Macías
Programa de Desarrollo de Bioética
DGGC

REGLAMENTO GENERAL PARA LOS COMITES DE BIOETICA ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN

ANTECEDENTES

A principios del 2003, y luego de realizar una primera etapa de dos años de duración de sensibilización e introducción a la Bioética, se convocó desde la DGGC y a través de las Zonas Sanitarias, al personal del Sistema de Salud y miembros de la comunidad interesados para participar en la formación de los Comités de Bioética Asistencial (CBA) Para su selección, y continuando con la misma línea de trabajo, se insistió en cada zona sanitaria en reafirmar la concepción de que la salud es un problema de la gente, de la comunidad, y que su destino debe ser discutido conjuntamente con los trabajadores de la salud, sin distinción de funciones. Además, se enfatizó en que no se comparten los criterios elitistas, en cuanto a la composición de los comités, por profesionales universitarios destacados o seleccionados por los niveles de conducción y por alguna "persona educada y culta" que represente a la comunidad, subrayando que este modelo de organización propuesto fue el más aceptado por los participantes de los cursos y talleres de los dos años anteriores.

Teniendo en cuenta las características de nuestro sistema de salud en cuanto a organización por niveles de complejidad y modalidad de referencia y contrarreferencia, se propuso como alternativa práctica a los clásicos comités hospitalarios, la posibilidad de conformar comités zonales, con área de influencia en toda la zona sanitaria.

En respuesta a la convocatoria y como corolario de casi tres años de trabajo, se formaron seis comités: cinco zonales, en las zonas metropolitana, uno, tres, cuatro y cinco. En la zona dos se formó, a propuesta de los participantes, un comité en el hospital Zapala (no zonal). En el Hospital Castro Rendón se había formado por fuera de este proyecto, un comité convocado por la dirección de dicho hospital, aunque su actividad se discontinuó durante el 2003. En la mayoría de los casos se pudo cumplir para la selección de los miembros con la concepción propuesta por este proyecto.

Durante el 2003 el personal de salud y miembros de la comunidad seleccionados concurren al Curso de Bioética Clínica, organizado por el Programa Bioética de la DGGC en conjunto con la Cátedra de Bioética de la Escuela de Medicina de la UNC, en donde se capacitaron en los temas fundamentales de la bioética clínica, para aplicarlos en el desarrollo de los Comités de Bioética Asistencial.

En la primera mitad del 2004 cumplieron los requisitos determinados por el Programa de Bioética para ser confirmados como miembros del CBA, siendo necesario contar con un reglamento provincial que normatice y unifique su funcionamiento.

DEFINICIÓN

Llámesse Comité de Bioética Asistencial, a un grupo interdisciplinario de conformación heterogénea, al servicio de los usuarios y personal de las instituciones sanitarias, que

integra las diversas visiones morales de su entorno con el único límite del respeto por la dignidad humana y los derechos humanos fundamentales, creado para cumplir la función de capacitar, asesorar, consultar y debatir los temas éticos que puedan surgir en la atención de la salud, no sustituyendo en modo alguno la decisión clínica de los profesionales actuantes.

MODALIDADES DE CBA

Teniendo en cuenta las características de nuestro Sistema de Salud, se aceptan dos modalidades de CBA:

CBA Zonal: integrado por personas de los distintos centros asistenciales dependientes de una zona sanitaria. El área de influencia de las diversas funciones de estos comités se extenderá a todos los establecimientos de la zona.

CBA Institucional: sus integrantes, así como sus funciones, se acotarán al centro asistencial al cual pertenezcan, aunque cada comité podrá decidir si acepta realizar actividades para otros establecimientos que lo soliciten y no cuenten con este recurso.

CONFORMACIÓN

Inicial: La conformación inicial de los CBA se realizó en marzo de 2003, por convocatoria de las zonas sanitarias según lo detallado en la sección "antecedentes", con la obligación de asistir para su capacitación inicial al Curso de Bioética Clínica, organizado por la DGGC para tal efecto. La confirmación como miembros del CBA se realizó en el 2004 luego de cumplir con los requisitos determinados por el Programa de Bioética para tal fin

Ulterior: para la conformación de nuevos comités en los centros asistenciales del Sistema de Salud que así lo requieran, los interesados deberán elevar la propuesta a consideración de la dirección/ jefatura de la institución y, además, se deberá informar sobre la inquietud al Programa de Bioética de la Subsecretaría de salud. Para su constitución como Comité de Bioética Asistencial, deberá reunir los criterios establecidos por el Programa de Bioética del nivel Central en referencia a permanencia, integración, capacitación y ejercitación en su tarea consultiva, así como su integración a la red Provincial de CBA.

