



ÁREA DE ÉTICA, DERECHOS Y BIENES PÚBLICOS GLOBALES

PROGRAMA DE BIOÉTICA

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

TESIS:

Comités Hospitalarios de Ética (CHE) en Catamarca

Estudiante: Eduardo Román Gordillo

Director académico: Dr. Ángel Alejandro Ruidrejo

Catamarca, 2024.

Resumen

Este estudio indaga sobre la existencia de los Comités Hospitalarios de Ética (CHE) en Catamarca en el marco de la Ley provincial N° 5.057/2001. Primeramente, se problematiza la denominación y la estructuración de los CHE. Se parte de los antecedentes de estudios sobre el tema, y luego, se revisa lo dicho sobre sus funciones y funcionamiento, considerando los aportes de las éticas del cuidado y de las perspectivas feministas, así como los vínculos entre la bioética y la biopolítica. La confluencia de dichas perspectivas favorece la pregunta acerca de cómo pasar de la construcción interdisciplinaria de los CHE (Tealdi 1991) hacia un replanteo intercultural de su estructura y método. El trabajo de campo permitió corroborar la inexistencia de CHE, hasta entonces, en Catamarca, aunque se registraron varios intentos de conformación. Las opiniones sobre los CHE señalan la importancia de este tipo de cuerpo colegiado, mencionando como un escollo su carácter ad honorem. Respecto a la expectativa del tipo de intervención de los CHE, se valora positivamente su carácter interdisciplinario. Sin embargo, se ve conveniente y necesaria una apertura a la comunidad en su composición.

Índice

<i>Resumen</i>	2
<i>Introducción</i>	4
<i>Acerca de la denominación “Comité Hospitalario de Ética” (CHE)</i>	8
<i>Para una genealogía de los CHE en Argentina</i>	14
<i>Marco legal general sobre CHE a nivel país</i>	18
<i>Algunos antecedentes de estudios sobre el surgimiento y organización de los CHE en la República Argentina</i>	22
<i>Funciones de los CHE</i>	26
<i>Funcionamiento de los CHE: estructura, método, procedimientos y políticas</i>	38
<i>El cuidado, las mujeres, los feminismos y la bioética de los CHE</i>	53
<i>Entre bioética y biopolítica: un replanteo intercultural de los CHE</i>	56
<i>El contexto sanitario en la provincia de Catamarca</i>	67
<i>La ley provincial de comités hospitalarios de ética y normativa vinculada</i>	72
<i>En torno al abordaje, el método y la metodología</i>	74
<i>Acercamiento a la realidad local de los CHE en Catamarca</i>	77
<i>Entrevistas sobre los CHE en Catamarca</i>	82
<i>Análisis de las respuestas a las entrevistas sobre los CHE en Catamarca</i>	86
<i>Reflexiones de cierre y apertura</i>	108
<i>Referencias bibliográficas:</i>	114
<i>Bibliografía:</i>	119
<i>ANEXO I: Modelo de entrevista</i>	124
<i>ANEXO II: Modelo de Consentimiento Informado para la entrevista</i>	126
<i>ANEXO III: Desgrabación de las entrevistas</i>	129

Introducción

El presente trabajo responde a la inquietud, surgida durante la formación recibida en el cursado de la Maestría en Bioética, sobre la realidad de la bioética en Catamarca. Más precisamente, luego de haber conocido la existencia de la Ley N° 5.057, se formuló como pregunta acerca de la existencia y funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Ética en el territorio provincial.

La primera cuestión fue conocer cómo se ha llegado a generalizar el uso de la denominación “Comité Hospitalario de Ética (CHE)” en el país, y qué tipo de correspondencias es posible establecer con las denominaciones y definiciones propuestas por organismos internacionales. Para abordar la cuestión de la conformación de los CHE, se recurrió a la propuesta de modelos posibles, elaborada por Tealdi & Mainetti, que distingue entre un modelo de comité ético-praxiológico, otro de un comité jurídico-científico, y luego de un comité deontológico-técnico.

Seguidamente, al analizar el marco legal, se evidencia que sólo dos provincias regularon este tema antes de la sanción de la Ley nacional. Y la gran mayoría de las restantes provincias lo hicieron en adhesión a esta última. Se advierte, por otra parte, que en algunos estados provinciales se prioriza la constitución de comités de ética en investigación. Por lo que cabe preguntar si se trata de decisiones políticas o de un resultado de la ambigüedad a la hora de definir los tipos de comité. Por su parte, UNESCO ofrece sus guías, justamente, para incentivar la creación de comités y orientar su funcionamiento.

En cuanto a los antecedentes de la temática, Juan Carlos Tealdi sugiere considerar las funciones de los CHE como guía en la constitución y desarrollo de los mismos. Florencia Luna (2019) señala que la ambigüedad respecto a la distinción entre comités de ética clínica y comités de ética de la investigación en las normas repercute en el hecho de que constantemente se superponen entidades de esta índole en una misma institución sanitaria. No obstante, Patricia Digilio (2004) hace evidente que la implementación de políticas públicas sobre comités hospitalarios de ética ha impactado positivamente en la realidad, ya que se pudo constatar la dinámica de expansión, constitución, desarrollo y comunicación de dichos comités en gran parte del territorio nacional. Silvia Rivera (2007) proporciona una perspectiva micro, desde la vida institucional hacia una apertura a la comunidad, centrada en la cualidad ético-dialógica de los comités y sus potencialidades. A ello se suman los aportes de Gonorazky (2008), Sabio & Bortz (2015), y Galati (2017) en lo atinente a la eficacia, eficiencia e impacto de los comités de ética de la investigación.

Acerca de las funciones de los CHE, la revisión de la literatura permite reconocer que la función consultiva es la que siempre ha tenido mayor preponderancia, y sin embargo ello mismo plantea críticas y advertencias. Las funciones educativa y normativa se han visto supeditadas a ella, pero en los últimos tiempos se ha destacado la importancia de la armonía y el equilibrio entre las tres funciones. De estas últimas, se ve como un ámbito relevante el de la función educativa ya que permite la apertura de los comités a la realidad social y política.

En cuanto al funcionamiento de los CHE se considera la propuesta de Tealdi (1991) que los redefine como una estructura inestable que necesita una metodología dialéctica, recuperando niveles de extrañamiento característicos de la identidad bio-psico-socio-cultural del ser humano. A ello deben colaborar tanto las ciencias humanas y sociales, como la literatura y el arte, pero, sobre todo, la filosofía. De lo contrario, la constitución de un CHE aparecerá siempre como una amenaza a la identidad de sus miembros, en la medida que su metodología no respete el componente universal de los sujetos que lo integran y el carácter genérico pre-verbal de las reglas que los unen. Pero también se toma en cuenta la perspectiva de las Guías de la UNESCO (2005; 2006) que se centran en un abordaje pragmático dirigido a procesos, procedimientos y políticas concretas para el establecimiento y duración de comités de bioética.

Luego se recurre a los aportes de la ética del cuidado y de la ética feminista, en tanto posturas no exclusivamente latinoamericanas, y a las corrientes surgidas en esta región, denominadas bioética de protección y bioética de intervención, porque plantean una crítica a la hegemonía de las perspectivas principistas. La recurrencia a otros criterios diferentes a los principios morales, como la relacionalidad interpersonal, el reconocimiento de la diversidad en las perspectivas de análisis y de intervención que proporcionan las mujeres y las minorías, la necesidad de compensar las situaciones de vulnerabilidad y dependencia hasta que las personas y comunidades puedan ejercer por sí mismas su autonomía, la importancia de intervenir en las coyunturas políticas para garantizar la accesibilidad, la participación, y la defensa de los derechos humanos en cuestiones vinculadas

a la vida, la salud y la ecología, todo eso impacta en la creación e implementación de comités de bioética, y especialmente de Comités Hospitalarios de Ética.

Finalmente, se presentan y analizan los datos recabados del sistema sanitario catamarqueño, respecto al tema de los CHE, desde una perspectiva genealógica. Las entrevistas permiten trazar una descripción del cuadro situacional referido a la ejecución de lo establecido por la Ley provincial de Comités Hospitalarios de Ética, a la vez que sugieren líneas de análisis e intervención para discutir políticas públicas de salud a futuro.

Acerca de la denominación “Comité Hospitalario de Ética” (CHE)

El estudio de los Comités Hospitalarios de Ética en la provincia de Catamarca amerita, en primera instancia, atender cómo se ha llegado a generalizar el uso de esa denominación en el ámbito nacional y cómo se vincula con las denominaciones y definiciones propuestas a nivel internacional.

En 1990, Juan Carlos Tealdi y José Alberto Mainetti usan en el título de un famoso artículo la denominación “comités hospitalarios de ética”¹ que es la manera generalizada desde entonces para nombrar este tipo de cuerpo colegiado. En dicho texto, los autores definen a los CHE como “grupos interdisciplinarios que se ocupan de la docencia, investigación y consulta asociadas con los dilemas éticos que surgen durante la práctica de la medicina hospitalaria” (Tealdi & Mainetti, 1990:431). La ley N° 24.742, sancionada en 1996, mantiene el uso del mismo nombre: “comités hospitalarios de ética”.

8

En 1998, Florencia Luna y María Julia Bertomeu escriben el artículo titulado “Comités de ética en la Argentina”² donde señalan que dichas entidades fueron creadas en el país siguiendo el modelo del Instituto Kennedy (Georgetown, EE.UU.), aunque señalan que en la legislación no se realiza la distinción entre comités de ética clínica y comités de ética de investigación. En ese sentido, optan por una denominación genérica “comité de ética” que

¹ Tealdi, Juan C. & Mainetti, José A. (1990) “Los comités hospitalarios de ética”. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) [Pan American Journal of Public Health]; 108 (5-6), mayo-junio 1990. Washington DC, EE.UU. pp.431-438.

² Luna, Florencia & Bertomeu, María Julia (1998) “Comités de ética en la Argentina”. En: <https://es.scribd.com/document/464113926/Luna-Bertomeu-Comites-de-Etica-en-Argentina-1998>

engloba a la usada por Tealdi & Mainetti y la Ley mencionada. Los comités de ética de investigación tienen poder de veto, ya que velan por los individuos y poblaciones vulnerables que pueden ser objeto de abuso durante las investigaciones, como ocurrió en los crímenes de guerra nazis. En cambio, los comités de ética clínica buscan las mejores alternativas posibles para resolver “situaciones altamente conflictivas en la práctica médica cotidiana” (Luna&Bertomeu 1998:3), pero no tienen poder de veto.

Posteriormente, en 2019, Florencia Luna³ complejiza más la cuestión, distinguiendo tres tipos de comités que pueden coexistir en un hospital o institución sanitaria. El primero, denominado “comité de expertos”, constituido principalmente por profesionales de la medicina, es el más tradicional y se dedica a analizar el diagnóstico, pronóstico o tratamiento de determinadas enfermedades o casos complejos. Luego está el “comité de ética de la investigación” (llamado también “comité de bioética”), que se encarga de analizar y evaluar los protocolos de investigación y el consentimiento informado de los sujetos participantes en una investigación. Y, finalmente, el “comité de ética clínica” (llamado también “comité de ética” o “comité de ética hospitalaria”), que tiene como tarea el análisis de casos clínicos que plantean problemas morales. Los dos últimos tipos pueden presentar una conformación interdisciplinaria. No obstante, en el país la creación de comités recurre a una diversidad de denominaciones, con la esperable preponderancia de la instituida por la Ley, es decir: “Comités Hospitalarios de Ética”.

³ Luna, Florencia. (2019) “Comités de ética”. Clase 7. Bloque I. Maestría en Bioética: Introducción a la bioética y a los comités de ética, FLACSO Argentina, disponible en flacso.org.ar/flacso-virtual

A nivel internacional, se sugiere otro tipo de nominación específicamente referida a la bioética. En 2005 la UNESCO publica la *Guía N° 1 [sobre] Creación de Comités de Bioética*⁴, en la que se distinguen cuatro tipos de Comité de Bioética: los Comités de bioética de carácter normativo o consultivo (CNC), los Comités de asociaciones médicas profesionales (AMP), los Comités de ética médica u hospitalaria (CEH) y los Comités de ética en investigación (CEI).

Los Comités de bioética de carácter normativo o consultivo (CNC) buscan “establecer políticas sólidas en el ámbito científico y médico para los ciudadanos de los Estados Miembros” (UNESCO 2005:22). Los Comités de asociaciones médicas profesionales (AMP) o de asociaciones de enfermeras/enfermeros, controlan la idoneidad de las prácticas profesionales de atención al paciente. Los Comités de ética médica u hospitalaria (CEH) procuran el mejoramiento de la atención a los pacientes “en los hospitales, clínicas de consulta externa o ambulatoria, centros de cuidados crónicos o a largo plazo y hospicios” (UNESCO 2005:22). Sus miembros provienen de diversas disciplinas (científicas/os, médicas/os, enfermeras/enfermeros, administradoras/es del hospital, abogadas/os, expertas/os en bioética, trabajadoras/es sociales, profesionales de las ciencias sociales y el clero), y “se encarga de examinar casos de pacientes y cuestiones de mayor alcance relacionadas con la bioética y el derecho médico con vistas a mejorar la atención” (UNESCO 2005:36). Y los Comités de ética en investigación (CEI) protegen “a los seres humanos que participan en investigaciones

⁴ UNESCO (2005) *Guía N° 1 Creación de Comités de bioética*. Paris, Francia. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa

encaminadas a obtener conocimientos biológicos, biomédicos, conductuales y epidemiológicos susceptibles de ser generalizados” (UNESCO 2005:22).

Es importante destacar que este documento propone la denominación “Comités de Bioética” como una categoría genérica que engloba a los cuatro tipos descriptos. Ello se evidencia en los títulos de las partes que lo conforman: “Retos y tareas relacionados con la creación de comités de bioética”, “Estableciendo comités de bioética en diferentes niveles de gobierno”, “Tipos de comités de bioética en diferentes niveles de gobierno”, “Evaluación de los comités de bioética”, etc. Y, sobre todo, cuando la Guía especifica que:

“El término «comité de bioética» denota un grupo de personas (un presidente y miembros) que se reúnen para abordar cuestiones no sólo factuales, sino también de carácter profundamente normativo. Es decir, que no se reúnen para determinar sin más el *estado de la cuestión* en una determinada esfera de interés. Un comité no se preocupa sólo de la dimensión factual de los datos empíricos; se crea para responder por igual a la pregunta «¿Qué decisión *debo* adoptar y cómo *debo* actuar?» y a la pregunta más general «¿Qué decisión *debemos* adoptar y cómo *debemos* actuar?». De ese modo, pasamos de la ética, que tradicionalmente es una rama de la filosofía, a la política: «¿Cómo *ha de* actuar un gobierno?» (UNESCO 2005:12)

11

De esta manera se introduce, desde el organismo multinacional, una complejización en la concepción de este tipo de cuerpo colegiado con una manifiesta intención de ampliar la perspectiva más allá de los límites propios de las instituciones sanitarias.

En el año 2006, la UNESCO da a conocer la *Guía N°2 [sobre] Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*⁵. Allí se

⁵ UNESCO (2006) *Guía N° 2 Funcionamiento de los Comités de bioética*. Procedimientos y políticas. Paris, Francia. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147392_spa

aboga en pro de que los comités de bioética sean incorporados por ley al ámbito oficial, a fin de garantizar su efectividad, estabilidad y legitimidad. Respecto a la denominación de cada tipo, se pasa del plural descriptivo a un singular abstracto, se incluyen matices semánticos y se evitan las siglas: Comité normativo y/o consultivo, Comité de asociación de profesionales de la salud, Comité de ética asistencial/hospitalaria, Comité de ética de la investigación. Sobre los objetivos y características, se mantiene lo expresado en el documento anterior, agregando que “los comités de ética asistencial fundamentalmente debaten cuestiones de atención centrada en el paciente, mientras que los comités de ética de la investigación abordan las cualidades científicas, el riesgo al que se exponen los participantes y los posibles beneficios para futuros pacientes que no participan como «sujetos» en ensayos clínicos” (UNESCO 2006:8).

En suma, la denominación “Comité Hospitalario de Ética” (CHE), si bien no refleja las últimas modificaciones en el alcance conceptual, funcional, ideológico y político de los equipos interdisciplinarios a los que se refiere, sigue siendo el nombre con el que la legislación nacional y provincial los identifica. Por ende, será usada en general con las especificaciones que amerite cada caso.

**Variaciones en la denominación de los Comités de Bioética
en relación con el ámbito, el alcance y el carácter**

Denominación de Comités a nivel nacional		Denominación de Comités de Bioética a nivel internacional		Ámbito, Alcance y Carácter
Tealdi & Mainetti (1990)	Luna & Bertomeu (1998) + Luna (2019)	Guía 1 UNESCO (2005)	Guía 2 UNESCO (2006)	
Comités Hospitalarios de Ética (CHE)	Comité de expertos [junta médica]			Instituciones sanitarias y/o científicas / Singular / Bioético
	Comité de ética clínica [CEC] [llamado también <i>comité de ética</i> (CE) o <i>comité de ética hospitalaria</i> (CEH)]	Comités de ética médica u hospitalaria (CEM/CEH)	Comité de ética asistencial/hospitalaria (CEA/CEH)	
	Comité de ética de la investigación (CEI) [llamado también <i>comité de bioética</i> (CB)]	Comités de ética en investigación (CEI)	Comité de ética de la investigación (CEI)	
		Comités de Bioética de Asociaciones Médicas Profesionales (AMP)	Comité de asociación de profesionales de la salud (CAPS)	Organizaciones intermedias de la sociedad / Particular / Deontológico
		Comités, Comisiones o Consejos de Bioética de carácter normativo o consultivo (CNC)	Comité normativo y/o consultivo (CNC)	Estados o Regiones / General / (Bio)Político

Cuadro de elaboración propia.

Fuentes: Taldi&Mainetti 1990; Luna&Bertomeu 1998; UNESCO 2005 y 2006; Luna 2019.

Para una genealogía de los CHE en Argentina

En el artículo “Los comités hospitalarios de ética”⁶, Tealdi & Mainetti, describen el surgimiento local de los Comités Hospitalarios de Ética de la siguiente manera:

“El 5 de diciembre de 1984 se creaba el Comité de Ética del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires a raíz de algunos episodios de maltrato médico y de ciertas investigaciones clínicas no evaluadas éticamente.” (Tealdi & Mainetti, 1990:434)

Para explicar el proceso de generación de los comités en Argentina, los autores tipifican tres modelos posibles: el comité ético-praxiológico, el comité jurídico-científico, y el comité deontológico-técnico.