DEPENDENCIA

El CBA será un grupo interdisciplinario que funcionará, dentro del ámbito de un centro asistencial o de la zona sanitaria perteneciente a la Sistema Provincial de Salud, con una dependencia institucional de la Dirección o Jefatura según corresponda, quienes que deberán garantizar:

- a) La independencia operativa necesaria para preservar la ecuanimidad de su juicio, la representación de los intereses del paciente y el reaseguro de constituir un espacio para la discusión y reflexión abierta y sin restricciones ideológicas o sectoriales
- b) Los recursos humanos, físicos y económicos necesarios para su desempeño.

Los miembros de los CBA deberán tener total independencia en el ejercicio de sus funciones. De este modo no podrán sufrir ningún tipo de presión por parte de sus superiores jerárquicos o por los interesados en determinados temas, debiendo no estar sujetos a conflictos de intereses y excusarse de participar si se plantea esta situación

El CBA tendrá una relación directa con el Programa de Desarrollo de Bioética de la Subsecretaría de Salud, en todo lo referente a asesoramiento, contenidos y metodología en Bioética, así como a normativas institucionales y reglamentaciones vinculadas a la temática y en el seguimiento de la marcha del Proyecto de Comités de Bioética Asistencial, a fin de asegurar el funcionamiento orgánico y el cumplimiento de los criterios de conformación para los CBA pertenecientes al Sistema de Salud Provincial, siendo esto opcional para las instituciones privadas.

El CBA integrará la Red de Comités de Bioética de la Pcia. de Neuquén como miembro de la misma.

INTEGRANTES

El número de miembros se establece entre un mínimo de 5 y un máximo de 15, manteniendo siempre el carácter interdisciplinario del mismo. Podrá ser miembro del CBA cualquier integrante del Sistema de Salud de la institución o zona sanitaria, en actividad o jubilado, que manifieste un interés genuino en la Bioética y se comprometa con la modalidad de funcionamiento del CBA esto es, dialogo abierto, libertad de conciencia y tolerancia. Del mismo modo deberá comprometerse en asistir a las reuniones y actividades del grupo.

Los miembros del comité no pueden actuar en su seno como representantes de grupo de opinión política, religiosa, social o de sectores de la institución y deberán respetar, en todos los casos, la confidencialidad de la información a la que tengan acceso. Además, ningún miembro podrá actuar como representante del comité salvo designación específica emanada del mismo.

Constituido el grupo institucional es recomendable la incorporación de personas con incumbencia en otras áreas como filosofía, abogacía, sociología, antropología, etc.; o que desarrollen tareas en otros ámbitos con los que habitualmente interactúan las instituciones del sistema sanitario como educación, subsector privado, etc. Será asimismo obligatoria la representación de la comunidad a través de algunas personas ajenas a las instituciones de salud que aportarán las opiniones y puntos de vista de usuarios, familiares y personas sin especiales conocimientos en salud pero que expresen la visión de quienes se sientan efectiva o potencialmente involucrados en la atención sanitaria de nuestro sistema de Salud. El personal del Sistema de Salud deberá tener mayoría.

Requisitos para los nuevos miembros del Comité

Para ingresar como nuevo integrante del Comité el interesado presentará una solicitud mediante nota dirigida al comité y se realizará una entrevista con el 50% de los miembros del comité como mínimo.

En caso de rechazar una postulación, el Comité deberá justificar por escrito su decisión, la cual deberá estar debidamente fundada y avalada por todos los miembros del mismo. Si el rechazo se debe solamente a que se supera el número de 15 establecido por este

reglamento, se pasara a elaborar una lista de espera hasta que se produzca una vacante, llamando al primero de la lista al producirse la misma.

Participantes externos

Se podrá aceptar la concurrencia de participantes externos (residentes, estudiantes, personal de otras instituciones, personas de la comunidad, etc.) que deseen participar de las reuniones con el objetivo de conocer su funcionamiento. Los interesados deberán pedir autorización para participar por nota dirigida al coordinador del CBA, fundamentando su solicitud. La aceptación del postulante deberá ser por voto unánime de los miembros del comité.

Los participantes externos tendrán las mismas obligaciones que los miembros en cuanto a modalidad del debate y confidencialidad de la información a la que tengan acceso aunque no tendrán derecho a voto.

No podrán ser miembros o participantes externos del comité:

- Quien incurriera en conducta reprochable en el establecimiento de salud debidamente probada por resolución de sumario o investigación administrativa.

- Grave falta de ética en el ejercicio de su profesión, debidamente probada por resolución de sumario administrativo o la justicia.

- Quien se encontrara con iniciación de sumario o procedimiento judicial será separado transitoriamente del Comité hasta tanto se resuelva lo que lo motivó.

- Aquella persona cuya conducta se encuentre objetada por organismos de derechos humanos reconocidos nacionales o internacionales.

ESTRUCTURA

El CBA contará con un Coordinador y un Subcoordinador cuyas incumbencias serán:

1. Del Coordinador

El Coordinador será elegido por votación de los miembros del CBA y deberá ser personal de planta del Sistema de Salud con conocimientos generales en Bioética y del funcionamiento de un comité.

El mandato del coordinador se renovará cada dos años, pudiendo ser reelegido en forma indefinida.

Será responsabilidad del coordinador organizar y evaluar el funcionamiento del CBA, difundir la información entre los miembros del comité, archivo de materiales científicos, documentaciones, comunicaciones y correspondencia del Comité.

Será el responsable de coordinar la elaboración y elevar, entre los meses de marzo y abril un Programa Anual de Actividades y en diciembre un informe y evaluación de las actividades realizadas.

Del Subcoordinador

Las condiciones para su elección y permanencia en el cargo serán las mismas que para el coordinador y asumirá las funciones de este último en su ausencia

DE LOS CONSULTORES

El comité podrá requerir los servicios de consultores tanto internos (del Sistema de Salud) como externos (particulares, otras instituciones) cuando el tema así lo requiere e incorporarlo transitoriamente a sus deliberaciones, teniendo como referentes a los integrantes del Programa de Desarrollo de la Bioética del Nivel Central.

Del mismo modo, en casos específicos que así lo requieran, podrá contarse con asesoramiento religioso teniendo en cuenta la libertad de conciencia y de cultos.

DEL REGISTRO DE ACTAS

Será obligatorio llevar un registro de actas de las reuniones del comité, el cual será realizado por todos sus miembros en forma rotativa o por los que se ofrezcan en forma voluntaria.

FUNCIONES DEL CBA

El CBA tiene tres funciones principales

Función Educativa

El CBA llevará adelante un plan de autoformación en Bioética y de capacitación institucional, promoviendo y difundiendo la disciplina en todo el ámbito de la institución y la comunidad a la que asiste.

Será función del comité el de formar a los nuevos integrantes y establecer los criterios para que puedan participar en la función consultiva.

Los miembros del comité deberán, además, participar de las actividades de la Red Provincial de CBA, como instancia para capacitación continua, intercambio de experiencias y compartir actividades intercomités.

Función Normativa

Difundirá normas internacionales y nacionales en temas de Bioética y promoverá la discusión para establecer normativas locales sobre temas particulares.

Participará además del análisis de los aspectos éticos de otras normativas institucionales ya existentes o nuevas.

Función Consultiva

El Comité se ejercitará en el debate, procedimientos de toma de decisión y resolución de conflictos con casos paradigmáticos y de archivo, inicialmente, hasta terminar su etapa de autoformación a partir de cuando resolverá consultas sobre casos abiertos de las instituciones consultantes.

Los criterios para que un Comité pueda desarrollar la función consultiva serán previamente establecidos por el Programa de Desarrollo de Bioética. Sin cumplimentar estos criterios sólo cumplirá la función educativa.

La modalidad de la función consultiva con casos abiertos será en todos los casos de carácter opcional- opcional, siendo esto incluido en el Reglamento interno de cada institución.

Deberá en todos los casos resguardar la confidencialidad de los datos.