En lo referido al primer modelo, el comité ético-praxiológico, se compone de “*médicos, trabajadores sociales, abogados y teólogos*” (Tealdi & Mainetti, 1990:431), y tiene el propósito de abrir un diálogo para evaluar las “*diferentes opciones terapéuticas aplicables a un determinado paciente*” (Tealdi & Mainetti, 1990:431). El origen de este tipo de comité está en el caso de Karen Quinlan, ocurrido en 1976, que era una joven que se encontraba en estado de coma irreversible, para quien sus padres solicitaban la interrupción de la respiración artificial. La Corte Suprema de Nueva Jersey (EE.UU.) falló sobre el caso tomando en consideración un artículo de 1975 titulado “The physician’s dilemma; a doctor’s view: what the law should be”⁷ publicado por la dra. Karen Teel, donde se sugería la conformación de ese tipo de comité “para abarcar la consideración de los aspectos éticos en la toma de decisiones

⁶ Tealdi, Juan C. & Mainetti, José A. (1990) “Los comités hospitalarios de ética”. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) [Pan American Journal of Public Health]; 108(5-6), mayo-junio 1990. Washington DC, EE.UU. pp.431-438.

⁷ “El dilema del médico; una perspectiva de doctor: lo que debería contemplar la ley” (traducción propia).

del caso”. (Tealdi & Mainetti, 1990:432) Por otro lado, en 1982 nació en Indiana (EE.UU.) un bebé con síndrome de Down, conocido como “Baby Doe” que necesitaba una operación para unir su esófago que estaba dividido. Pero los padres no autorizaron la intervención y la criatura murió a los seis días, mientras el equipo médico trataba de que una corte se pronunciara al respecto. Al año siguiente, en Nueva York (EE.UU.), nació una niña con espina bífida, microcefalia e hidrocefalia, identificada como “Baby Jane Doe”. El equipo médico sugirió a los padres una intervención quirúrgica para evitar infecciones, aunque ello no remediaría las malformaciones. Los progenitores decidieron no realizar la operación, pero una corte dictaminó que se debía hacer. Ellos apelaron y se llevaron a la bebé a su casa sin que se hiciera la intervención quirúrgica. El impacto en la opinión pública de estos casos desembocó en una serie de medidas legales que impulsaron la creación de comités de ética en las instituciones hospitalarias de Estados Unidos.

Con respecto al segundo modelo, el comité jurídico-científico, se caracteriza también por ser multidisciplinario. Principalmente evalúa los protocolos de cada fase de experimentación con sujetos humanos en las investigaciones científicas, a fin de proteger la dignidad y autonomía de las personas involucradas. El surgimiento de este tipo de comité se debe a las consecuencias del juicio a los jerarcas nazis en el tribunal internacional de Núremberg de 1946, condenados por sus crímenes contra la humanidad. Considerando los abusos cometidos en nombre de la ciencia contra la dignidad de las personas, durante los atroces experimentos con prisioneros en los campos de concentración, se proclamó en 1947 el Código de Núremberg “que establecía un decálogo de principios que deberían ser

respetados en casos de experimentación médica sobre seres humanos” (Tealdi & Mainetti, 1990:433). Las recomendaciones de este Código fueron profundizadas en 1961 por la Asociación Médica Mundial a través del Código de Ética en experimentación humana que, a su vez, fue desarrollado en las Declaraciones de Helsinki (1964) y Tokio (1975) de la Asamblea Médica Mundial, consolidando a nivel mundial los comités de investigación (conocidos por su denominación en inglés: *research ethics committees*).

En lo atinente al tercer modelo, el comité deontológico-técnico, se distingue porque sus miembros son exclusivamente médicas/os. Se encarga de la evaluación deontológica del desempeño de las/os colegas, atendiendo primordialmente el compromiso profesional y el respeto al código ético, sintetizado en el juramento hipocrático que fue

“reproducido incansablemente a lo largo de los siglos, considerado por Erotiano como obra acerca de la *téchnē*, prescrito por la bula *Quod jusiurandum* de 1531 del papa Clemente VII a todos aquellos que se graduaban de médicos, normativa de los asclepiadas para K. Deichgräber y manifiesto pitagórico para L. Edelstein”. (Tealdi & Mainetti, 1990:433)

16

Este tipo de comité no sólo tiene lugar en las instituciones hospitalarias, sino también en gremios y colegios médicos, así como en escuelas de medicina ya que responde a la aplicación del Código Internacional de Ética Médica, establecido en 1948 por la Asamblea de la Asociación Médica Mundial.

Considerando esta perspectiva se puede establecer un vínculo con algunas de las denominaciones usadas por la UNESCO: El comité de ética asistencial u hospitalaria (CEA) se corresponde con el modelo del comité ético-praxiológico, el comité de ética de la investigación (CEI) tiene

correspondencia con el modelo del comité jurídico-científico, y el comité de asociación de profesionales de la salud (CAPS) con el modelo del comité deontológico-técnico.

Marco legal general sobre CHE a nivel país

Respecto al marco legal general, Luna & Bertomeu (1998) mencionan, en el artículo antes referido, que la primera normativa sobre Comités Hospitalarios de Ética en la República Argentina es la Resolución N° 857/1993 del Ministerio de Salud y Acción Social que, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, disponía que los Hospitales Públicos de Autogestión crearan este tipo de comité.

Posteriormente se sancionó y promulgó la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética, la cual determina en su artículo 1° que

“en todo hospital del sistema público de salud y seguridad social, en la medida en que su complejidad lo permita, deberá 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”.

En el artículo 2° caracteriza a los Comités Hospitalarios de Ética (CHE) como equipos interdisciplinarios dependientes de la dirección del hospital, pero por fuera de su estructura jerárquica. El artículo 3° indica los principales temas que incumben a los CHE y el artículo 4° determina que “las recomendaciones de los Comités Hospitalarios de Ética no tendrán fuerza vinculante”. En el artículo 5° se especifica que el Ministerio de Salud y Acción Social regulará las actividades de los CHE. El artículo 6° dispone la entrada en vigencia y reglamentación de la ley en un lapso de ciento ochenta (180) días a partir de su publicación en el Boletín Oficial. El artículo 7° invita a las

provincias para que adhieran a la ley, y el artículo 8° ordena la comunicación al Poder Ejecutivo.

En lo que concierne a los estados provinciales encontramos antecedentes como la Ley 11.044/1990 de la provincia de Buenos Aires sobre investigación en salud, que instituye dos comités, uno de ética y otro de investigación, para evaluar los estudios del área. En concomitancia con la mencionada resolución nacional (Res.MSAS N°857/1993), la provincia de Tucumán promulgó la Ley 6507/1993 sobre comités hospitalarios de ética.

Luego de la sanción de la ley nacional, la mayoría de las provincias adhirieron según modalidades diversas. Jujuy en 1997, Chaco y Neuquén en 2000, Catamarca y Córdoba en 2002, Santa Fe en 2004, Mendoza y Santiago del Estero en 2005, Misiones y San Luis en 2006, Entre Ríos en 2007, Salta en 2008, Corrientes en 2009, Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2010, San Juan en 2012, Río Negro y Tierra del Fuego en 2013, La Rioja en 2014 y Chubut en 2016. Sólo Formosa, La Pampa y Santa Cruz, hasta el momento, no han adherido a la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética.

**Regulación en materia de Comités de Bioética por provincia,
ordenada cronológicamente**

Instrumento legal	Descripción	Provincia
Ley 11.044/1990	Investigación en salud. (<i>Comité de ética + comité de investigación</i>)	Buenos Aires
Ley 6507/1993	Comités hospitalarios de ética.	Tucumán
Ley 5009/1997	Comité provincial de bioética.	Jujuy
Ley 4781/2000	Comités hospitalarios de bioética en los hospitales públicos.	Chaco
Ley 2327/2000	Comité hospitalario de ética.	Neuquén
Ley 5057/2002	Comités hospitalarios de ética.	Catamarca

Instrumento legal	Descripción	Provincia
Ley 9011/2002	Consejo de bioética de Córdoba (Co.Bi.Cor.)	Córdoba
Ley 12.391/2004	Comités hospitalarios de bioética.	Santa Fe
Ley 7398/2005	Fomento y desarrollo de actividades académicas y asistenciales vinculadas con la bioética. <i>(Comité hospitalario de bioética + comisión provincial de bioética)</i>	Mendoza
Decreto 1489/2005	Comité institucional de ética de investigación en salud.	Santiago del Estero
Ley 4334/2006	Comité hospitalario de ética.	Misiones
Decreto 5495/2006	Comité de bioética provincial.	San Luis
Ley 9799/2007	Comités hospitalarios de bioética.	Entre Ríos
Ley 7544/2008	Investigaciones biomédicas en seres humanos. <i>(Comisión provincial de investigaciones biomédicas)</i>	Salta
Ley 5896/2009	Comités hospitalarios de ética.	Corrientes
Ley 3302/2010	Creación y regulación de comités de bioética.	C.A.B.A.
Resol. 2534/2012	Estatutos del comité de ética de investigación del Ministerio de Salud Pública de la provincia de San Juan.	San Juan
Ley 4922/2013	Comisión provincial de bioética.	Río Negro
Resol. 200/2013	Comisión de investigación para la salud.	Tierra del Fuego
Ley 9569/2014	Sistema de evaluación, registro y fiscalización de las investigaciones en salud (SERFIS). <i>(Consejo de evaluación ética en investigación en salud [COEIS] + comités institucionales de ética en investigación en salud [CIEIS])</i>	La Rioja
Ley I-583/2016	Creación y regulación de los comités de bioética.	Chubut

Cuadro de elaboración propia.

Fuente: LEGISALUD <http://leg.msal.gov.ar/atlas/investigacion.html#22>

Como se mencionó anteriormente, la UNESCO propuso a partir de 2005 una serie de guías⁸ que, si bien no son instrumentos legales, buscan

⁸ Cfr. UNESCO (2005) *Guía N°1 Creación de comités de bioética*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París (Francia) - UNESCO (2006) *Guía N°2 Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París (Francia) - UNESCO (2007) *Guía N°3 Capacitación de los comités de bioética*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París (Francia) - UNESCO (2020) *Guía N°4 Comités de Bioética y Políticas Públicas*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París (Francia) - UNESCO (2020) *Guía N°5 Comités de Bioética y Participación Pública*. Organización de

estimular y orientar la implementación de comités de bioética en los Estados miembros. La *Guía N° 1* refiere a la creación de comités de bioética, la *Guía N° 2* (2006) aborda el funcionamiento de los comités de bioética, con especial énfasis en los procedimientos y políticas que ellos suponen, la *Guía N° 3* (2007) trata sobre la capacitación de los comités de bioética, la *Guía N° 4* (2020) considera la relación entre los comités de bioética y las políticas públicas en materia de salud, y la *Guía N° 5* (2020) atiende el vínculo entre los comités de bioética y la participación pública. Un aspecto a considerar es el impacto que estos documentos ha tenido, y tiene, en la regulación y en el funcionamiento de los CHE.

Algunos antecedentes de estudios sobre el surgimiento y organización de los CHE en la República Argentina

En 1990, el artículo “Los comités hospitalarios de ética” publicado por Juan Carlos Tealdi y José Alberto Mainetti, como se indicó anteriormente, tipifica tres modelos posibles, señala cómo deberían estructurarse y hace recomendaciones a la luz de la experiencia argentina. En 1995, Juan Carlos Tealdi da a publicidad otro artículo, titulado “Los comités hospitalarios de ética, seis años después”, donde recupera el proceso de constitución de los mismos, desde 1989, en Argentina y otros países como Uruguay, Colombia y Cuba, a instancias de la Fundación Mainetti. Vuelve sobre el origen y el desarrollo de los comités hospitalarios de ética, describe su estructura y funciones, y sugiere una metodología de trabajo.

En 1998, Florencia Luna y María Julia Bertomeu, publican “Comités de Ética en la Argentina”, también ya mencionado más arriba, donde analizan el marco legal y la génesis de los comités de ética en el país. Es relevante la distinción entre comités de ética clínica y comités de ética de investigación que las autoras realizan. Asimismo, tratan los principales problemas prácticos vinculados al funcionamiento de dichos organismos.

En 2004, Patricia Digilio presenta los resultados de su investigación, financiada por el Ministerio de Salud de la Nación, en la que realiza un relevamiento del estado de los comités hospitalarios de ética en lo que hace a sus alcances, funciones e impacto en las políticas públicas de salud.⁹ Relacionado con esta misma investigación, dicta un seminario sobre “Los

⁹ Investigación publicada bajo la referencia “Los comités hospitalarios de ética y sus implicaciones para la formulación de las políticas públicas de salud” en: www.msalud.gov.ar Ministerio de Salud de la Nación Publicaciones 2004.

Comités Hospitalarios de Bioética en Argentina y las Implicancias de sus Funciones para las Políticas de Salud", en el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), donde toma la tipología de Tealdi-Mainetti (1990) para caracterizar a los CHE, analiza los cambios operados en el modelo de salud en ese tiempo concentrándose en las funciones de los comités descriptas por Tealdi (1995): educativa, consultiva y normativa. A partir de ello elabora un mapa de los comités de ética según regiones del territorio argentino. De allí extrae una muestra para aplicar encuestas y entrevistas que permiten un relevamiento de la ejecución de sus funciones y una evaluación de su funcionamiento. Parte de ese estudio se encuentra en una publicación del CEDES, realizada ese mismo año.

En 2007, Silvia Rivera escribe el artículo "Los comités de ética: una evaluación crítica acerca de sus beneficios y sus riesgos para la comunidad hospitalaria", en la revista *Agora Philosophica*, haciendo hincapié en el rol de los comités para la gestión de las instituciones sanitarias y su vinculación con la participación democrática.

En 2008, Sergio Gonorazky publica "Comités de Ética Independientes para la Investigación Clínica en la Argentina. Evaluación y sistema para garantizar su independencia" ¹⁰, proponiendo medidas para que "la acreditación de los Comités de Ética Independiente ... [se ejecute a través de] ... un sistema que garantice la real independencia de éstos de los patrocinadores y/o investigadores ... [y sean sometidos a] ... mecanismos de control de gestión que incluyan una eventual pérdida de la acreditación"

¹⁰ Gonorazky, Sergio (2008) "Comités de Ética Independientes para la Investigación Clínica en la Argentina. Evaluación y sistema para garantizar su independencia". En: Medicina N° 68, año 2008. ISSN 0025-7680.

(Gonorazky 2008:113). En 2015, María Fernanda Sabio y Jaime E. Bortz publican “Estructura y funcionamiento de los comités de ética en investigación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires” que da a conocer un estudio realizado durante 2012 en los 46 (cuarenta y seis) comités de ética de la investigación existentes en el ámbito geográfico indicado. Se atendió la adecuación a la normativa vigente en la composición, las falencias estructurales, los déficits de infraestructura y los problemas comunicacionales en dichos comités. Por otro lado, en 2017, Elvio Galati aporta sus “Notas sobre los comités de ética de la investigación científica”, donde distingue entre comité de ética independiente (CEI), comité de ética de investigación (COEDI), comité de revisión institucional (CRI), y comité independiente de monitoreo de datos (CIMD). Luego se concentra en los principios, la composición, la estructura, la responsabilidad, funciones, operaciones, procedimientos y registros de un CEI.

Este conjunto de aproximaciones a la realidad de los comités de bioética en nuestro país, ofrece un marco de referencia importante para profundizar su estudio. Juan Carlos Tealdi sugiere considerar las funciones de los CHE como guía en la constitución y desarrollo de los mismos. Florencia Luna (2019) señala que la ambigüedad respecto a la distinción entre comités de ética clínica y comités de ética de la investigación en las normas repercute en el hecho de que constantemente se superponen entidades de esta índole en una misma institución sanitaria. No obstante, Patricia Digilio (2004) hace evidente que la implementación de políticas públicas sobre comités hospitalarios de ética ha impactado positivamente en la realidad, ya que se pudo constatar la dinámica de expansión, constitución, desarrollo y

comunicación de dichos comités en gran parte del territorio nacional. Silvia Rivera (2007) proporciona una perspectiva micro, desde la vida institucional hacia una apertura a la comunidad, centrada en la cualidad ético-dialógica de los comités y sus potencialidades. A ello se suman los aportes de Gonorazky (2008), Sabio & Bortz (2015), y Galati (2017) en lo atinente a la eficacia, eficiencia e impacto de los comités de ética de la investigación.

Funciones de los CHE

Juan Carlos Tealdi, en su artículo “Los comités hospitalarios de ética, seis años después” (1995), señala que los CHE persiguen la reformulación de la relación entre las/os/es profesionales de la salud y las/os/es pacientes en lo relativo al manejo de la información en cuanto a veracidad, confidencialidad y consentimiento, en lo vinculado a problemas de las nuevas tecnologías para reproducción, asistencia y prolongación de la vida, y en lo atinente al derecho, costo y calidad en la atención de la salud. En dicho marco, describe tres (3) funciones: Una de índole educativa, que deberá abordar la autoformación constante de las/os/es miembros del CHE, la formación bioética en el ámbito del hospital, y la educación de la comunidad donde el nosocomio se encuentre inserto a fin de generar sensibilidad respecto a las temáticas y problemáticas bioéticas. Otra de índole consultiva, que ha de comenzar con una revisión retrospectiva de casos ya resueltos, para luego avanzar al análisis de casos abiertos propios del hospital. Cuando la experiencia lo habilite, incluso se puede llegar a asesorar en casos de otras instituciones. Y una tercera función, de índole normativa, que comienza por la difusión y comprensión de las normas dadas, principalmente a nivel internacional y nacional, pero que también debe tender a producir normas específicas para el mejor desempeño en el ámbito de la propia institución sanitaria.

El trabajo constante y armónico de esas funciones en un Comité Hospitalario de Ética (CHE) favorecerá –en palabras de Tealdi- la iniciación de un cambio conceptual en el modelo de salud, la introducción de un nuevo método en la toma de decisiones éticamente problemáticas y el desarrollo de

nuevas normativas que se adecuen a la complejidad de los temas tratados.
(Cfr. Tealdi 1995)

Por la misma época, Oscar Esquisabel en su trabajo “Praxis médica y discurso. La racionalidad argumentativa en los Comités Hospitalarios de Ética” (1995) señala como primordial función del CHE la de ser un medio para el acuerdo frente al conflicto de intereses implicado en el dilema que se pone a consideración. Dicha función mediadora se especifica en otra de carácter hermenéutico-crítico a la hora de favorecer el diálogo entre los miembros del comité, así como entre el CHE y quienes solicitan su servicio. “Lo que está en el punto de mira del Comité es el mejoramiento de la medicina como una interacción que se da en el dominio clínico entre dos personas que se complementan recíprocamente”. (1995: 66)

En el texto ya mencionado de Luna & Bertomeu (1998) sobre los Comités de Ética en Argentina, si bien no se hace un análisis descriptivo de las funciones de los CHE, se indica una serie de “problemas prácticos” vinculados a sus funciones. Primeramente, se denuncia que el apoyo a la formación y las acciones de educación en bioética dirigidas a las/os/es miembros de los CHE es escasa. Por otro lado, se observa una tendencia a resolver casos casi compulsivamente, de manera acrítica copiando a los comités de otras latitudes y hasta en cierto punto al margen de los fines y la historia de la institución a la que pertenecen los CHE. Todo ello, según las autoras, rompe el equilibrio entre las funciones educativa, consultiva y normativa.

Patricia Digilio, en su trabajo -también ya mencionado anteriormente- “Los Comités Hospitalarios de Bioética en Argentina y las implicancias de sus

funciones para las políticas de salud” (2004) se apoya primordialmente en la clasificación de funciones propuesta por Tealdi. Respecto a la función educativa muestra una realidad opuesta a la que criticaban Luna & Bertomeu seis años antes. La mayoría de los comités hacen autoformación constante junto a actividades de formación dirigidas principalmente al personal de sus hospitales. En relación a la función consultiva, se evidencia un equilibrio entre las consultas retrospectivas y las prospectivas. La mayoría de los comités tienen formalizado el procedimiento de consulta, no obstante, también se atienden consultas informales, y el impacto positivo en médicas/os y enfermeras/os es alto. No todos los CHE han establecido temas obligatorios de consulta, pero en esos casos su dictamen tiene carácter vinculante. Y en lo atinente a la función normativa se constata que hay una alta frecuencia en la revisión de normas desarrolladas en la propia institución y de normas internacionales. En un rango un poco menor se revisan normas desarrolladas en otras instituciones de nivel nacional y también se elaboran nuevas disposiciones para el abordaje de problemáticas emergentes. En este último caso se responde a la iniciativa del propio comité más que a una demanda de la institución.

En 2004 también, Ingrid Brena Sesma publica en la UNAM (México) el libro *El Derecho y la Salud. Temas a reflexionar*, en cuyo capítulo 10 “Comités hospitalarios de bioética. Una propuesta para su regulación legal” recupera asimismo la clasificación de funciones de Tealdi. En la sección VI aborda, en principio, la función educativa o docente que debe estar dirigida a la formación de su propio personal para lograr un lenguaje común y, seguidamente, al resto de la comunidad hospitalaria. El eje de esta formación en bioética son los

derechos humanos de los pacientes. Luego considera la función consultiva que consiste en el análisis y resolución de casos para elaborar recomendaciones que guíen la resolución de dilemas éticos. Esta práctica proporciona un cúmulo de experiencia que redundará, finalmente, en la función normativa ya que, a partir de dicho conocimiento empírico ilustrado por los desarrollos teóricos, se podrán proporcionar reglas generales de conducta con el carácter de directivas o normas, según su peso legal.

La División de Ética de la ciencia y la tecnología de la UNESCO publicó en 2005 la *Guía N°1 Creación de comités de bioética*, que habla -en sus dos primeras partes- de los retos y tareas relacionados con la creación de comités de bioética y su establecimiento en diferentes niveles de gobierno. En la parte tercera aborda cada tipo de comité, en la sección 3 trata específicamente de los Comités de Ética Médica u Hospitalaria (CEH) y allí desglosa sus funciones. Se postulan siete funciones iniciales y ocho más para la etapa de consolidación y diversificación del comité. El primer grupo comienza con la tríada de Tealdi: educación en bioética mediante programas encaminados a la formación de sus miembros y programas para quienes posteriormente formarán parte del comité; examen y análisis de casos bioéticos activos, retrospectivos e hipotéticos; consultas en torno a un caso a cargo de un consultor especializado, un equipo de asesoramiento o un subcomité. Se agregan las funciones de: preparación de directrices y políticas institucionales referidas a los derechos y bienestar de los pacientes, junto al análisis de los aspectos bioéticos de las políticas vigentes del centro médico; búsqueda de una distribución equitativa de los recursos de atención médica; realización de proyectos comunitarios y establecimiento de relaciones entre el comité y la

comunidad local; y una recomendación sobre la información que debe impartirse a las/os pacientes sobre decisiones anticipadas. Tanto la intervención en las políticas y directrices institucionales, como la regulación de la información sobre decisiones anticipadas son funciones que pueden ser entendidas implícitamente en la clásica función normativa, aunque es relevante que se las haya distinguido, pues no necesariamente se las tiene en cuenta. Cabe señalar que, en lo referido a las directivas anticipadas, en la República Argentina existe la Ley N°26.742/12 sobre Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. La cuestión de la distribución equitativa de los recursos de atención médica podría ser interpretada en el marco de la clásica función consultiva, ya que la gestión y administración de recursos no es una tarea específica del comité sino del equipo de gestión del hospital. Y la propuesta de ejecución de proyectos comunitarios y relaciones con el medio podría ser vinculada a la clásica función educadora, ya que explicita la importancia de la labor del comité más allá de los límites de la institución sanitaria. Es claro que la *Guía N°1* de la UNESCO propende a una concepción ampliada y compleja de las funciones del CHE, sobre todo desde la perspectiva de las políticas públicas.

Cuando un CHE “está debidamente asentado, puede diversificar sus funciones encargándose de actividades como” (UNESCO 2005:39): prestación de asistencia para conciliar objetivos institucionales opuestos, por ejemplo: la distribución y utilización de recursos sanitarios limitados o escasos; solución de controversias entre trabajadoras/es del centro de salud, como aquellas que involucren también a pacientes y sus familiares; colaboración con los comités de ética de la investigación (CEI);

investigaciones sobre bioética en el hospital; integración de la bioética en las fases prehospititarias, como el área de urgencias, o el área de cuidados ambulatorios, o los consultorios externos; habilitación de foros de debate bioético ante coyunturas que lo ameriten; participación en las audiencias públicas vinculadas a la regulación de la salud pública; colaboración en la redacción de políticas sanitarias. Tal como lo afirma la propia *Guía N°1*, más que funciones se trata de actividades que diversifican las mencionadas anteriormente.

En 2006 la División de Ética de la ciencia y la tecnología de la UNESCO publicó la *Guía N°2 Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas* que dedica su parte cuarta a la función educativa planteando la “ampliación de la influencia de los comités de bioética y establecimiento de programas de educación permanente en bioética” (UNESCO 2006:56). La guía señala que los comités de bioética están en posición de vincularse y asesorar tanto a funcionarios públicos como a científicos y profesionales de la salud. Así como establecer relaciones con el público en general y los medios masivos de comunicación en particular. Claro que cada tipo de comité ejercerá su influencia en el nivel al que corresponda: nacional/internacional para los comités normativos y/o consultivos, regional/profesional para los comités de ética de las asociaciones de profesionales de la salud, y regional/local tanto para los comités de ética asistencial (o comités hospitalarios de ética -CHE-) como para los comités de ética de la investigación.

Un aspecto interesante de la *Guía N° 2* es el señalamiento de temas generales de bioética para la formación de los miembros de los comités: la

autonomía individual y el derecho a la autodeterminación, los derechos humanos en general y del paciente en particular, la justicia en su complejidad conceptual y procedimental, la inocuidad y la beneficencia como criterios que deben incentivar la alerta y el debate. En el caso de los CHE, la guía propone como temas propios destinados a la formación de las/os miembros de este tipo de comité “el mejoramiento de la atención al paciente, [las] decisiones de limitación del soporte vital y [las] biotecnologías reproductivas.” (UNESCO 2006:60)

En 2007, Silvia Rivera en el ya referido texto “Los comités de ética: una evaluación crítica acerca de sus beneficios y sus riesgos para la comunidad hospitalaria”, propone como principal función de los CHE “la radicalización de la democracia” (Rivera 2007:106) en las instituciones sanitarias. Se pregunta “¿Puede un Comité de Ética potenciar el ejercicio ético en el hospital?” (Rivera 2007:109) y, ante la respuesta positiva, advierte el peligro de caer en vicios que pueden pervertir esa función. Describe once posibles vicios, entre los cuales se encuentra la “reducción de sus funciones”. (Rivera 2007:113) Indica que toma como referencia la clásica tríada: “función docente, consultiva y de delineamiento de políticas institucionales.” Y denuncia que “a pesar de la importancia innegable de todas las funciones identificadas, es fácil advertir en la práctica que la función consultiva es la que mayormente ha acaparado la atención y tiempo de los Comités. En perjuicio de las otras dos funciones, algunos Comités se limitan a regular conflictos, y sobre todo conflictos individuales más que estructurales.” (Rivera 2007:113) Para Rivera eso se debe a una concepción instrumental de la bioética que ve en los Comités de Ética un dispositivo para disolver conflictos y controlar efectos indeseados.

En 2008 Juan Carlos Tealdi dirige la edición del *Diccionario Latinoamericano de Bioética* y allí escribe el artículo “Comités hospitalarios de ética”. En ese texto recupera la clasificación de las funciones distinguiendo la educativa, la consultiva y la normativa. De la primera recupera la etapa de autoformación donde los miembros consultan libros y artículos especializados, además de hacer recensiones de casos cerrados. Luego agrega la etapa en la que el comité se encarga de la educación bioética en el hospital por medio de conferencias, jornadas, cursos, audiovisuales, etc. Abriendo, como última etapa de esta función la proyección del Comité a la comunidad. De la segunda función, distingue como primer momento la revisión retrospectiva de casos, mientras remite a otro artículo específico del mismo Diccionario que trata sobre esta función. Seguidamente incluye la determinación del tipo de casos que tratará, quién/es puede/n consultar al comité y a quiénes se informarán los resultados de la consulta. Y de la tercera función distingue como primer movimiento el estudio y la difusión de normas éticas de nivel internacional. Posteriormente propone la elaboración de prescripciones éticas de procedimiento, tanto a nivel de pautas (*guidelines*) con carácter de sugerencia, como de normas (*policies*) con carácter obligatorio.

En el mismo *Diccionario Latinoamericano de Bioética* está el artículo “Consulta en ética clínica” escrito por Miguel Ángel Chaves Zambrano. Allí se sostiene que la función consultiva responde a dilemas morales en el proceso asistencial de un paciente y pueden surgir en cualquier momento de la atención, así como provenir de cualquier miembro de la relación, ya sea el equipo asistencial, ya sea la/el/le paciente o sus representantes. El Comité

debe tener una composición multidisciplinaria, debe abordar un problema de orden moral, debe responder a la necesidad de tomar decisiones clínicas, pero sobre todo debe garantizar la transparencia del debate en su seno. También en este artículo se describe un procedimiento a seguir por el Comité Ético en el ejercicio de esta función. Los pasos a seguir son: presentación argumentada de un problema moral, recepción y toma de conocimiento por parte de las/os/es miembros, debate multidisciplinario, elaboración de recomendaciones operativas concretas y asiento en la historia clínica junto a la comunicación de las recomendaciones a las/os/es interesadas/os/es.

En 2014, Iris Maders publica en la Universidad Nacional de Córdoba su tesis *Evaluación del grado de satisfacción que generan las recomendaciones de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB)* que recupera la tríada propuesta por Tealdi distinguiendo etapas de maduración. En la función educativa comienza por la formación continua de los integrantes del Comité a fin de construir un lenguaje común que funja de mediador entre los diversos perfiles y disciplinas. Posteriormente el Comité debe dirigir su esfuerzo a la formación de profesionales y trabajadoras/es de la salud que se desempeñan en la institución. Ello debería organizarse en un programa de educación permanente en salud que trabaje desde una metodología centrada en la problematización, más que en la instrucción. En consecuencia, se debería llegar a una instancia en la que se socialicen los conceptos de la bioética a la comunidad donde se inserta el hospital. De la función normativa, dice Maders que exige un trabajo de campo con profesionales y servicios de la institución a la que apuntan las normas específicas, con el objetivo de que la elaboración de las regulaciones se haga con la participación democrática

de las/os/es implicados, garantizando así su legitimidad y vigencia. En la primera etapa se debe realizar la difusión de las normas bioéticas generales vigentes, luego, en una segunda etapa, es posible buscar la elaboración de normas de procedimiento específicas, considerando el criterio de trabajo mencionado antes, lo cual pocos comités han podido lograr. Y en la tercera etapa se buscan normas genéricas que sean generadas por comités provinciales o nacionales. Respecto a la función consultiva la autora dice que se trata de un servicio para ayudar a pacientes, familias y proveedores en el abordaje de conflictos éticos que surjan en la atención sanitaria. Usualmente la consulta ética es realizada por las/os/es miembros de los equipos de atención, raramente por las/os/es propias/os/es pacientes, sus familiares o representantes. También esta función se cumple cuando el Comité Hospitalario de Bioética responde a requerimientos judiciales.

En 2016 Jorge Alberto Álvarez y Sergio López Moreno publican el artículo “Los comités hospitalarios de bioética y la educación en salud: notas para la discusión” que se enfoca en el contexto mexicano y profundiza sobre la función educativa de los comités. Los autores sostienen que “la educación para la salud que los CHB son responsables de promover y conducir requiere el concurso de una variedad de profesionales –algunos provenientes del campo de las humanidades y las ciencias sociales–, cuyos intereses no pueden limitarse al ámbito hospitalario.” (Álvarez&López Moreno 2016:187) La educación en bioética -siguen los autores- no se reduce a la transmisión de conocimientos y técnicas sino a la transformación de las personas, lo cual implica “nuevos y complejos métodos de enseñanza, en ocasiones opuestos a los que se usan en la educación para la salud tradicional.” (Álvarez&López

Moreno 2016:188) Y diagnostican que “las acciones educativas en los hospitales buscan mejorar las labores realizadas por los médicos con sus pacientes y ocasionalmente con sus familiares. La educación solo a veces se destina a los familiares y casi nunca a las poblaciones sanas.” (Álvarez&López Moreno 2016:188)

En 2017 Martha Tarasco Michel publica el artículo “La función educativa de los Comités Hospitalarios de Bioética: una visión crítica” que también se ubica en el contexto mexicano donde dichos Comités Hospitalarios de Bioética tienen dos funciones básicas: servir de “apoyo en la toma de decisiones [frente a] los dilemas bioéticos que surgen en la práctica clínica y la atención médica, así como en la docencia.” (Tarasco Michel 2017:9) Pero tales funciones se ven obstaculizadas porque no hay suficientes especialistas en bioética, lo que ha estimulado la creación de ofertas para la especialización de profesionales, y porque quienes efectivamente integran comités de bioética no reciben prestaciones como la disminución de horas asistenciales o un estipendio por el trabajo en la comisión. Coincide con la literatura ya revisada en que la función educativa se debe desplegar en tres ámbitos: la formación científica del personal hospitalario, la difusión a todo el hospital y a los pacientes de las cuestiones bioéticas, así como la formación extrahospitalaria.

Esta sucinta revisión de lo dicho acerca de las funciones de los CHE permite reconocer que la función consultiva es la que siempre ha tenido mayor preponderancia, por razones obvias, y sin embargo ello mismo plantea críticas y advertencias. Las funciones educativa y normativa se han visto supeditadas a ella, pero en los últimos tiempos se ha destacado la importancia de la

armonía y el equilibrio entre las tres funciones. De estas últimas, se ve como un ámbito relevante el de la función educativa ya que permite la apertura de los comités a la realidad social y política.

Funcionamiento de los CHE: estructura, método, procedimientos y políticas

En 1991, Juan Carlos Tealdi publica en la revista Quirón del Instituto de bioética y humanidades médicas de la Fundación Dr. José María Mainetti el artículo “Estructura y metodología del CHE”¹¹. Allí señala que suele entenderse a la estructura de estos cuerpos colegiados como su descripción orgánica, su carácter multidisciplinario, el número de sus miembros y su inserción en la macroestructura administrativa del hospital. Por otro lado, la referencia a la metodología, en este caso, tiene que ver con algún grado de consenso en dicho cuerpo colegiado que fundamente el método de análisis moral elegido para su labor. Pero el autor critica esa perspectiva y postula que la estructura “tiene tanto de confusa y ausente como de clara presencia”, y que la metodología puede llegar a ser “tan racional y ética como mítica e ideológica”.

38

En la primera parte define al Comité de Ética Hospitalaria como un

“conjunto de sujetos particulares relacionados entre sí según reglas específicas con el propósito de modificar criterios éticos desde una institución hospitalaria y cuya consistencia como tal depende del componente universal de los sujetos que lo integran, así como del carácter genérico de las reglas que los unen.” (Tealdi 1991:1)

En esta definición se reconocen los caracteres esenciales, según el estructuralismo, de una estructura: totalidad, transformaciones y autorregulación. Totalidad, porque los elementos que componen un CHE están unidos solidariamente por las reglas de génesis y cohesión que los

¹¹ Tealdi, Juan Carlos (1991) “Estructura y metodología del CHE”. En: Quirón. Revista de medicina y bioética. Vol.22, No.2, 115-128, 1991. Instituto de Bioética y Humanidades Médicas. Fundación Dr. José María Mainetti. La Plata, Bs.As.

vinculan más allá de una mera asociación de individuos y más acá de un puro voluntarismo. Transformaciones, en tanto consiste en un grupo humano que posee una dinámica constante de mutaciones, manifestada a través de conflictos. Y autorregulación, vinculada a las normas de funcionamiento que ordenan la dinámica interna del grupo y sus cambios, otorgándole un sentido.

Cuando se habla de reglas específicas de un CHE, se piensa primeramente en la determinación normalizada de una agenda, pero la realidad es que tal regulación se ordena a favorecer otro tipo de normas, que pueden ser reconocidas como un conjunto de reglas o principios lingüísticos, que coinciden, además, con las reglas éticas de la relación médico-paciente: veracidad, confidencialidad y consentimiento. La regla de veracidad plantea que los miembros digan libremente sus pensamientos. La confidencialidad pide que se mantenga un prudente secreto respecto del contenido de las reuniones. El consentimiento tiene que ver con las acciones y consecuencias de la labor del comité en el hospital, que implican y comprometen a cada miembro. A tales reglas, dice Tealdi, cabría agregar una cuarta, vinculada al *primum no nocere* hipocrático, en el sentido de que los integrantes no pueden hacer nada que perjudique al comité, ni mezclar cuestiones personales. Sería una regla de abstinencia.

No obstante, esas reglas lingüísticas implican otras, anteriores al acuerdo verbal. Cada miembro llega al grupo con una identidad y un sistema de vida establecidos, sin embargo, para integrarse -e integrar- al comité es preciso que abandonen dicha identidad individual y así poder construir una identidad grupal. Se trata de dar lugar a la unión natural y espontánea del grupo, que Tealdi denomina ilusión naturalista, que se mantendrá en tensión

con la ilusión racionalista de las reglas lingüísticamente explicitadas. La racionalización de los juicios morales en el CHE, la exigencia de constituir un lenguaje común a todos sus miembros, desconoce que su identidad se apoya en un mandato externo. Hay condiciones socio-políticas que atender, y ello impone la necesidad de problematizar el método con que realizará su labor el comité.