El CBA no trabajará en:

- Problemas de responsabilidad, mala praxis o negligencia profesional y otros temas de deontología o disciplinarios.
- Resolución de problemas interpersonales o de servicios.
- Resolución de cuestiones de carácter gremial o político que afecten intereses sectoriales.
- Problemas de carácter legal, no vinculados a legislaciones en Bioética
- El Comité no tomará decisiones ni implementará normativas de cumplimiento obligado.
- No refrendará órdenes o disposiciones de carácter político, gremial o institucional que respondan a intereses sectoriales.
- No responderá como grupo a intereses particulares o de sectores que limiten la representación y participación pluralista.
- El CBA no podrá realizar la evaluación ética de los protocolos de investigación en seres humanos salvo para el análisis de las variables locales del proceso de consentimiento informado y solo bajo solicitud de la Comisión Asesora para la Evaluación de los Protocolos de Investigación Biomédica en Seres Humanos. En ningún caso su recomendación será vinculante.

DEL QUORUM

Para el análisis de casos abiertos y emitir su correspondiente recomendación deberán estar presentes por lo menos el 50% de los miembros del comité.

ACUERDOS, RECOMENDACIONES y RESOLUCIONES

Las recomendaciones de los CBA no tendrán carácter vinculante y no eximirán de responsabilidad ética y legal al personal interviniente ni a las autoridades de la institución. Deberán ser informadas por escrito con su correspondiente fundamentación y firmadas por todos los miembros del CBA. Podrán ser tomadas por unanimidad o, en el caso de no llegar a un acuerdo, se deberá informar sobre las diferentes posturas y quienes sostienen cada una.

En todos los casos los acuerdos y resoluciones serán comunicados por escrito, firmados por todos los miembros del comité presentes en las deliberaciones.

DEL TIEMPO INSTITUCIONAL

El tiempo institucional otorgado a los miembros de los CBA pertenecientes al Sistema de Salud para las actividades del mismo, deberá ser de dos medias jornadas mensuales como mínimo y de tres para el coordinador y para el subcoordinador en caso de ausencia del primero. El número mínimo de asistentes a las reuniones de la Red de CBA será de tres por comité.

DE LAS REUNIONES EXTRAORDINARIAS

Podrán ser convocadas únicamente para tratar temas de gravedad institucional que requieran una atención especial, o para el tratamiento de modificaciones del reglamento interno. Estas reuniones solamente podrán ser convocadas por el coordinador o por mayoría absoluta de los miembros del comité.

DE LAS RETRIBUCIONES

Las actividades de los miembros del comité serán "ad honorem". Solamente se contemplará el pago de los gastos generados en el cumplimiento de las tareas.

DEL REGLAMENTO INTERNO

Cada CBA deberá redactar su propio reglamento en el marco de las consideraciones generales que establece esta norma.

Deberá incluir:

Frecuencia, duración y lugar de las reuniones: mínimo mensual: ocho horas mensuales en una sola jornada o divididas como cada CBA considere más conveniente.

Asistencia: cada comité deberá establecer un porcentaje de asistencia obligatorio a las reuniones así como las razones que justifiquen las ausencias para no cumplir con dicho porcentaje.

El no cumplimiento en la asistencia mínima requerida sin causa justificada será causal de separación del comité.

DE LA DISCIPLINA

Un miembro del CBA podrá ser removido de su lugar por decisión unánime de los miembros del CBA debidamente fundada.

Serán causas para separar a un miembro del Comité.

- Faltas reiteradas y sin justificación a las reuniones
- Incumplimientos reiterados del programa planteado por el Comité.
- Conducta reprochable del profesional en el establecimiento de salud debidamente probada por resolución de sumario o investigación administrativa.
- Grave falta de ética en el ejercicio de su profesión, debidamente probada por resolución de sumario administrativo o la justicia.
- Falta al resguardo de la confidencialidad de la información en el ámbito del CBA, en particular en la discusión de casos tanto abiertos como de archivo.
- Aquella persona cuya conducta se encuentre objetada por organismos reconocidos de derechos humanos nacionales o internacionales.
- Quien se encontrara con iniciación de sumario o procedimiento judicial deberá ser separado transitoriamente del Comité hasta tanto se resuelva lo que lo motivó.

En todos los casos las resoluciones serán comunicadas por escrito, firmadas por todos los miembros del comité.