En la segunda parte, dedicada al método, Tealdi señala que, si se responden las dudas, los temores, las resistencias al cambio, las contramarchas del CHE desde la tradición bioética, se genera una nueva fractura entre el plano pre-verbal y el plano simbólico, la cual es solucionada, al menos inicialmente, con la aparición en el grupo de elementos mitológicos e ideológicos. El mito de Babel, que implica asumir las consecuencias de haber transgredido el tabú del poder divino, hace que los miembros del comité convengan que es bueno aprender un nuevo lenguaje. Los elementos ideológicos son componentes que habrán de segregarse y extirparse en el proceso de internalización de las normas del CHE. Ideología y mito aluden a la dependencia de la norma interna del grupo frente a la moral externa. Así la tentación de la transgresión separa y une, al mismo tiempo, el plano pre-verbal de la ilusión naturalista y el plano simbólico de la ilusión racionalista.

La solución que propone Tealdi es la integración de esos planos, respetando la totalidad de la estructura. A propósito de lo cual afirma que “la transgresión a la regla [es] un deseo similar al de su cumplimiento” (Tealdi 1991:5), de ahí que las reglas sufran embates y deban ser reformuladas.

En la tercera parte, se redefine al CHE como una estructura inestable que necesita una metodología dialéctica. Por ello, para que pueda desarrollar

una producción ética auténtica, y no una simple reproducción moral, el comité deberá recuperar los niveles de extrañamiento característicos de la identidad bio-psico-socio-cultural del ser humano. Ese extrañamiento se da en la animalidad de su descendencia, la inconsciencia de su represión y la maldad de su alienación en el obrar. En los tres casos hay una negatividad del hombre que debe ser superada para acceder a una nueva positividad. A ello deben colaborar tanto las ciencias humanas y sociales, como la literatura y el arte, pero, sobre todo, la filosofía. De lo contrario, la constitución de un CHE aparecerá siempre como una amenaza a la identidad de sus miembros, en la medida que su metodología no respete el componente universal de los sujetos que lo integran y el carácter genérico pre-verbal de las reglas que los unen.

Esta concepción de la estructura y la metodología de un CHE, inspirada en el estructuralismo, es revisada en las guías de la UNESCO quince años después, con un sentido más técnico y pragmático. Es clara la intencionalidad de aportar al sentido y propósito de los comités, en un caso, resaltando las líneas estructurales del CHE, en tanto comunidad de individuos, para hacer pie en ellas y abrirse a la novedad incesante del mundo de los hombres; en el otro, concentrando los esfuerzos en torno a la búsqueda de la mayor eficacia y eficiencia de los comités, en tanto equipo de representantes.

La *Guía N°1*, como se indicó anteriormente, refiere a la creación de comités de bioética. Distingue los cuatro tipos de comité de bioética [de carácter normativo o consultivo (CNC), de asociaciones médicas profesionales (AMP), de ética médica u hospitalaria (CEH) y de ética en investigación (CEI)], sus objetivos y funciones. Luego revisa sus características y antecedentes. Al respecto, cabe destacar lo que dice sobre

los comités de ética médica u hospitalaria (CEH): Estos cuerpos colegiados han sido instaurados para ayudar a los proveedores de salud y a los pacientes a salir del laberinto en que los ha sumido la medicina tecnológica moderna; su principal objetivo es garantizar prácticas idóneas en la adopción de decisiones relativas a la atención médica y ayudar a los pacientes, sin por ello inmiscuirse en la relación que mantienen la/el/le paciente y la/el/le médica/o.

Cuando una institución médica crea un CEH, éste suele carecer de reglamentación burocrática, pero tal libertad conlleva una obligación de rendir cuentas que, por lo general, ha de garantizarse mediante reglamentos propios. Antes de crear un CEH es necesario estudiar el mejor modo de que este preste servicios a los pacientes, al centro que lo alberga y a la comunidad local. Generalmente, el CEH determina las cuestiones de orden bioético y las relacionadas con la legislación médica de que se va a ocupar, debiendo establecer al respecto mecanismos permanentes y procedimientos divididos en fases. Además, suele centrar su atención en los problemas y casos de pacientes que surgen en el curso de la labor cotidiana del centro médico.

A diferencia de lo que ocurre en los comités de expertos o junta médica, los miembros de un CEH proceden de disciplinas diversas. En muchos centros médicos, el CEH es el único espacio institucional que reúne a científicos (por ejemplo, genetistas), médicos, enfermeras/enfermeros, administradores del hospital o sus representantes (por ejemplo, especialistas en gestión de riesgos), abogados especializados en legislación médica, expertos en bioética, trabajadores sociales, profesionales de las ciencias sociales y el clero para que aborden las cuestiones bioéticas derivadas de los casos de pacientes que se les han presentado. Aunque no siempre ocurre

así, puede que a raíz de esta tarea el CEH no se limite a facilitar orientación, sino que además dirija a la administración recomendaciones de actuación ética. En ese sentido, es muy probable que el CEH tenga repercusiones notables y medibles en la atención dispensada al paciente, en la educación del personal del centro y en la creación de nuevas políticas de salud.

En lo referido a procedimientos y operaciones, la Guía sostiene que una vez adoptada la decisión de crear un comité de bioética en cualquier nivel de la administración, las personas encargadas de su formación deberán empezar por estudiar y acordar una secuencia de fases encaminadas a la creación del comité. Se sugieren como pasos sucesivos:

1. Determinar el nivel (Nacional / Regional / Local)
2. Determinar el tipo de comité en función del objetivo (Políticas / Investigación / Directrices profesionales / Consulta de casos)
3. Redactar estatutos
4. Seleccionar al presidente
5. Seleccionar a los miembros
6. Determinar el marco jurídico
7. Determinar el presupuesto
8. Decidir si las reuniones serán abiertas o cerradas
9. Determinar ante quién es responsable el presidente
10. Determinar los procedimientos de trabajo (a. Frecuencia de las reuniones, b. Informes oficiales de las reuniones: Actas / Decisiones, c. Distribución de informes, d. Presentación de documentos, e. Preparación de reuniones)
11. Poner en funcionamiento la secretaría del Comité

12. Ofrecer formación ética a los miembros (a. Determinar la necesidad de capacitación de los miembros, b. Creación de un programa de capacitación para los miembros).

Finalmente, la *Guía* plantea la cuestión de la evaluación de los Comités de Bioética, distinguiendo entre autoevaluación y evaluación externa. Todo programa debe estimar en algún momento el éxito efectivo que ha obtenido, lo cual plantea a su vez la pregunta de quién debe determinarlo. La autoevaluación es una posible respuesta. Puede tener carácter formal o informal. Las evaluaciones formales pueden efectuarse mediante cuestionarios, entrevistas orales y observación directa a cargo de personas externas; las informales se suelen basar en debates espontáneos de los miembros. El propio acto de evaluación puede ser una experiencia formativa valiosa en la medida en que los miembros aprenderán más cosas de sí mismos, de sus colegas y de la finalidad, las funciones, los procedimientos y las operaciones del comité. Además, los integrantes del comité parten de la ventaja que suponen la experiencia práctica y su perspectiva personal e intransferible.

De todas maneras, la auto-evaluación sin más no suele bastar, ya que existe el riesgo de juzgarse a uno mismo con excesiva benevolencia o a dejarse influir por factores que no son pertinentes cuando se juzga a otros. En todo caso, dadas las profundas repercusiones que tiene en el mundo exterior la labor de un comité, es normal que el mundo exterior insista en participar.

La evaluación externa también puede tener carácter informal. Los medios de comunicación pueden informar de las operaciones del comité, o un funcionario público puede mencionarlo en el curso de una audiencia pública

o de una entrevista. Estas evaluaciones producen a veces efectos trascendentes, pues a veces generan en el público la demanda de modificaciones relativas a la política o al personal.

Lo más probable es que las evaluaciones formales, que suelen estar a cargo de expertos, revistan mayor importancia. La mayor parte de las actividades de los comités pasan desapercibidas para los funcionarios, los medios de comunicación y el público, que carecen de los conocimientos o el interés necesarios para ocuparse de la cuestión. Por otro lado, los expertos a quienes se invita con este objetivo en particular están preparados, dispuestos y capacitados para evaluar de manera formal. Una evaluación externa sensata puede resultar sumamente valiosa; debe servir para determinar las virtudes que deben mantenerse, los defectos que deben corregirse, los aspectos normativos que tal vez se hayan pasado por alto y cuestiones relativas al personal u otros asuntos sensibles que el comité no pudo abordar debidamente porque le falta la fuerza para enfrentar. En todo caso, para que la evaluación tenga sentido el comité y las autoridades institucionales deben tomarla en serio, pues de lo contrario se olvidarán al poco tiempo sus conclusiones y recomendaciones, por muy acertadas que sean.

La *Guía N°2* sobre el funcionamiento de los comités de bioética, que también se mencionó más arriba, se centra en los procedimientos y políticas de los comités de bioética. En su planteo inicial se resalta que los comités hospitalarios de ética constituyen la respuesta predominante a los problemas de la bioética, y que propician educación, asesoramiento y formulación de políticas. Y se remarca que los comités de bioética alcanzan su máxima efectividad cuando se incorporan por ley al ámbito oficial, ya que se les

garantiza una estabilidad y legitimidad que afianza notablemente su relevancia.

La primera parte propone entender a los Comités de bioética como tribunas para deliberaciones y recomendaciones de políticas. Y procede a analizar ese supuesto en cada uno de los tipos: Comité normativo y/o consultivo (CNC), Comité de asociación de profesionales de la salud (CAPS), Comité de ética asistencial/hospitalaria (CEA/CEH) y Comité de ética de la investigación (CEI). Cuando se refiere a los Comités de ética asistencial, señala que, aunque se siguen multiplicando, no todos los Estados Miembros cuentan con ese tipo de comité.

Cuando se reúnen los comités de ética asistencial, se busca determinar si se ha permitido al paciente o a sus familiares expresar su opinión. Por tanto, la “atención centrada en el paciente” no es sino el respeto a la dignidad del paciente: el reconocimiento de la elección autónoma de un paciente competente a participar en su tratamiento y decisiones implícitas, y a aceptarlos o rechazarlos de antemano.

La lenta transición hacia la atención centrada en el paciente no sólo ha afectado directamente el desempeño de los comités de ética asistencial y el continuo establecimiento de los mismos, sino también la formulación de políticas y directrices internas que recomiendan y someten los comités a la aprobación de la administración de las instituciones de salud donde se alojan.

La simple enumeración de las políticas y directrices aplicadas por un comité de ética asistencial puede llevar fácilmente a subestimar sus resultados y eficacia. El estudio de la influencia de esos comités revela que los indicadores de éxito más notables son: 1) la antigüedad de los comités, es

decir, la duración del mandato de sus miembros, y 2) la frecuencia de las reuniones, es decir, si el comité se reúne más de una vez al mes.

Naturalmente, lo anterior no responde a la pregunta de si la influencia del comité de ética asistencial es beneficiosa o perjudicial. Después de todo, el comité puede llevar a su institución a obrar equivocadamente, es decir, a adoptar un procedimiento no viable y contrario a la ética. Reconocer lo anterior puede suscitar un sentimiento de humildad que lleve al comité a admitir que, como toda actividad humana, sus deliberaciones y recomendaciones son susceptibles de error. Ni la inteligencia, la experiencia, el esfuerzo o la coherencia con el pasado justifican la parcialidad, la complacencia o la convicción de que el asunto se ha resuelto definitivamente y, por tanto, no requiere de un nuevo análisis. Responder así representa una constante tentación porque ahorra tiempo y trabajo y evita la polémica, pero el comité y su presidente en particular, deben estar permanentemente en guardia y combatirla.

47

Se debe advertir, sin embargo, que quizás una política más explícita no resulte en la implantación de un procedimiento único para todos los casos o situaciones relacionadas con los pacientes. El comité de ética asistencial podría adoptar otro enfoque: no alentar o incluso desalentar al personal hospitalario a considerar previas revisiones y recomendaciones del comité como algo fijo e inamovible simplemente por su coherencia en muchos casos anteriores.

Seguidamente, se plantea el problema de la credibilidad del comité, ya que la credibilidad no se otorga ni se impone; se gana. Se gana cuando el comité convence a las partes interesadas que su labor es defendible, desde

el punto de vista jurídico y racional, y que se encuentra arraigada en tradiciones merecedoras de la aceptación general.

Para alcanzar sus objetivos, los miembros pronto se percatarán de la necesidad de definir con claridad y comunicar sus procedimientos y operaciones dentro de su propio entorno e instituciones, así como formular políticas internas para hacer más eficiente su trabajo. Los problemas de credibilidad pueden adquirir especial seriedad para los comités de ética asistencial y de la investigación por su cercanía a los individuos que sirven y por no gozar del prestigio conferido por la distancia jerárquica. Los comités de ética asistencial han de adoptar la prudente medida de evaluar periódicamente si cuentan con el respeto del personal, médicos y administradores que trabajan en las organizaciones asistenciales a que pertenecen.

Sea cual fuere su lugar de residencia, el ciudadano espera recibir la mejor atención médica que su país pueda ofrecer. En ocasiones, dicha atención conlleva extraordinarias innovaciones tecnológicas; las más, es básica, si no mínima. Cualquiera que sea el caso, los pacientes acogen el cambio con ambivalencia, esperando que mejore la situación anterior, pero temerosos de que fracase o no funcione igual de bien que lo conocido. Lo interesante en este punto es que la manera de practicar la medicina depende en gran medida de la actitud del público ante los avances tecnológicos y de cómo perciba y valore las intervenciones terapéuticas. No es casualidad que los pocos pacientes que han padecido un trauma severo y se encuentran en estado de inconsciencia prolongada y profunda (coma) se hayan convertido, tras varios años de atención médica, en la principal “causa” del

establecimiento de comités de ética asistencial. Ahora bien, los casos cotidianos, no los extraordinarios y trágicos, han venido a ocupar la mayor parte del tiempo y atención de los comités. Los comités de ética asistencial desempeñan un papel importante al tranquilizar al público, al ayudarlo a entender que un organismo imparcial y experto actúa para protegerlo de innovaciones tecnológicas imperfectas.

En la segunda parte de la *Guía*, se abordan los procedimientos y políticas -generales y específicos- de los comités de bioética. La experiencia ha demostrado que la claridad puede evitar malentendidos y que debe resolverse toda cuestión de procedimiento que pudiera derivar en polémica antes de que genere confrontaciones específicas de fondo. De tal manera, los organismos autorizados que crean comités de bioética deben definir, en la medida de lo posible, los procedimientos y políticas correspondientes antes de que queden constituidos.

A cada comité se le habrá de asignar un enunciado de misión que resuma sus objetivos. Su jurisdicción debe ser independiente y diferenciada de la jurisdicción de los demás comités y órganos institucionales. Asimismo, se deben establecer los procedimientos de designación de los miembros. Aunque las recomendaciones de adhesión y las indicaciones sobre la voluntad de incorporarse a un comité se establecerán naturalmente de manera informal, el nombramiento propiamente dicho del presidente y de los miembros se habrá de ajustar a procedimientos transparentes y regulados. De igual forma, se deberá determinar si los miembros desempeñarán su cometido durante el tiempo establecido por quienes los hayan nombrado o si habrán de cumplir mandatos fijos.

Cabe esgrimir argumentos a favor de una u otra opción, pero en general influyen en la decisión consideraciones más amplias. Una de ellas es delimitar la independencia del comité respecto del funcionario del organismo que lo subvenciona, porque si ese funcionario, ya sea electo o responsable ante otro funcionario electo, pensara que los comités deben aplicar sus políticas, entonces poseería amplios poderes sobre los miembros.

Una segunda consideración es la estabilidad. Los comités y la sociedad, en relación con las cambiantes biotecnologías, deben conceder tiempo suficiente a los ciudadanos para adaptarse, para evitar que se sientan confundidos o desorientados por lo desconocido y la incertidumbre.

Una tercera consideración es la interpretación que se da al mandato del comité para que sea representativo. Si por “representativo” se entiende semejante, el comité deberá representar a la sociedad, poco más o menos de la misma manera en que una muestra de la población la representa a toda ella, en cuyo caso se priorizaría la representación de diversos intereses. Del mismo modo, se determinará cómo establecer el programa del comité y cómo llevar a cabo sus deliberaciones. Para cualquier método que se adopte, se deberán mantener los correspondientes archivos de forma segura.

Exceptuada una pequeña fracción de la comunidad biomédica, el público puede desconocer por completo la labor de los comités e incluso su existencia. Los medios de comunicación, que por lo general subrayan los éxitos y fracasos espectaculares, se encargan de hacer de los comités el foco de atención del público. Por tanto, los comités harán bien en cultivar la relación con los responsables de los medios de comunicación, tanto para

contribuir a generar apoyo duradero del público como para reducir al mínimo las reacciones negativas en tiempos de crisis.

En lo atinente a procedimientos y políticas específicos la *Guía* desarrolla lo propio para cada tipo. En el caso de los Comités de ética asistencial indica que pueden diferir con respecto a la instancia ante la que deben responder. Una vez establecidos, pueden sujetarse al cuadro médico de las instituciones sanitarias, al personal administrativo, a un comité combinado de ambos y a otros órganos tales como servicios religiosos, trabajo social, comités de enfermeros o incluso la dirección ejecutiva de las instituciones.

Por otra parte, los comités de ética asistencial pueden seguir variadas políticas para establecer quién les debe informar la existencia de un problema ético. Considerando los extremos se puede determinar que cualquier interesado, incluidos los familiares del paciente, y profesionales interesados ajenos al ámbito de la salud pueden dirigirse al comité, o que sólo los médicos de la institución donde se atiende a los pacientes hospitalizados pueden acceder a él.

En cuanto a los procedimientos y políticas para la revisión bioética de casos de pacientes, se debe ofrecer al paciente la oportunidad de expresar su punto de vista; se le invitará a asistir con un abogado a la reunión del comité donde se debatirá su caso, y deberá recibir una copia de las opiniones, recomendaciones y decisiones del comité. Las revisiones de casos de pacientes deben ser exactas, descriptivas y analíticas, tienen que redactarse con claridad para evitar malentendidos, y evitar terminología subjetiva.

En la tercera parte se toca el tema de la evaluación de procedimientos y políticas de los comités de bioética. Principalmente, se reconoce que el número de comités de bioética sigue en aumento, aunque su impacto en las políticas de salud nacionales, regionales y locales y en la práctica e investigación clínicas no se ha evaluado con rigor. Una de las razones es que los presidentes y miembros de comités suelen considerar innecesarias tales evaluaciones. Evidentemente, es preciso que una parte desinteresada recopile los datos y realice el análisis e informe los resultados. Además, una vez adoptados e implantados algunos procedimientos y políticas, tienden a convertirse en práctica aceptada y los intentos de evaluarlos rigurosamente se llegan a rechazar por diversas razones. Empero, mientras se realiza la evaluación, lo habitual es recurrir a la autoevaluación, con sus posibles conflictos de intereses.

Por tanto, los comités de bioética siguen siendo vulnerables a muchos de los mismos alegatos que se buscaba abordar al establecerlos. Con respecto a la evaluación de los procedimientos y políticas de los cuatro tipos de comités de bioética, poco se duda de la existencia de obvias dificultades prácticas, tales como la falta de fondos para apoyar la autoevaluación. Por eso se ofrecen las *Guías* como un recurso para afrontar este tipo de limitaciones y estimular nuevas formas creativas de superarlas.

El cuidado, las mujeres, los feminismos y la bioética de los CHE¹²

La ética del cuidado, iniciada con la crítica de Carol Gilligan al androcentrismo de la teoría del desarrollo moral del Kohlberg, señala que las mujeres atienden en su razonamiento moral los elementos particulares, la singularidad de las necesidades de otros y la receptividad a los sentimientos de los demás. La ética del cuidado se basa en la idea de que el yo es relacional, conectado y dependiente de otros. Aconseja cautela respecto de los principios, a la par que propicia la adherencia a los afectos y las relaciones personales, con especial atención a los elementos particulares de cada situación. El razonamiento moral requiere el entrecruzamiento de lo afectivo, lo cognitivo y lo racional; rechazando la imparcialidad y el razonamiento abstracto. La deliberación se centraría en sustentar conexiones, satisfaciendo las necesidades de todas las partes.

Tanto la ética de la virtud como la bioética principialista suponen que el racionalismo es la forma de resolver los dilemas bioéticos. En el caso de la primera, por ejercicio de la prudencia según la inteligencia práctica y, en la segunda, por aplicación de principios racionales a través del criterio utilitarista. Ambas opciones han sido bien recibidas en la tarea de los Comités Hospitalarios de Ética, que discuten argumentos de diversa índole a fin de proporcionar una guía para la acción. No obstante, la perspectiva del cuidado suele estar ausente, como las mujeres, en la composición de los CHE.

Dice Susan Sherwin, filósofa canadiense contemporánea:

¹² Cfr. Digilio, Patricia (s/f) Cuestiones pendientes en perspectiva de género; y SALLES, Arleen L. F. (2008) “Enfoques éticos alternativos” En LUNA, Florencia y SALLES, Arleen L. F. (2008) Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. Cap. II, pp. 79-133.

“Una ética femenina consiste en observaciones sobre cómo los enfoques éticos tradicionales han ignorado las experiencias morales e intuiciones de las mujeres. Una ética feminista, deriva de la perspectiva política explícita del feminismo, de acuerdo con la cual la opresión de las mujeres es moral y políticamente inaceptable.” (Sherwin 1992)

De allí que un ejemplo de intervención crítica en el campo de la bioética son los feminismos que denuncian cómo las mujeres, que siempre han estado fuertemente vinculadas a los asuntos de salud –como usuarias de los servicios sanitarios, como encargadas de cuidar los enfermos de la familia, como trabajadoras de la sanidad, como objeto privilegiado de la medicalización del cuerpo y sus funciones- son sistemáticamente soslayadas. “La pluralidad se concibe y se practica sin la mujer, aun interrogándola.” (Collin 1994)

Susan Wolf (1996) sostiene que ello se debe a que la bioética en general ha adoptado un individualismo poco atento al contexto social, una preferencia por reglas y principios abstractos, una inclinación a aislarse en la discusión académica, y una tendencia a ver los problemas en el marco de relaciones entre individuos o en la consideración de la sociedad como un todo, pero no a un nivel intermedio vinculado a las significaciones morales de los grupos. Lo cual la torna insensible a las condiciones existenciales de individuos y grupos.

La mayoría de los que teorizan la bioética asumen la perspectiva de los médicos en sus análisis, reduciéndose a la relación médico-paciente y representándose a los individuos como si fueran entidades abstractas, cuyas historias personales y contextos sociales no son relevantes. Reduccionismo que se agudiza cuando se trata de mujeres, ya que, en sus situaciones reales

de vida, suelen padecer condiciones de dependencia, explotación, abocamiento al cuidado de otras/os, e inhabilitación para defender sus derechos. Entonces cabe la pregunta de Susan Sherwin (1996) sobre a quiénes sirven los comités de ética en los hospitales, si a los pacientes o a la institución... Ella sostiene que la bioética perdió su capacidad crítica paralelamente a su institucionalización. Pero es de esperar que haya alguna posibilidad de institucionalización que no anule la capacidad crítica.

El ejemplo que aportan Diniz & Guilhem (2008)¹³ respecto a la génesis de la bioética en Brasil muestra cómo las mujeres y el feminismo terciaron en la lucha de intereses entre la corporación médica y la teología católica. El protagonismo de las mujeres se dio en la institucionalización de la bioética en las universidades (constitución de cátedras específicas, tesis doctorales, premios, redes, etc.) y en la difusión e interlocución pública sobre temas de la bioética, permitiendo la consolidación de la bioética a través de una dialéctica entre actitud crítica y prácticas instituyentes.

La aparición de modos alternativos, como la ética del cuidado y la ética feminista, no necesariamente implica el rechazo de las formas tradicionales de razonamiento bioético. Pero indica los límites de los enfoques puramente principistas y muestra la necesidad de una reflexión ética más rica en torno a los temas en cuestión.

¹³ Diniz, Debora & Guilhem, Dirce (2008) Bioética feminista na América Latina: a contribuição das Mulheres. En: Estudos Feministas, Florianópolis, 16(2) mayo-agosto 2008, pp. 599-612.

Entre bioética y biopolítica: un replanteo intercultural de los CHE

Luego de haber considerado cuestiones vinculadas a la generación y nominación de los CHE, de haber revisado marcos legales y antecedentes de estudios sobre el tema, haber repasado lo establecido sobre sus funciones y funcionamiento, y considerado las contribuciones de las éticas del cuidado y de las perspectivas feministas, conviene tomar nota de los aportes de la bioética cultivada en Latinoamérica y su relación con la biopolítica.

En el contexto de América latina se destacan dos corrientes. Una es la bioética de intervención que pone el acento en la captación de conjunto de la acción social y la inclusión social, políticamente hablando, ya que el objetivo que se debe perseguir es la garantía de la existencia de las personas y de todas las formas de vida. En palabras de Volnei Garrafa¹⁴:

56

“La bioética de intervención defiende como moralmente justificable, entre otros aspectos: a) en el campo público y colectivo: la priorización de políticas y toma de decisiones que privilegien al mayor número de personas, por el mayor espacio de tiempo y que tengan las mejores consecuencias, incluso a expensas de ciertas situaciones individuales, con excepciones puntuales que han de ser discutidas; b) en el campo privado e individual: la búsqueda de soluciones viables y prácticas a conflictos identificados con el propio contexto donde ellos mismos acontecen.” (...)

“En el caso de los países latinoamericanos, específicamente, es imprescindible que esta discusión (ética) pase a ser incorporada al funcionamiento mismo de los sistemas públicos de salud con respecto a la responsabilidad social del Estado; a la definición de prioridades en lo que concierne a la asignación y distribución de recursos; al gerenciamiento del sistema; al involucramiento organizado y responsable de la población en todo el proceso; a una preparación más adecuada de los recursos humanos; a la revisión y actualización de los vetustos códigos de ética de las diferentes categorías profesionales involucradas; a las indispensables y profundas transformaciones curriculares en las universidades...” (Garrafa 2005: 130-131)

¹⁴ Garrafa, Volnei (2005) “Da bioética de principios a uma bioética interventiva”. En: Revista Bioética 2005 – vol. 13, nº 1, Conselho Federal de Medicina, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

La otra es la bioética de protección que sostiene que puede mediar en las cuestiones normativas de la biopolítica y el biopoder, es decir: en las relaciones entre *bíos*, *zoé*, *polis* y *technè* para proteger lo político por medio de su análisis. Afirman Schramm y Kottow¹⁵:

“Entendemos por protección la actitud de dar resguardo o cobertura de necesidades esenciales, es decir, aquellas que deben ser satisfechas para que el afectado pueda atender a otras necesidades u otros intereses. Para poder hablar de un principio de protección y distinguirlo de otros principios, conviene asignarle por lo menos las siguientes características: Gratuidad, en el sentido de no existir un compromiso *a priori* de asumir actitudes protectoras; Vinculación, en el sentido de que una vez libremente asumida se convierte en un compromiso irrenunciable; Cobertura de las necesidades entendidas desde el afectado. De lo anterior se desprende que el principio de protección no es reducible al de beneficencia o a algún tipo de paternalismo.” (...) “La ética de protección debe ser entendida como compromiso práctico, sometido a alguna forma de exigencia social, con lo cual la protección se vuelve un principio moral irrevocable, puesto que agentes, afectados, tareas y consecuencias deben ser definidos.” (Schramm & Kottow 2001:954-955)

57

La dialéctica entre bioética y biopolítica hace difusos los límites entre una y otra, pero por lo mismo plantea la necesidad de abordarlas en la complejidad dinámica de sus relaciones. Los bioeticistas suelen mirar con desconfianza a la biopolítica; y los biopolitólogos no atienden las cuestiones bioéticas por considerarlas de un ámbito extraño o lejano. Pero estos planteos realizados desde la situación de marginalidad de los pueblos latinoamericanos y sus preocupaciones bio-ético-políticas permite una esperanza en la fecundidad de este mestizaje.

¹⁵ Schramm, Fermin Roland & Kottow, Miguel (2001) “Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas”. En: Cadernos de Saúde Pública, 17 (4), jul-ago 2001, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (Brasil).

En 2022 Verônica Ribeiro Possamai y Rodrigo Siqueira-Batista publicaron el artículo “Bioética de protección de Schramm y Kottow: principios, alcances y conversaciones”¹⁶ donde postulan que esta propuesta es una ética práctica que surge frente a conflictos de salud pública y de investigación con seres humanos, para proteger a individuos y poblaciones afectados/as, vulnerados/as. Dicha protección se aplica a través de los consejos, comités o comisiones de ética y bioética. Como ejemplo analizan diversos casos: la lucha por el acceso al agua potable en determinadas regiones; la disponibilidad de tratamientos para las minorías que portan enfermedades genéticas raras -las cuales suelen habitar lejos de los centros hiperespecializados que pueden proporcionarles atención-, sin mencionar los costos; la controvertida perspectiva de legalizar la venta y consumo de drogas a fin de quitar el foco de las víctimas y poder crear condiciones de vida que no les hagan ver como única salida la venta y/o consumo de estupefacientes; la necesidad de licencia ambiental y social antes de habilitar emprendimientos a gran escala que afectan los ecosistemas. Al respecto, comentan los autores:

“Ante los estudios citados, se observan algunos ejemplos en los cuales la bioética de la protección fue aplicada para deliberar sobre conflictos morales en situaciones de asimetría social; en las cuales personas y poblaciones son afectadas por alguna amenaza que compromete su calidad de vida y deben ser protegidas por un agente moral, en esos casos, los administradores públicos. Se añade a las situaciones descritas la perspectiva de protección en el contexto del *fin de la vida*, reconocido como momento de sufrimiento extremo en el que debe haber un apoyo al sujeto que decide morir, comprendiéndose la compasión como característica de la bioética de la protección.” (Ribeiro&Siqueira 2022:15)

¹⁶ Ribeiro Possamai, Verônica & Siqueira-Batista, Rodrigo (2022) “Bioética de protección de Schramm y Kottow: principios, alcances y conversaciones”. En: Revista Bioética, vol.30, no.1, Brasília, Ene./Mar. 2022 Print version ISSN 1983-8042 / On-line version ISSN 1983-8034 pp. 10-18.

En ese sentido vinculan la bioética de la protección con los conceptos de “cuidado” y de “compasión laica”. La propuesta de una ética del cuidado de Leonardo Boff¹⁷ parte de la afirmación de que hay dos formas de ser-en-el-mundo: el trabajo y el cuidado. Por el trabajo se prolonga la evolución que no se alcanzaría en la naturaleza sin la intervención humana. Pero, en el contexto del extractivismo capitalista, esa intervención alcanza formas de dominación y aniquilación. En cambio, el cuidado implica una relación de convivencia con la naturaleza. Se la reconoce como un igual, con valor por sí misma, y se oye su “voz”. Si bien estas formas de ser son complementarias, dadas las circunstancias, Boff propone al cuidado como criterio para detener la autodestrucción de la humanidad a nivel ecológico y para rescatar y empoderar a los pobres, los ancianos, los desempleados, los enfermos y desvalidos.

La compasión laica que sugiere Rodrigo Siqueira-Batista¹⁸ en su (bio)ética para todos los seres se basa en el reconocimiento de que la distinción entre vivos y no vivos resulta superflua ante la interdependencia de unos y otros. En ese sentido, la compasión laica no supone una posición paternalista que se conmisera de un otro en situación de inferioridad, sino una apertura a las otras existencias en cuanto tales. De esta manera, para los autores del artículo, la ética del cuidado, la (bio)ética para todos los seres y la bioética de protección dialogan y confluyen en torno a la necesidad de disminuir las asimetrías sociales y proteger a los excluidos del mercado.

¹⁷ Boff Leonardo (2005) “O cuidado essencial: princípio de um novo ethos”. Revista Inclusão Social. 2005;1(1):28-35. En: <https://bit.ly/36cnYUI>

¹⁸ Siqueira-Batista, Rodrigo (2009) “A boa morte à luz da ética para todos os seres: o lugar da compaixão laica”. En: Pereira, Menezes & Barboza (eds.) *Vida, morte e dignidade humana*. Rio de Janeiro: GZ; 2009. p. 341-62.

Se podría decir que hay también un solapamiento con el lenguaje de la biopolítica cuando se puede entrever que están en juego dos conceptualizaciones de la población. Una de carácter objetivo, entendiendo a la población en su generalidad, al postular que los comités de ética deben tener como miembros a representantes de la comunidad. Según el análisis de Tealdi, todos los miembros, pero sobre todo quienes representan a la comunidad, deben abandonar su identidad particular y asimilarse al ideal de comité. Si bien es cierto que tal normatividad responde al análisis estructuralista, desde una mirada con enfoque ético-político, debe ser criticada y objetada porque reproduce la relación de dominación colonialista bajo la forma de un mandato de asimilación. Justamente las/os/es representantes de la comunidad no deben despreciar su identidad, sino indicar al comité qué valores y principios de su cultura deben orientar su labor y hasta su constitución. El comité debe adecuarse a la comunidad.

60

La otra conceptualización de población, de carácter subjetivo, tiene lugar cuando la población es considerada y reconocida en su singularidad. Ya no se trata de que se amolden a la forma “comité”, sino plantear críticamente al sistema sanitario si lo que se impone, es decir la forma ‘comité de ética’, es una manera propia y apropiada de ejercer el derecho a la salud, y a mantenerse sanos, de cada comunidad. ¿Es justo y suficiente la exigencia de consentimientos informados a individuos y comunidades? ¿Hay otras posibilidades?...

Retornando a la primera corriente, en 2015 Fabio Rivas-Muñoz, Volnei Garrafa, Saulo Ferreira Feitosa y Wanderson Flor do Nascimento publican

“Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad”¹⁹, un artículo donde distinguen, a partir de los años ’90, tres posturas bioéticas en América latina:

“la Bioética de Protección cuyos autores sobresalientes son Schramm y Kottow, con un pensamiento que gira alrededor del concepto de vulnerabilidad; la Bioética centrada en los Derechos Humanos Universales, con Tealdi como su representante más conocido y, por último, la llamada Bioética de Intervención (...), centrada en la justicia y la salud pública, cuyos proponentes son Garrafa y Porto.” (Rivas-Muñoz 2015:143)

Las tres tienen carácter interdisciplinario -como es común a toda postura bioética-, y también comparten su denuncia respecto a la insuficiencia del modelo principalista para afrontar los dilemas bioéticos de la realidad latinoamericana. Particularmente, la bioética de intervención señala que los conflictos éticos del ámbito de la salud pública difieren de aquellos que ocurren en la relación médico-paciente, que es el horizonte de la labor de los comités de ética asistencial y de la investigación. Esa diferencia es más notable cuando se atienden las determinantes sociales de las enfermedades que aquejan a grandes sectores de la población, como la exclusión y la discriminación, o cuando se deben considerar formas alternativas de afrontar la enfermedad, propias de las culturas populares, tales como la solidaridad, la cooperación, las medicinas alternativas y las creencias ancestrales.

El énfasis en la agudización de las desigualdades en el contexto de la globalización actual hizo de la bioética de intervención objeto de críticas por parte de otras perspectivas bioéticas latinoamericanas ya que su compromiso

¹⁹ Rivas-Muñoz, Fabio et al. (2015) “Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad”. En: Saúde e Sociedade. Publicación de: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública. Versión impresa ISSN: 0104-1290 Versión on-line ISSN: 1984-0470 pp.141-151.

histórico-político con los vulnerados y con la preservación de la biodiversidad, la desdibujaban –según ellas- como ética y la asimilaban a un movimiento político. No obstante, la bioética de intervención logró influir en la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la Unesco (2005) incluyendo temas como la responsabilidad social y el reconocimiento de la salud como un derecho humano y no como un bien de consumo.

Una de las debilidades de esta corriente es que busca amalgamar posturas éticas opuestas como el utilitarismo y los derechos humanos universales. Los autores de la bioética de intervención tratan de superar esta diferencia planteando un utilitarismo orientado a la búsqueda de la equidad entre los segmentos de la sociedad, que incluya a la solidaridad como parámetro para evaluar la moralidad y utilidad de las decisiones. Para reforzar esa estrategia, se recurre al concepto del buen vivir, propio de las culturas ancestrales americanas, ya que dicha cosmovisión pone el valor no en las posesiones materiales sino en cómo ellas contribuyen a la vida de las personas. Más que las cosas, son apreciados el conocimiento, el reconocimiento social y cultural, los valores éticos y espirituales, la relación con la naturaleza, la comunidad, etc.

“El Buen Vivir promueve un cambio de paradigma a partir de una ruptura epistemológica con el pensamiento occidental hegemónico. A diferencia del capitalismo que impone al capital como centro referencial y del socialismo que coloca al ser humano en el centro, el Buen Vivir tiene como referencial (sic) central la vida de todos los seres del planeta, donde la especie humana es comprendida como parte de la naturaleza, así como las demás especies.” (Rivas-Muñoz 2015:147)

La cosmovisión del buen vivir no sólo se opone al discurso del “vivir mejor” que usa el neoliberalismo para exacerbar el consumo sin reparar en

las consecuencias devastadoras del equilibrio ecológico y social, sino que implica una organización social comunitaria e intercultural que rechace todo tipo de asimetría de poder, género, raza, respetando a todo ser y aceptando tanto sus diferencias como sus semejanzas. A pesar de ello, la bioética sigue siendo planteada como eminentemente interdisciplinaria, sobre todo en la conformación de los comités de ética, y por ello vinculada a los saberes expertos, especializados según el criterio de la ciencia moderna. No hay lugar para otro tipo de saberes. Eso la ubica del lado colonizador de la modernidad. Las culturas son visiones y saberes no disciplinarios que pueden aportar nuevas perspectivas para la solución de los problemas bioéticos. En ese sentido, la bioética de intervención propone que los comités bioéticos no sean meramente interdisciplinarios sino fundamentalmente interculturales. La bioética, si no quiere reproducir la colonialidad, debe ser intercultural.