Red Provincial de CBA
Programa de Desarrollo de Bioética

Nota de reflexión sobre la crisis del SSPN del 2005

Desde hace más de 4 años se está trabajando en la Subsecretaría de Salud en el Programa de Desarrollo de Bioética, del que resultó la formación de seis Comités de Bioética Asistencial (CBA): cinco zonales, en las zonas metropolitana, uno, tres, cuatro y cinco. En la zona dos se formó, a propuesta de los participantes, un comité en el hospital Zapala (no zonal). En el Hospital Castro Rendón funcionaba desde 1994 y con anterioridad a este programa, un Comité Hospitalario de Bioética. Todos ellos conforman la Red Provincial de CBA cumpliendo con actividades regulares hasta la actualidad con alto grado de motivación y dedicación a la tarea. Además, también se redactó un reglamento que regulara las actividades de los CBA consensuado por los mismos, en el cual se establece: "Llámesese Comité de Bioética Asistencial, a un grupo interdisciplinario de conformación heterogénea, al servicio de los usuarios y personal de las instituciones sanitarias, que integra las diversas visiones morales de su entorno con el único límite del respeto por la dignidad humana y los derechos humanos fundamentales....."

Como vemos, los derechos humanos son el marco de referencia moral sobre el que se fundamenta el debate bioético en conexión con seis valores trascendentales para la bioética que son: vida - identidad, integridad - libertad, salud - bienestar. Como señala Juan Carlos Tealdi, uno de los más reconocidos bioeticistas argentinos y latinoamericanos "una bioética de los derechos humanos no debe dejar de exigir el reconocimiento institucional de aquellas acciones moralmente indicadas que al no realizarse ponen en discusión derechos humanos básicos". Por otro lado, "es un hecho que en las sociedades pluralistas se ha llegado a una conciencia moral compartida de valores como la libertad, la tendencia a la igualdad y la solidaridad, que se concretan en la defensa de unos derechos humanos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales" cuya característica es la de ser universales, indivisibles e interdependientes. Precisamente porque esos valores son los que dan sentido a la existencia de las instituciones que constituyen un estado democrático, es que éstas pierden legitimidad si no cumplen con su obligación moral y legal de ponerse al frente en la defensa de los derechos humanos.

El 31 de mayo pasado, en el contexto de un reclamo salarial pacífico que ya lleva nueve meses, nuestros compañeros trabajadores de la salud junto con los de educación fueron agredidos físicamente por la policía, institución del estado provincial que, como tal, debería paradójicamente velar por su protección.

Es con esta breve reflexión que la coordinación de la Red Provincial de CBA quiere contribuir al debate sobre la vulneración por parte del estado provincial de los derechos humanos fundamentales en los episodios del 31 de mayo y que, además, fundamenta el reclamo a las autoridades de la subsecretaría de salud como representantes del gobierno provincial, y a los niveles de conducción de los establecimientos que integran el sistema sanitario que cumplan, cada uno desde el lugar que le corresponda, con su obligación moral y legal de exigir, garantizar y defender con acciones concretas, la protección de la integridad física, expresión del derecho humano fundamental que es el derecho a la vida, de los trabajadores de las instituciones de la salud, que no son "el recurso humano" sino más bien "son" las instituciones mismas y sin

los cuales el estado no puede garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos. De no hacerlo, perderían legitimidad todos los programas y acciones que se encaren desde el sistema de salud al debilitarlas en su fundamento moral, proceso que ya ha comenzado a sentirse en los diferentes niveles del mismo.

Sin la defensa de los derechos humanos, de rango constitucional en nuestra provincia y en nuestro país, se pierde el marco de referencia moral que fundamenta la existencia de las instituciones en un estado democrático.

Andrea Macías
Coordinadora de la
Red de Comités de Bioética Asistencial
Junio 2005

Conclusiones de la Reunión de Red de CBA.

Hospital Cutral C6 - Plaza Huincul, 15 de mayo de 2007

Se realizó en el Hospital de Cutral C6 - Plaza Huincul la primera reunión del año 2007 de la Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial (CBA), en la cual se reflexionó sobre la crisis que atraviesa nuestro Sistema de Salud Público (SSPN) y la función de los CBA durante la misma. Si bien surgieron dudas acerca del rol que nos compete a los Comités en este conflicto, tenemos la certeza que podemos brindar algunos aportes desde la bioética, para enriquecer la discusión y argumentación en el mismo.