En 2016, Adriana Arpini recupera los aportes de Rivas-Muñoz y compañeros en el artículo “Para una fundamentación de la bioética de intervención. Aportes desde la ética de la liberación latinoamericana”²⁰, profundiza la crítica al utilitarismo como teoría fundadora de la propuesta y sugiere como alternativa la ética de la liberación de Enrique Dussel²¹. Para este autor, el utilitarismo es una ética material unilateral que surgió en el contexto del capitalismo del siglo XVIII, con Inglaterra como centro hegemónico de un sistema que explotaba a las colonias diseminadas por todo el globo. Mediante el disciplinamiento de las subjetividades, el utilitarismo

²⁰ Arpini, Adriana María (2016) “Para una fundamentación de la bioética de intervención. Aportes desde la ética de la liberación latinoamericana”. En: Revista Redbioética/UNESCO, Año 7, 1 (13), enero - junio 2016. ISSN 2077-9445

²¹ Dussel, Enrique (1998) *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Trotta, Madrid.

propicia la simplificación del orden moral (decisiones, acciones, consecuencias) y el control racional sobre el orden material (economía de mercado, política interna y colonial, estrategia militar, etc.), apelando a la divina providencia para conciliar las conductas individuales egoístas con el bien común. En consecuencia, el principio de felicidad del utilitarismo, como criterio moral, está determinado por las preferencias de consumo (utilidad) dentro del mercado capitalista. La ética utilitarista no se explica fuera del horizonte de sentido que proporciona el mercado, por ende, no posee carácter universal, ya que no alcanza a aquellos que el sistema necesita afuera, llámense proletariado, colonias, parias, etc.

Dussel propone como principio material universal de la ética a la vida humana, que es el modo de realidad del sujeto ético. La vida fija, de manera concreta, los límites de su posibilidad y de su vulnerabilidad. El utilitarismo, cuando postula el mayor beneficio para el mayor número, atiende a la distribución de bienes. Sin embargo, eso sólo es factible en los casos donde hay concentración de bienes, pues allí donde los bienes son escasos no se llega ni siquiera a satisfacer las necesidades básicas de las personas. La formulación del principio de la ética de la liberación dice:

“El que actúa éticamente *debe* (como obligación) producir, reproducir y desarrollar autorresponsablemente la vida concreta de cada sujeto humano, en *una comunidad de vida*, inevitablemente desde una «vida buena» cultural e histórica (su modo de concebir la felicidad, con una cierta referencia a los valores y a una manera fundamental de comprender el ser como deber-ser, por ello con *pretensión de rectitud* también), que se comparte pulsional y solidariamente teniendo como referencia última a toda la humanidad, es decir, es un enunciado normativo *con pretensión de verdad práctica* y, además, *con pretensión de universalidad*.” (Dussel 1998:140)

El involucramiento político de la bioética no debería conformarse con el marco de referencia del utilitarismo, que se supedita al régimen capitalista que genera las injusticias y desigualdades, sino que debería sostenerse en el “principio vida” que sugiere Dussel. Pues claramente se explicita la interdependencia de la vida concreta de cada sujeto humano con la comunidad de vida en la que llega a la existencia y la cual le proporciona una concepción de vida buena dentro de los valores propios de su identidad cultural. Pero no se queda ahí, sino que ese *ethos*, esa moralidad situada, local, se abre solidariamente a toda la humanidad, ya que ninguna comunidad se sostiene sola.

Ahora bien, cómo lograr la transición de la construcción interdisciplinaria de la identidad de los Comités Hospitalarios de Ética propuesta por Tealdi (1991) hacia un replanteo intercultural de su estructura y método, siguiendo la propuesta de Rivas-Muñoz y compañeros (2015), para asumir su poder biopolítico y liberador, al modo que sugiere Arpini (2016). El principio material de la vida humana bien se puede articular con los conceptos de protección, cuidado y compasión laica mencionados por Ribeiro Possamai y Siqueira-Batista (2022). El desafío es buscar una salida no sólo teórica, sino también política.

En Argentina y, por ende, en Catamarca, la tarea de constituir Comités Hospitalarios de Ética, amén de la complejidad que puede tener en abstracto, debe afrontar la realidad local con los recaudos que señalan las corrientes latinoamericanas de la bioética, como las presentadas bioética de protección y bioética de intervención. Corresponde, entonces, realizar un acercamiento a los datos de la realidad catamarqueña.

El contexto sanitario en la provincia de Catamarca

Con el propósito de contextualizar el presente trabajo, se consignan los siguientes datos geográfico-administrativos de la provincia de Catamarca. La misma está situada en la región noroeste de la República Argentina, limita al Norte con la provincia de Salta, al Sur con las provincias de La Rioja y Córdoba, al Este con las provincias de Tucumán y Santiago del Estero, y al Oeste con la República de Chile; posee una superficie de 102.602 Km², una población de 429.556²² habitantes, con una densidad poblacional de 4,18 habitantes por kilómetro cuadrado.

El territorio provincial está organizado en dieciséis (16) departamentos, distribuidos en tres grandes regiones: Región Central integrada por seis (6) departamentos denominados Ambato, Capayán, Capital, Fray Mamerto Esquiú y Paclín; Región Oeste compuesta por seis (6) departamentos a saber, Andalgalá, Antofagasta de la Sierra, Belén, Pomán, Santa María y Tinogasta; y Región Este a la que pertenecen cuatro (4) departamentos llamados Ancasti, El Alto, La Paz y Santa Rosa. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 la distribución de la población en cada departamento es la siguiente:

Distribución de la población por departamento (CNPHV 2022)

Departamento	Censo 2022	Porcentaje del total	Región
Ambato	5.027	1.17%	Central
Ancasti	3.294	0.77%	Este
Andalgalá	19.364	4.51%	Oeste
Antofagasta de la Sierra	2.008	0.47%	Oeste
Belén	30.736	7.16%	Oeste

²² Cfr. Instituto Nacional de Estadística y Censos -INDEC- (2023) Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: resultados provisionales. 1ra. Ed. C.A.B.A. Libro digital ISBN 978-950-896-633-9.

Departamento	Censo 2022	Porcentaje del total	Región
Capayán	19.740	4.60%	Central
Capital	188.489	43.88%	Central
El Alto	4.251	0.99%	Este
Fray Mamerto Esquiú	14.565	3.39%	Central
La Paz	25.796	6.01%	Este
Paclín	4.764	1.11%	Central
Pomán	11.845	2.76%	Oeste
Santa María	27.186	6.33%	Oeste
Santa Rosa	13.383	3.12%	Este
Tinogasta	25.198	5.87%	Oeste
Valle Viejo	33.910	7.89%	Central
Total	429.556		

Cuadro de elaboración propia. Fuente: INDEC 2023

Distribución de la población por región en orden decreciente (CNPHV 2022)

Región	Departamento	Población	Total por región	Porcentaje
Central	Capital	188.489	266.495	62.03%
	Valle Viejo	33.910		
	Capayán	19.740		
	Fray Mamerto Esquiú	14.565		
	Ambato	5.027		
	Paclín	4.764		
Oeste	Belén	30.736	116.337	27.08%
	Santa María	27.186		
	Tinogasta	25.198		
	Andalgalá	19.364		
	Pomán	11.845		
	Antofagasta de la Sierra	2.008		
Este	La Paz	25.796	46.724	10.87%
	Santa Rosa	13.383		
	El Alto	4.251		
	Ancasti	3.294		

Cuadro de elaboración propia. Fuente INDEC 2023.

Se puede observar que la mayor concentración de la población tiene lugar en la Región Central con un 62.03%, seguida por la Región Oeste con un 27.08%, y finalmente la Región Este con un 10.87%.

En el ámbito de la salud, el Programa Sumar²³ publica una listado de ciento noventa y cinco (195) establecimientos de salud (efectores) en la

²³ La información puede ser consultada en: <https://programasumar.com.ar/efectores/catamarca.php>

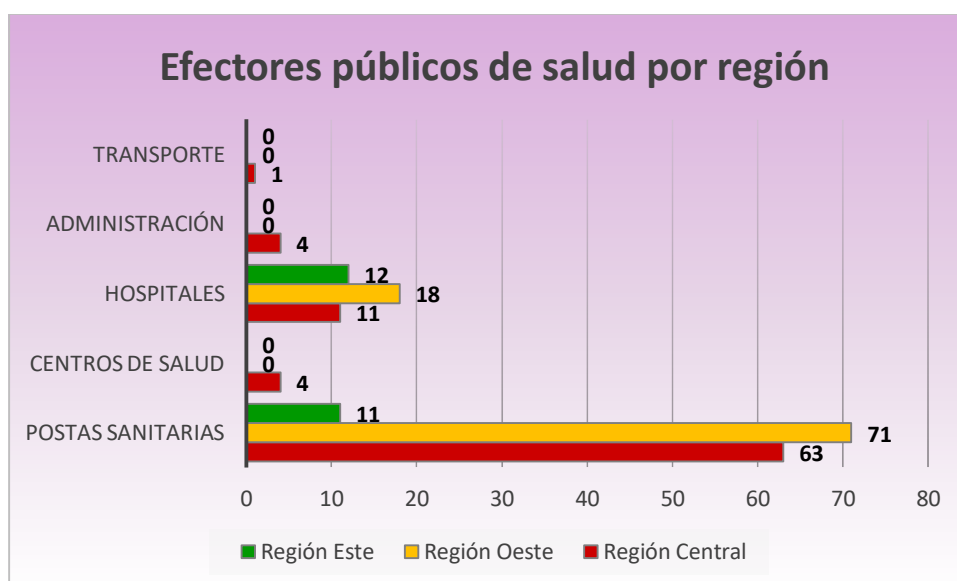
Provincia. Los mismos son de cinco (5) tipos: Postas sanitarias, Centros de salud, Hospitales, Administración y Transporte.

Distribución de efectores públicos de salud por departamento y por región

Departamento	Postas sanitarias	Centros de salud	Hospitales	Administración	Transporte
C1-Capital	27	4	5	2	1
C2-Valle Viejo	9	-	1	-	-
C3-Capayán	11	-	1	-	-
C4-Fray Mamerto Esquiú	4	-	1	-	-
C5-Ambato	3	-	1	2	-
C6-Paclín	9	-	2	-	-
Total región Centro:	63	4	11	4	1
O1-Belén	26	-	3	-	-
O2-Santa María	16	-	2	-	-
O3-Tinogasta	6	-	6	-	-
O4-Andalgalá	14	-	2	-	-
O5-Pomán	6	-	4	-	-
O6-Antofagasta de la Sierra	3	-	1	-	-
Total región Oeste:	71	0	18	0	0
E1-La Paz	6	-	5	-	-
E2-Santa Rosa	4	-	4	-	-
E3-El Alto	1	-	2	-	-
E4-Ancasti	-	-	1	-	-
Total región Este:	11	0	12	0	0
Total por tipo de efectores:	145	4	41	4	1
Total general:	195				

69

Cuadro de elaboración propia. Fuente: Programa Sumar.



Cuadro de elaboración propia. Fuente: Programa Sumar.

Resulta evidente que la región Central es la única que posee todos los tipos de efectores, aunque es superada por la región Oeste en la cantidad de postas sanitarias y hospitales. En cambio, la región Este manifiesta un bajo volumen de postas sanitarias, no así en el caso de los hospitales, donde se equipara a la región central. De los cuarenta y un (41) hospitales hay tres (3) que tienen carácter de referentes para toda la provincia: el Hospital Interzonal “San Juan Bautista”, fundado en 1886, nosocomio de alta complejidad de referencia en la provincia dedicado a la atención integral de adolescentes y adultos al nivel ambulatorio, de internación programada y de urgencia, funciona también como hospital escuela donde se realizan residencias articuladas por los Ministerios de Salud de la Nación y la Provincia, avaladas por las Universidades Nacionales de Córdoba y de Tucumán; por otro lado, el Hospital Interzonal de niños “Eva Perón”, fundado en 1949, es el único hospital pediátrico de 3º nivel de la provincia, tiene carácter monovalente, exclusivo para la atención pediátrica de niñas/os y adolescentes hasta los 15 años de edad, brinda una atención integral a pacientes con patologías agudas y crónicas, tanto en el sector ambulatorio como en la internación, posee servicio de emergencia y de internación para cuidados progresivos, con salas de cuidados mínimos, cuidados intermedios, y cuidados intensivos; finalmente, el Hospital Maternidad Provincial “25 de mayo”, inaugurado en 2010, es un centro de alta complejidad especializado en ginecología, obstetricia y neonatología, destinado a la atención integral de la mujer y la/el niña/o antes y después de nacer, cuenta con una residencia (desde 2012) para madres del interior que cursan embarazo de riesgo o

puérperas que tienen a su bebé prematura/o internada/o en neonatología, y también un centro de fertilización asistida (desde 2017).

La ley provincial de comités hospitalarios de ética y normativa vinculada

El 27 de diciembre de 2001, en la Legislatura de Catamarca, se sancionó la Ley 5.057 sobre comités hospitalarios de ética, promulgada el 28 de enero de 2002, que consta de doce (12) artículos. En la primera parte, denominada “*Disposiciones generales*”, el artículo 1° adhiere a la ley nacional 24.742, el artículo 2° dispone que “los establecimientos hospitalarios de gestión estatal y/o privada deberán constituir y organizar comités de Ética (CHE) dentro del área programática de su jurisdicción y/o en el hospital de referencia o contrarreferencia, de máximo nivel de la provincia”.

El artículo 3° contiene la definición de Comité Hospitalario de Ética, con una formulación idéntica a la de la ley nacional; el 4° indica que el Ministerio de Salud y Acción Social será la autoridad de aplicación, disponiendo un registro de CHE, un banco de datos, una red informática, la cooperación con otros organismos afines y la formalización de los respectivos convenios. El artículo 5° determina que los CHE dependen de la dirección del hospital, pero por fuera de su estructura jerárquica. En la segunda parte, denominada “*Atribuciones y funciones*”, el artículo 6° describe las funciones del comité caracterizando tres: educativa, normativa y consultiva. En la tercera parte, denominada “*Alcances*”, el artículo 7° señala el carácter no vinculante de las recomendaciones del CHE. En la cuarta parte, denominada “*Integración*”, el artículo 8° dispone la cantidad mínima de miembros, su composición multidisciplinaria y su carácter *ad honorem*, el artículo 9° indica el procedimiento para el nombramiento de los miembros y su duración en la función. En la quinta parte, denominada “*Disposiciones transitorias*”, el artículo 10° otorga un plazo de ciento veinte (120) días para constituir un

comité organizador en cada hospital que dictará el reglamento del CHE, el artículo 11° ordena que cada CHE establezca su Reglamento interno, y el artículo 12°, *de forma*, dispone la comunicación.

En el año 2011, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Planificación y Gestión en Salud aprueba el reglamento y la conformación de un Comité de Bioética en Investigación (Resolución SPGS N° 269/2011). El reglamento habla de los objetivos generales y específicos del Comité (arts. 1° y 2°), luego señala su estructura (art.3°), dependencia (art.4°), ámbito de aplicación (art.5°), lugar de funcionamiento (art.6°), conformación (art.7°) y funciones (art.8°).

En 2013, por Resolución MS N° 1834/2013 se modifica la conformación del Comité de Bioética en Investigación. Y en 2014, a través de la Resolución MS N° 981/2014 la provincia se adhiere a la Guía de investigaciones con seres humanos y al Registro Nacional de Investigaciones en Salud (ReNIS) aprobados por Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 1480/11. Sin embargo, el Comité de Bioética en Investigación desde entonces no registra actividad.

En torno al abordaje, el método y la metodología

Ante la necesidad de determinar una forma de abordaje que permita conocer de fuentes directas la realidad de los CHE en Catamarca, se consideró el recurso a la entrevista como el método de recolección de datos más adecuado. Ello, tal vez, haría suponer que este estudio se encolumnaría detrás de los supuestos de la antropología social y cultural, como disciplina científica. Pero no es el caso, ya que se pretende hacer una lectura genealógica de cuño foucaultiano acerca de la información obtenida.

El antropólogo, sociólogo y médico francés, Didier Fassin cuando a comienzos de 2020 pronunció la lección inaugural en el Collège de France titulada “Sobre la desigualdad de las vidas” –publicada en español como “¿Cuánto vale una vida?”-, señalaba que “las investigaciones genealógicas de Foucault no apuntan a cambiar el mundo: invitan a cambiar nuestra mirada acerca del mundo”. (Fassin 2022:30) El trabajo antropológico de Fassin que lo llevó a realizar inmersiones en diversas latitudes del mundo le ha permitido reconocer cómo las desigualdades en las condiciones de vida se reproducen en las desigualdades frente a la muerte, mediadas por las tensiones entre la medicina clínica, centrada en los individuos, y la salud pública, que atiende a las poblaciones. La desigualdad de las vidas –dice Fassin- sólo puede ser percibida en el entrecruzamiento de la ‘esperanza de vida’, que mide la extensión de la vida biológica, y la ‘historia de vida’, que relata la riqueza de la vida biográfica. “Las ciencias sociales no tienen una respuesta fácil para dar a esta crisis. Al menos pueden tener el ‘coraje de la verdad’, del cual Michel Foucault había hecho objeto de su último curso”. (Fassin 2022:66)

El propio Foucault afirmaba, en 1983, que no procuraba “la historia de las soluciones sino la genealogía de los problemas, de las problemáticas” (Dreyfus & Rabinow 2001:264) En ese sentido va el presente estudio, que busca la explicitación de la problemática inherente a los Comités Hospitalarios de Ética en Catamarca. El trabajo genealógico tiene, para Foucault, tres dominios: el análisis de nuestro modo de ser con respecto a la verdad, a través de lo cual llegamos a ser un sujeto de conocimiento; el análisis de nuestro modo de ser con respecto a las relaciones de poder, a través de lo cual llegamos a ser un sujeto que actúa sobre otros; y el análisis de nuestro modo de ser con respecto a la ética, a través de lo cual llegamos a ser un agente moral. Aquí se trata del primer dominio, pues se busca acceder a lo que se dice respecto a los Comités Hospitalarios de Ética en los principales nosocomios de la provincia. Investigar las relaciones de poder y las conductas libres de los individuos, que se corresponderían con los dominios restantes, son ámbitos que exceden el carácter exploratorio de este trabajo.