Con un abordaje desde la bioética, el debate giró alrededor de los siguientes ejes conceptuales:

- Los **valores** de GRATUIDAD, IGUALDAD / EQUIDAD y UNIVERSALIDAD sobre los que se ha venido sustentando el SSPN
- La existencia de **hechos** en la última década, que generan la percepción de un cambio de modelo, desde uno basado en una idea de la Salud como bien social, hacia otro en el cual las decisiones sanitarias están orientadas, mayoritariamente, según un criterio de mercado y con el lucro como objetivo y fin último.
- El gran aumento del financiamiento de la salud privada por parte del Estado en perjuicio del sostenimiento del SSPN; la terciarización de servicios; el pago diferencial, siguiendo una lógica de mercado, para prestaciones que requieren un mismo nivel de capacitación; el gran desvío de fondos, a través de créditos de financiación pública, para la compra de tecnología y las derivaciones de pacientes a centros privados, son claras señales que nos muestran la decisión política de cambiar el modelo de salud en el cual se privatiza la ganancia mientras que se socializa el gasto. Al financiar la demanda se promueve, entre otras consecuencias, el consumismo sanitario por parte de la población, guiada por una lógica de marketing frente a las reales necesidades de salud.
- El financiamiento de la demanda en salud, como por ejemplo, a través de un seguro nacional, supone también llevar a la práctica el segundo modelo. Garantizando un pequeño paquete de atención no se garantiza la igualdad para aquellos que necesiten gastos de salud mayores y/o diferentes.
- Nuestro compromiso es con el primer modelo de salud basado, insistimos, en la gratuidad, igualdad y universalidad reflejo del respeto por la dignidad humana como fundamento último de todas las acciones de salud. Basado también, en la estrategia de atención primaria y en el **principio de necesidad** como criterio para la asignación de recursos y no en la capacidad de pago. Este nuevo modelo que se intenta imponer, no responde ni respeta esos valores, que garantizan la efectivización del **derecho de los ciudadanos a la atención sanitaria**, sino que la considera como un negocio más, sujeto a leyes de oferta y demanda y la maximización del lucro.

- Si bien tenemos más interrogantes que respuestas, entendemos que el camino es el de aportar ideas y argumentos que ayuden a la reflexión en este tema. La discusión sobre cuáles son los valores que deben fundamentar un sistema de salud es ética, y por ende lo es la discusión sobre qué acciones reflejan el respeto a dichos valores.

Consideramos, por último, que cada vez más se vulneran los derechos humanos fundamentales aumentando la inequidad, con la existencia de políticas que agudizan la crisis. Frente a esta realidad creemos que es importante la necesidad de sostener las reuniones de la Red, conservarlas como espacio de reflexión, debate y generador de ideas capaces de disminuir la inequidad, con los derechos humanos como marco de referencia ético y en la concreción de un sistema social más justo.

Red Provincial de CBA
Programa de Bioética
Mayo 2007

BIBLIOGRAFÍA

- Casado, María. *Las leyes de la Bioética*, Barcelona, Ed. Gedisa. 2004
- Sadaba, Javier. *Principios de Ética Laica*, Barcelona, Ed. Gedisa. 2004
- Valls, Ramón. *Ética para la Bioética*, Barcelona, Ed. Gedisa. 2003
- Luna, Florencia; Salles, Arleen. *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Buenos Aires. Ed. Sudamericana. 1995
- Luna, Florencia; Salles, Arleen. *Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires. Ed. Sudamericana. 2000
- Gracia, Diego. *2- Bioética clínica*. Bogotá. Ed. El Búho. 1998
- Casado, Maria. *Las leyes de la bioética*. Barcelona Ed. Gedisa. 2004
- Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid, Tecnos, 1998
- Werner, David. *Donde no hay doctor*. México. Ed. Pax, 1996
- Kroeger Axel y Luna Rolando. *Atención primaria de la salud*. México. Ed. Pax, 1987.
- Tealdi, Juan Carlos; Mainetti José Alberto. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de la salud, Vol. 108, Nos 5 y 6, OPS. OMS., Washington, 1990.
- Berlinguer Giovanni. *Ética de la salud*. Buenos Aires. Lugar Editorial, 2003.
- Guía Nro. 2. *Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*. Paris. UNESCO 2006.
- Lipovetsky, Pilles. *El crepúsculo del deber*. Barcelona. Ed. Anagrama, 1994.
- Blanco, Luís Guillermo (comp.). *Bioética y Bioderecho: cuestiones actuales*. Buenos Aires. Ed. Universitaria 2002.
- Dabas Elina y Najmanovich Denise (comp.). *Redes El lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires, 1995.
- Kliksberg Bernardo (comp.). *La agenda ética pendiente de América Latina*. Buenos Aires, 2005.
- Casado, Maria (comp.). *Nuevos materiales de bioética y derecho*. México. Ed. Fontamara, 2007.
-