75

Entonces, la metodología a seguir buscará “percibir la singularidad de los sucesos”. (Foucault 1971:1) Lejos de buscar un “origen” impoluto, la lectura genealógica de la realidad se dirige a descubrir la procedencia y la emergencia de los CHE, en el sentido de registrar los avatares padecidos y las luchas que los tuvieron o tienen por objeto. La genealogía se distingue de la historia de los historiadores por su atención a las discontinuidades y a las irrupciones de los sucesos, planteándose como un saber en perspectiva que se construye y se reconstruye constantemente a través del “acoplamiento de los conocimientos eruditos y las memorias locales”. (Foucault 2014:22)

Según Dreyfus y Rabinow, la reflexión foucaultiana

“combina un tipo de análisis arqueológico que mantiene un efecto de distanciamiento del estructuralismo y una dimensión interpretativa que desarrolla la visión hermenéutica según la que el investigador está siempre situado y debe comprender el significado de sus prácticas culturales desde el interior.” (Dreyfus & Rabinow 2001:10)

La estrategia que se propone seguidamente, busca iniciar la pesquisa arqueológica y genealógica de los Comités Hospitalarios de Ética y sus circunstancias en Catamarca desde una perspectiva situada que favorezca una nueva mirada.

Acercamiento a la realidad local de los CHE en Catamarca

Para la realización de este acercamiento a la realidad, se preparó un modelo de entrevista en profundidad (Cfr. Anexo I), semiestructurada, orientada a las autoridades, médicas/os, enfermeras/os, técnicas/os y usuarias/os de los hospitales públicos de referencia. En principio se propone una batería de cinco preguntas-guía sobre si la persona conoce la existencia de la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética (pregunta 1), y de la Ley provincial N° 5.057/2001 sobre comités hospitalarios de ética en Catamarca, que adhiere a la nacional (pregunta 2). Con estas preguntas se busca establecer si el marco legal nacional y provincial sobre CHE es un dato presente en el personal sanitario local, principalmente, así como en la gente común.

Seguidamente se pregunta si conoce las diferencias entre un Comité Hospitalario de Ética y un Comité de Bioética en Investigación (pregunta 3). Este punto busca identificar si la especificidad de cada tipo de comité es apreciada en el ámbito sanitario. El propósito es problematizar la ambigüedad de la normativa respecto a las denominaciones y atribuciones de los comités de ética. A continuación, se inquiriere respecto del conocimiento de la existencia de algún Comité Hospitalario de Ética en la provincia de Catamarca y si está en funcionamiento (pregunta 4) y lo mismo respecto de la existencia de algún Comité de Bioética en Investigación en la provincia de Catamarca y si está en funcionamiento (pregunta 5). Ambas preguntas están dirigidas a establecer la existencia o no de tales órganos y, en caso afirmativo, corroborar si están en funcionamiento o no.

En un segundo momento, si las respuestas a las preguntas 4 y 5 son afirmativas, la entrevista continúa con otra batería de once (11) preguntas sobre la actividad de los CHE: a) ¿Cómo ha sido recibida la creación del CHE/CBI en la institución?; b) ¿Participa o ha participado de algún tipo de comité?; c) ¿Qué condiciones en su entorno institucional/laboral facilitarían/obstaculizarían la participación?; d) ¿Cómo está conformado el CHE? ¿Cómo se convoca a sus integrantes? ¿Cómo trabajan (frecuencia de reuniones; organización para el análisis de casos; establecimiento de protocolos/acuerdos/normativas; etc.)?; e) ¿De qué manera se atienden las funciones consultiva, normativa, y de formación?; f) ¿Cómo experimenta/ha experimentado su participación en el comité (relación con los demás miembros; comodidad/incomodidad para participar; polarización/circulación del poder, etc.)?; g) ¿Cuáles son/fueron los principales y/o más frecuentes problemas que se presentan/aron?; h) ¿Considera valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud? ¿Por qué?; i) ¿Qué tipo de intervención puede esperarse de un comité? ¿Conoce casos en los que fue/hubiese sido necesaria la intervención de un CHE o un Comité de Ética de la Investigación?; j) ¿Los comités están/deberían estar más relacionados con la comunidad o con los profesionales?; k) ¿Cómo desde los comités es posible alcanzar una mejor atención de los/as/es pacientes?

La pregunta “a” busca una aproximación general al contexto de recepción del comité en el ámbito de la institución sanitaria. Las preguntas “b” y “c” giran en torno a la participación en el comité, la primera pide que la persona exprese si forma parte del comité, y la segunda plantea el tema de las condiciones para la participación en las actividades del comité. Las

preguntas “d” y “e” solicitan precisiones sobre la constitución y funcionamiento del comité, haciendo especial énfasis en las clásicas funciones de los CHE. Las preguntas “f” y “g” se enfocan en la perspectiva subjetiva de la/del entrevistada/o respecto a su vivencia dentro del comité, con especial ponderación de los problemas más frecuentes. Las restantes preguntas “h”, “i”, “j” y “k”, son de carácter evaluativo/valorativo, ya que se dirigen al juicio de la/del entrevistada/o sobre el sentido de los comités y sus intervenciones en las instituciones sanitarias, la polaridad de intereses representados por la comunidad médica y la comunidad donde se localiza la institución, y la cualificación de la atención proporcionada a las/os pacientes.

Por el contrario, si las respuestas a las preguntas 4 y 5 son negativas, el segundo momento de la entrevista continúa con las cuatro últimas preguntas mencionadas.

Junto al modelo de entrevista se propone un modelo de consentimiento informado (Cfr. Anexo II) para las personas que deseen participar. En el documento, la persona manifiesta que en uso de sus facultades mentales acepta ser entrevistada en el marco de este trabajo de tesis de Maestría en Bioética, con el objetivo de “indagar sobre la existencia de Comités Hospitalarios de Ética (CHE) en Catamarca, (...) [e] investigar acerca de [su] funcionamiento (...) y su impacto en el sistema de salud provincial.” También se indica que ha recibido información clara “sobre los objetivos y metas de esta investigación con fines académicos y el uso de sus resultados restringidos a los fines de dicha tesis.” El documento menciona la evaluación de posibles riesgos vinculados a la participación, la posibilidad de negarse a responder cualquiera de las preguntas formuladas y retirarse en cualquier

momento sin ningún perjuicio, así como la posibilidad de realizar las preguntas que considere necesarias. Asimismo, se indica que la participación en la entrevista no implica ninguna erogación de su parte ni compensación económica alguna del lado de la parte convocante. Se explicita que la instancia se rige por parámetros de confidencialidad y privacidad de los datos personales y la información suministrada, de acuerdo con la Ley de Protección de datos personales N° 25.326.

En el mismo documento se describen las características de la entrevista, su duración y modalidad (presencial, grabada, libre, anónima, abierta y semiestructurada). Se aclara que la/el entrevistada/o puede solicitar suspender la grabación en el transcurso y momento de la entrevista que así lo considere y que no está obligada/o a permanecer, si así lo estima. También se indica que la/el entrevistada/o puede solicitar la lectura de la entrevista desgrabada y que, de no solicitar esta instancia, se considera que da su conformidad.

Durante un año y medio se realizaron gestiones para acceder a las instituciones sanitarias, a fin de recabar información sobre la realidad local de los CHE. Las solicitudes, junto a los modelos de entrevista y consentimiento informado, fueron recibidas en cada hospital de referencia. En el transcurso de las conversaciones con el personal de las áreas administrativas del ministerio y de los hospitales, se obtuvieron informalmente datos como los que siguen: «Hay un Comité Hospitalario de Ética en el Hospital Interzonal “San Juan Bautista”. Pero en el Hospital Interzonal de niños “Eva Perón”, se organiza un comité de ética ad hoc para cada ocasión que lo amerite. En la Maternidad no hay comité.» El personal administrativo del Hospital Interzonal

“San Juan Bautista” especificó que funcionó un comité de ética en el departamento de docencia e investigación, pero que en la actualidad ya no funciona. Es decir, no se trataba de un Comité Hospitalario de Ética. Por otro lado, en el Hospital Interzonal de niños “Eva Perón”, se especificó que no hubo ni hay CHE. Por su parte, el personal de la Maternidad no se manifestó al respecto.

El 7-NOV-2023 se recibió formalmente una respuesta por escrito del Departamento Docencia e Investigación del Hospital Interzonal “San Juan Bautista”. Se trata de la nota N° 119/23, fechada el 24-OCT-2023, donde el Dr. Guillermo Raúl Martínez, Jefe del mencionado departamento, informa que:

“Los distintos Comité Hospitalarios de nuestra Institución, entre ellos el de Ética son de constitución transitoria y ocasional según convocatoria de la Dirección General del Hospital, cuyo Director los preside.”

81

En la misma misiva se sugiere entablar comunicación con las autoridades generales de la institución, pero no se expide acerca de la autorización para realizar las entrevistas. Como en primera instancia se había gestionado ante las autoridades generales del hospital la autorización y desde allí se había indicado realizar la petición al departamento Docencia e Investigación, ante esa respuesta elusiva se infirió que no había disposición institucional para la intervención solicitada. Y se decidió no insistir más.

A partir del 18-DIC-2023 se recibió autorización para realizar las entrevistas en el Hospital Interzonal de niños “Eva Perón”, y desde el 23-DIC-2023 en el Hospital Maternidad Provincial “25 de mayo”. Las mismas componen el Anexo III del presente trabajo.

Entrevistas sobre los CHE en Catamarca

Se realizaron nueve (9) entrevistas a once (11) personas en total, distribuidas de la siguiente manera: dos (2) entrevistas a cuatro (4) personas, el 18-DIC-2023, en el Hospital Interzonal de niños “Eva Perón”; una (1) entrevista a una (1) persona, el 23-DIC-2023, y seis (6) entrevistas a seis (6) personas, el 28-DIC-2023, en el Hospital Maternidad Provincial “25 de mayo”. De las entrevistas realizadas en el Hospital Interzonal de niños “Eva Perón”, una tuvo carácter individual y la otra grupal. Todas las entrevistas realizadas en el Hospital Maternidad Provincial “25 de mayo” tuvieron carácter individual. Las personas entrevistadas representan a distintos grupos: dos (2) médicas/os, dos (2) obstétricas/os, cuatro (4) enfermeras/os, dos (2) trabajadoras/es sociales y un/a (1) representante del público usuario.

La primera pregunta “*¿Conoce de la existencia de la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética?*” obtuvo tres (3) respuestas afirmativas y seis (6) negativas. La segunda pregunta “*¿Conoce de la existencia de la Ley provincial 5.057/2001 sobre comités hospitalarios de ética en Catamarca, que adhiere a la nacional?*” obtuvo una (1) respuesta afirmativa y ocho (8) negativas. La tercera pregunta “*¿Conoce las diferencias entre un Comité Hospitalario de Ética y un Comité de Bioética en Investigación?*” obtuvo tres (3) respuestas afirmativas correctas, cuatro (4) afirmativas inadecuadas y dos (2) negativas. La cuarta pregunta “*¿Sabe de la existencia de algún Comité Hospitalario de Ética en la provincia de Catamarca y si está en funcionamiento?*” tuvo nueve (9) respuestas negativas (100%), al igual que la quinta pregunta

“¿Sabe de la existencia de algún Comité de Bioética en Investigación en la provincia de Catamarca y si está en funcionamiento?” En ambos casos no se pudo establecer el funcionamiento de ninguno de los dos tipos de comité, aunque se mencionó la existencia -no confirmada- en el pasado de algún comité, en principio, de bioética de la investigación.

Respuestas a las cinco preguntas guías del primer momento de la entrevista:

	PREGUNTAS				
	1	2	3	4	5
Entrevista 1a	sí	no	Caracterización inversa	no	no
Entrevista 1b	no	no	Respuesta confusa	no	no
Entrevista 2	sí	no	Equipara investigación con capacitación	no	no
Entrevista 3	no	no	Respuesta correcta	no	no
Entrevista 4	sí	sí	Refiere a la mera existencia	no	no
Entrevista 5	no	no	Respuesta correcta	no	no
Entrevista 6	no	no	Respuesta correcta	no	no
Entrevista 7	no	no	No conoce la diferencia	no	no
Entrevista 8	no	no	No conoce la diferencia	no	no

Cuadro de elaboración propia. Fuente: entrevistas propias.

Como las respuestas a las preguntas 4 y 5 fueron negativas, el segundo momento de la entrevista continuó con las preguntas “h”, “i”, “j” y “k” de la batería de once (11) preguntas sobre las actividades de los CHE.

La pregunta h) “¿Considera valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud? ¿Por qué?” recibió nueve (9) respuestas positivas (100%), aunque las justificaciones, obviamente, difieren. La pregunta i) “¿Qué tipo de intervención puede esperarse de un comité? ¿Conoce casos en los que fue/hubiese sido necesaria la intervención de un CHE o un Comité de Ética de

la Investigación?” obtuvo seis (6) respuestas con una descripción general del tipo de intervenciones esperables, y tres (3) respuestas que tipifican casos. La pregunta j) “¿Los comités están/deberían estar más relacionados con la comunidad o con los profesionales?” tuvo una (1) respuesta a favor de la relación con la comunidad, cuatro (4) a favor de la relación con los profesionales y cuatro (4) señalando que la relación debiera darse con ambos. La pregunta k) “¿Cómo desde los comités es posible alcanzar una mejor atención de los/as/es pacientes?” recibió nueve (9) respuestas positivas (100%) que apuntan a una posibilidad general de mejorar la atención a los/as/es pacientes, considerando distintos aspectos. Finalmente se pidió a las personas entrevistadas un comentario final, si lo consideraban necesario. Tres (3) no tuvieron comentarios para agregar, cuatro (4) aportaron sus observaciones y dos (2) respondieron pedidos de aclaración al entrevistador.

**Respuestas a las preguntas sobre las actividades de los CHE
del segundo momento de la entrevista:**

	PREGUNTAS											Comentarios
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	
Entrevista 1a	-	-	-	-	-	-	-	positivo	Descripción general	Comunidad	Análisis de toda situación	Aclaración sobre la expresión "somos asistenciales"
Entrevista 1b	-	-	-	-	-	-	-	positivo	Descripción general	Profesión	Proyecto de un comité Bioético	Pregunta sobre si es un hospital-escuela y si tienen practicantes
Entrevista 2	-	-	-	-	-	-	-	positivo	Incumbencias de enfermeras vs. obstétricas	Profesión	Capacitación sobre bioética	Hacer hincapié en la oferta y la demanda en los distintos comités

	PREGUNTAS											Comentarios
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	
Entrevista 3	-	-	-	-	-	-	-	positivo	Ejemplo: ILE	Ambos	análisis de casos + devoluciones	“Sería importante que todos los hospitales tengan un comité. Y que a nivel provincia puedan interactuar”
Entrevista 4	-	-	-	-	-	-	-	positivo	Descripción general	Profesión	Posibilidad general del comité	“Sería bueno que se vuelva a formar el comité”
Entrevista 5	-	-	-	-	-	-	-	positivo	Descripción general	Ambos	Derechos del paciente	Sin comentarios
Entrevista 6	-	-	-	-	-	-	-	positivo	Descripción general	Ambos	Experiencia del comité	Sin comentarios
Entrevista 7	-	-	-	-	-	-	-	positivo	Descripción general	Profesión	Ver lo mejor para el paciente	“Ojalá podamos tener realmente un comité de bioética”
Entrevista 8	-	-	-	-	-	-	-	positivo	Diferencia en el servicio BsAs vs Ctca	Ambos	Acompañar a los pacientes	Sin comentarios

Cuadro de elaboración propia. Fuente: entrevistas propias.

Análisis de las respuestas a las entrevistas sobre los CHE en Catamarca

Las respuestas a las preguntas 1 y 2 sobre el conocimiento del marco legal que regula los Comités Hospitalarios de Ética a nivel nacional y provincial, respectivamente, fueron en su mayoría negativas, aunque no implican un desconocimiento absoluto. Comenzando por expresiones breves y asertóricas: “No, la verdad que no.” (HM6 y HM7) Y siguiendo con otras un poco más extensas: “No. La verdad, desconozco de la ley.” (HM5), “No, desconozco el marco de la ley. La verdad, lo desconozco.” (HM2), “Yo la escuché nombrar, pero no la leí, no la trabajé, no...” (HN4), “No. Lo que es la ley, el número de la ley y que existía una ley sobre lo que eran los comités hospitalarios de ética, no tenía conocimiento.” (HM4) Hasta una ponderación de la importancia del mencionado marco legal:

86

-“No, no la conocía lamentablemente, creo que es fundamental conocerla y no la conocía. Yo inclusive le estaba haciendo las mismas preguntas a varios colegas, colegas médicos porque yo soy médica, y tampoco la conocían. Y, por consecuencia, tampoco a la que se adhiere, a la provincial que se adhiere a la ley nacional.” (HN1)

Se puede inferir que están hablando de un desconocimiento subjetivo de las leyes, ya que hay referencias al conocimiento de su existencia. Prueba de ello son las pocas respuestas afirmativas: “Sí, sí tengo conocimiento.” (HM3) “La ley nacional, sí. Así someramente.” (HM1) Que por su carácter general y difuso indican un conocimiento superficial del marco legal.

Las respuestas a la pregunta 3 van desde un claro desconocimiento de la diferencia: “No.” (HM7), “Eh... No, tampoco.” (HM5). A variados modos de

explicación de la distinción entre Comité Hospitalario de Ética y Comité de Bioética en Investigación. Hay referencias a la mera existencia de un comité: “Sí. Sí tengo conocimiento, digamos, aquí y en otras provincias también.” (HM3) O una reducción de la diferencia solicitada a una consideración de la investigación como capacitación del personal:

- “HM1: Como empleado del escalafón de enfermería no tenemos conocimiento sobre trabajos de investigación en concreto. Si bien hay una oficina, que es la de comunicación a distancia, donde te informan –a veces ni en tiempo y forma... de lo... de lo... porque no te co... a veces no te comunican realmente- lo de la capacitación... te la... te informan sobre el tiempo. Nos han pasado situaciones, en gestiones anteriores, donde – también- la gente que era capacitada era amigo de amigo de otro amigo... Entonces, no teníamos las mismas oportunidades nosotros. Ahora eso como que, en la gestión nueva de enfermería se está reve... Se revé. Entonces, hace seis meses que... ¿Seis meses ha de ser?... hace seis meses que nosotros tenemos una gestión nueva que está ayudando, que está comenzando a funcionar. Ese sistema. Pero el de capacitación...
- ERG: Capacitación...
- HM1: Capacitación en general. Es como que tenemos más oportunidades, como que los que estamos más inquietos en querer hacer la capacitación... Eh... tienen una oportunidad. Cosa que no pasaba hace mucho tiempo...
- ERG: Hace mucho tiempo, qué bueno... Y una de esas capacitaciones sería sobre estas cuestiones...
- HM1: Claro...
- ERG: Que es muy importante...”

Se puede entrever, en la forma de plantear la respuesta, que hay un reclamo velado respecto al acceso a una formación que les permita, por ejemplo, distinguir estos tipos de comité. La expresión “los que estamos más inquietos en querer hacer la capacitación” muestra una necesidad que no ha sido satisfecha “hace mucho tiempo”. Por otro lado, se realizaron caracterizaciones confusas que hasta llegan a invertir los atributos de cada tipo de comité:

- “HN4: Entiendo que un comité de ética habla, o sea, hace referencia a temas propios, como hablábamos recién, de la investigación y otras cuestiones que tienen más que ver con la investigación. Y de bioética con decisiones que tienen que ver propiamente con la vida, con la...
- ERG: Cuestiones de vida o muerte...
- HN4: Vida o... exacto!”

Se aprecia un cruzamiento entre la tarea de un comité de bioética en investigación asignada a un “comité de ética” y las “decisiones que tienen que ver propiamente con la vida”, propias de un CHE, referidas a un comité “de bioética”. Más bien parece ser una respuesta asentada en el sentido común, que no puede ser más que genérico y difuso ya que ni la literatura ni la legislación sobre bioética ha logrado univocidad en la nominación y definición de estos tipos de comités. Otro tanto ocurre en este caso:

- “HN1: Con respecto a la pregunta 3, bueno, lo mismo en cuanto acá se valora el comité hospitalario de ética sobre los trabajos de investigación. Haciendo la objeción que en este hospital no se hacen trabajos experimentales. Solamente se hacen trabajos observacionales, y la mayoría retrospectivos. Esos son valorados por el comité de docencia. Y no tenemos un comité de ética. Inclusive ha sido presentado un trabajo... este... se ha invitado a la institución a participar en un trabajo multihospitalario y no ha podido participar-hoy, posteriormente ha participado- porque no teníamos comité de ética dentro de la institución y lamentablemente en Catamarca no hay...

[...]

- HN2: ...Sobre la obligatoriedad de tener, en los hospitales, sobre todo en un hospital-escuela, dentro de su estructura un comité de bioética, más dirigido al tema de los trabajos de investigación, de la investigación con pacientes con... El único hospital de la provincia de Catamarca que tiene comité de bioética y está funcionando, es el Hospital “San Juan Bautista”. Está conformado...

[...]

- HN3: Estamos trabajando en algo necesario, y además obligatorio, porque la ley dice que debe haber en forma obligatoria un comité...
- ERG: ¿Más vinculado, entonces, con las cuestiones referidas a la investigación en salud?

- HN3: Claro...
- HN2: La idea nuestra era... Primero lo que estaba conformado era un comité de ética...
- HN3: Sí...
- HN2: Lo que nosotros presentamos era un comité de bioética. Son cuestiones diferentes...
- ERG: Más vinculado a los problemas o conflictos morales vinculados con la clínica, digamos...
- HN2: Más vinculado a los problemas que uno tiene todos los días, con las internaciones, con la casuística...
- ERG: Con los tratamientos...
- HN2: Y con el tema de la investigación. Como hay un comité de... hay un...
- HN1: Docencia...
- HN2: Un departamento de docencia e investigación, que estamos investigando con seres humanos, entonces toda la idea era respetar, y, bueno, tener eso como un aval legal a todo ese trabajo que se está haciendo.
- ERG: Siguiendo el espíritu que plantean las leyes, digamos...
- HN2: Eso es lo que se quiere seguir, claro...
- ERG: Donde se pone el centro en lo hospitalario o clínico, y está ahí también implícito lo de la investigación.
- HN3: El conflicto no sólo de los pacientes, sino también las personas tenemos conflictos en la relación laboral también. Entonces, ese comité estaba guiado para eso. Para solucionar, para opinar sobre nuestros problemas en el ejercicio de la profesión.
- HN2: Las relaciones interhumanas, bueno, todo eso...
- ERG: Digamos, para ayudar en la resolución de esos conflictos..."

En un primer momento se “valora” al CHE respecto a “trabajos de investigación”, pero seguidamente se aclara que el “comité de docencia” evalúa esos trabajos de investigación. Pese a ello, se agrega que en una instancia interinstitucional se exigió como requisito que el Hospital tuviera un comité de ética y, al no poseer uno, quedaron afuera. Luego, otra de las personas entrevistadas, señala que es obligatorio para los hospitales-escuela tener en su estructura un “comité de bioética” que vea los trabajos de “investigación con pacientes”. Aquí se produce una corrección de lo afirmado anteriormente sobre los CHE, pues se especifica el objeto de los comités de bioética en investigación.

Finalmente, ya hablando sobre un proyecto de comité gestado en la institución - que todavía se encuentra en revisión por parte del área legal del ministerio de Salud provincial-, se explicita la diferencia entre “comité de ética”, que se correspondería con iniciativas anteriores en la institución, y el “comité de bioética” correspondiente al proyecto actual “más vinculado a los problemas que uno tiene todos los días, con las internaciones, con la casuística...” Se plantea entonces nuevamente el cruzamiento de los atributos de un CHE con el comité de bioética propuesto, desplazando las atribuciones de un comité de bioética en investigación al “comité de docencia” ya existente en la institución: “Y con el tema de la investigación, como hay un comité de... [...] Docencia... [...] Un departamento de docencia e investigación, que estamos investigando con seres humanos, entonces toda la idea era respetar, y, bueno, tener eso como un aval legal a todo ese trabajo que se está haciendo.” Al cierre se agrega al comité de bioética propuesto una labor más propia de un comité de ética profesional: “las personas tenemos conflictos en la relación laboral también. Entonces, ese comité estaba guiado para eso. Para solucionar, para opinar sobre nuestros problemas en el ejercicio de la profesión.”

90

La conceptualización de la diferencia entre un Comité Hospitalario de Ética y un Comité de Bioética en Investigación resultó problemática. No obstante, hubo quienes manifestaron claridad al respecto:

-“Creería... a ver..., creo tener una noción. Creo que el comité de ética hospitalario se forma justamente en los hospitales para tratar temas complejos que abordan, más que todo, la parte moral, quizá religiosa. Bueno, casos difíciles de definir para los profesionales y que, por ahí, necesitan de una intervención interdisciplinaria donde se dé la opinión de varios profesionales. Entre esos entiendo: abogados, de salud, incluso hasta un cura puede participar –entiendo- de un comité,

para que cada uno pueda emitir una opinión y llegar a una conclusión. Y el comité de bioética de investigación entiendo que está abocado a trabajos de investigación que –creería- que tienen que ver más que todo con trabajos experimentales - ¿No?- donde se va a necesitar alguna intervención y esto de delimitar [si] es ético o no hacer tal o cual intervención. Entiendo que es eso. No sé si estoy bien, pero entiendo más o menos así a grandes rasgos que puede ser esa la diferencia.” (HM2)

-“No. Lo que yo entiendo, por ejemplo, un comité hospitalario de ética, que en el hospital haya un comité de ética para ver todo lo que tenga que ver con derechos, valores, etc. Y en cuanto a lo de las investigaciones puede ir más en lo que son los procedimientos, las cosas que se llevan a cabo, consentimientos informados... Algo así lo entiendo, pero no...” (HM4)

-“Em... De un comité hospitalario, supongo que... –supongo- que se... se basa, digamos, en evaluar, en tratar temas, digamos, que estén... donde se encuentre, digamos, involucrado el personal de salud en relación con los pacientes –supongo eso-. Y el comité de bioética en investigación, me imagino, algo así como que se encarga de crear protocolos para ver cómo se maneja la investigación, en fin.” (HM6)

91

Este grupo de respuestas se corresponde con las definiciones estandarizadas por la UNESCO en sus guías. Los Comités Hospitalarios de Ética vinculados a los conflictos de valores y derechos de los pacientes en la atención clínica, con un abordaje interdisciplinario. Y los Comités de Bioética en Investigación referidos a la evaluación ética de los procedimientos y protocolos investigativos, sobre todo en lo atinente a los consentimientos informados.

Las respuestas a las preguntas 4 y 5 son unánimemente negativas, pero resulta importante observar sus matices. Unas simplemente aseveran no conocer la existencia:

-“La verdad que no, no sabría. No sé si existen.” (HM7)

-HM4: No. En la maternidad no tenemos, por lo menos...

-ERG: ¿Y sobre algún Comité de Bioética en Investigación?

-HM4: Tampoco.”

En otros casos se hace referencia a la existencia de un comité en otra institución, o en la propia –ya sea en el pasado o ya sea como una posibilidad hipotética-, pero sin mayores certezas:

-“Eh... sí, recibí comentarios una vez de que en el hospital “San Juan” tenían un comité de bioética. De bioética... Eh... Pero, la verdad, no sé si funciona.” (HM5)

-“HM6: En algún momento escuché del comité de ética en el hospital “San Juan”. Pero de ahí, nada más.

-ERG: ¿Y de un comité de bioética en investigación?

-HM6: No.”

-“Desconozco si hay algún comité hospitalario que está funcionando actualmente. Sé que el hospital “San Juan...” tenía en algún momento. La verdad es que hoy, en la actualidad, desconozco si está en funcionamiento o no. Lo mismo con el comité provincial. Sé que se había formado hace... muchos meses atrás, pero desconozco si está funcionando.” (HM2)

-“HM3: Mirá, empiezo por atrás, digamos...

-ERG: Bien...

-HM3: Yo desconozco si está actualmente en funcionamiento en algún hospital...

-ERG: Bien...

-HM3: En algún momento, sí existía, digamos, en el hospital “San Juan”. Sí, hace un tiempo, antes que nos trasla... se traslade la maternidad acá porque, bueno, las obstétricas estábamos ahí involucradas, digamos, más que todo la que estaba, digamos, en formación nuestra. La que estaba digamos como coordinadora, digamos, de la residencia de obstétricas estaba dentro del comité, y entonces teníamos conocimiento. Ya

cuando nos trasladamos, digamos, a la maternidad... este... al edificio actual –digamos, que funciona más o menos hace trece, catorce años-, en un tiempo, el primer tiempo, funcionaba el comité. Y después quedó un como en... ahí en stand-by... Y, bueno, actualmente no funciona. Pero desconozco si está funcionando en el hospital “San Juan” o en el hospital de Niños. La verdad es que desconozco actualmente si funciona el sistema, digamos.”

-“HM1: (...) Lo que es el comité, formado acá, de ética, no está en concreto bien formado. No estamos comunicados como empleados ni como profesionales de las personas que integran, de qué función tienen, qué finalidad... Tenemos todo tipo de desconocimiento de eso...

[...]

-HM1: O quizá está, pero no nos pueden, no sé... tenemos desconocimiento total, porque puede que esté el comité, pero a nivel profesional, o sea, no a nivel institucional...

-ERG: Pero no se haga conocer...

-HM1: Que sea un comité de ética, pero para que sea formado en el momento para casos puntuales. Usted sabe que nosotros acá tenemos juicios de mala praxis, todo ese tipo de cosas...

-ERG: Claro...

-HM1: Entonces, quizá, el comité se forma en el momento para salvar la situación, y siguen. Pero nosotros, acá, como institución... Vale decir, protocolar...

-ERG: Estable...

-HM1: En un organigrama no está discriminado, diciendo: El comité es este, los profesionales que lo conforman son estos, la función de cada uno es esto, y cualquier situación deben comunicarse... Eso no está, acá en esta institución, no.”

93

Una respuesta distinta consiste en reconocer que no existe CHE o CBI, ya sea a nivel institucional o a nivel provincial, pero se ha estado elaborando una solución al respecto:

-“HN4: Nosotros... -Desconozco de otros hospitales.- Nosotros constituimos un comité de bioética precisamente a principios de este año... [...] Pero se fue disolviendo, porque la mayoría que integrábamos ese comité no teníamos también un conocimiento de una... Todos teníamos la mejor voluntad, pero no teníamos una formación específica en bioética. O sea, más allá que compartíamos artículos científicos de bioética y cómo

integrar un comité de bioética. Hubo una persona que estuvo, digamos, muy comprometida con esto, que fue HN2, que fue quien recurrió a la ley y todo el formato para armar el comité. Pero siempre era por A o por B, no nos podíamos juntar. Porque la mayoría somos asistenciales...

-ERG: Claro...

-HN4: Y tenemos otro tipo de actividades. Entonces el comité se fue disolviendo. De hecho, quedó sólo el grupo de WhatsApp, pero se fue disolviendo de a poco.

[...]

-HN4: En realidad nosotros comité de ética en investigación no, no tenemos... comité de ética... Nosotros sí tenemos un comité de docencia que, bueno, lo único que hacemos es valorar, digamos, las diferentes instancias administrativas de lo que se está haciendo de los anteproyectos. Por ahí, si se requiere o no el caso, son casos excepcionales, se puede llegar a hacer algún tipo de sugerencias. Pero también entendemos que eso ya pasó por un comité evaluador. Así que nosotros, más allá de que cumpla los trámites administrativos, más no podemos hacer..."

-“HN1: Sí, bueno. Por eso es lo que recién le comento que yo sé que no hay en la provincia. Sí sé que la misma provincia, a través de la dirección de docencia de la provincia –que no sé si usted sabe que hay...

-ERG: En el ministerio...

-HN1: En el ministerio de salud está -bueno, hasta la semana pasada, hoy ya no sé si sigue, la dirección de docencia-. En ese momento ellos habían llamado y participaban diferentes referentes de varios hospitales. De este hospital no había nadie. Y después, bueno, por el mismo hecho -que le comentaba la licenciada- que se trabaja más en lo asistencial que en docencia e investigación, también se ha disuelto ese comité. Lo último que yo sabía en la gestión anterior -no sé en este momento-, que ellos iban a hacer una proposición a la UNCA para que se trabaje en la organización de un comité de ética.

Si se vinculan estas afirmaciones, recogidas en el Hospital Interzonal de Niños “Eva Perón” y en el Hospital Maternidad Provincial “25 de mayo”, con la nota formal N° 119/23 del Hospital Interzonal “San Juan Bautista” que informa acerca de sus comités –entre los que se encuentra el de ética hospitalaria- como

“de constitución transitoria y ocasional”, es posible afirmar que, aunque no tienen una existencia estable, los Comités Hospitalarios de Ética y los Comités de Bioética en Investigación existen como un objetivo a lograr -tanto en las instituciones como en las personas-, al menos desde la sanción de la Ley provincial N° 5.057.

En lo atinente a las respuestas de la segunda parte de la entrevista, la pregunta “h” que indagaba acerca de la valoración otorgada a la existencia de los comités en las instituciones de salud consiguió una evaluación positiva generalizada. Algunas opiniones expresan taxativamente la importancia de los comités:

-“Sí, totalmente. No sólo que nos jerarquiza como institución, sino que nos ayuda también a visibilizar, a conocer nuestro trabajo, a conocer cuáles son los límites que uno debe afrontar ante un proyecto de investigación y demás. Sí, debería haber comité de ética. Sí, es necesario...” (HN4)

95

-“Sí. Sí, sí. Es muy importante la presencia. La verdad que se debería crear acá un comité. Sí tengo conocimiento, por ejemplo, yo estuve en lo que es el colegio de enfermería, ahí está el comité de ética. Pero no de las instituciones, y debería estar...” (HM4)

Otros casos argumentan acerca del valor de los comités desde una perspectiva utilitaria, que pondera los beneficios: respeto por las incumbencias profesionales, conflictos de derechos, evaluación permanente, defensa de la vida, defensa de los derechos del paciente, toma de decisiones colectivamente acordadas, etc.:

-“Sí, es muy importante. Tanto el de bioética como el de biomédica. El de bioética me está diciendo a mí la incumbencia de los profesionales. O sea, si se cumple -por ejemplo-. Nosotros sabemos -como profesionales de enfermería- qué

incumbencias y qué no tenemos, con respecto al paciente. ¿Sí? Primero sería, por ejemplo, en este momento que usted me está manifestando a mí, el consentimiento informado. Por ejemplo, yo sé que mi incumbencia ante a un paciente entre... el... el... por ejemplo, la práctica médica que... la práctica profesional que yo le voy a hacer a ese paciente me permite a mí darle las primeras explicaciones... el pro y los contras del tratamiento que yo le voy a dar. ¿Verdad?” (HM1)

-“Sí, considero valiosa por esto que por ahí en salud atravesamos temas complejos -¿No?-. Por ejemplo, acá en la maternidad le doy un ejemplo, quizá, concreto que puede servir: casos de interrupciones en embarazos no viables, grandes, y que la mujer –quizás- no quiere interrumpir. Y que tiene indicación por riesgo de vida, por ejemplo, que es una causal ILE (Interrupción Legal del Embarazo) avalada por el código Penal. Y, bueno, es muy difícil... como ejemplo -¿No?-. pero sí nos podemos encontrar en la práctica diaria con situaciones como esta que requieren por ahí del trabajo interdisciplinario, de la opinión de diferentes profesionales o de referentes para llegar, por ahí, a una conclusión y... quizás, poder definir algún caso que pueda ayudar a la definición de algún caso... Nosotros hemos tenido casos, por ejemplo, de –que se ve mucho acá- malformaciones incompatibles con la vida. Y que la madre se aferra a eso, obviamente, aun sabiendo que no es viable y que está la opción de interrumpir y no lo desea... Y bueno, son casos que por ahí nosotros podemos, desde la psicología con los profesionales abordarlo, pero es bueno tener un campo más amplio, una opinión más amplia...” (HM2)

-“¿Si considero necesario? Sí. Me parece que hay casos que hay que ‘reverse’ y que, generalmente, bueno, la comisión lo arma antes, la comisión de investigación o el comité de bioética bien formado, sí es necesario...” (HM3)

-“Son muy valiosas y necesarias... Y una materia pendiente en la mayoría de los centros de salud. Debido a que... De bioética, específicamente. Porque estamos trabajando con vidas humanas, y muchas veces nos encontramos en la... en la problemática de que hay que resolver, tomar decisiones que afectan, por ejemplo, en nuestro caso: la maternidad provincial, afectan dos vidas. Y es compleja la tarea de tener que decidir

o brindar cuidado. O no. Tener que...que ser como árbitros en ese tema.” (HM5)

-“Pareciera que sí. Importantísimo para que se... no se violen los derechos, digamos, de los pacientes que asisten al servicio de salud. Y puedan también tener algún tipo de respaldo. ¿No? Donde quejarse, o donde recurrir para tener información de cómo proceder ante algún procedimiento que no hayan estado conforme.” (HM7)

-“Ah!... Eh... Sí. Yo, supongo que sí. O sea, creo que sí. Tiene q... eh... Es importante, porque... digamos... Son comités que están, digamos, como para regular y controlar ciertos aspectos que por ahí no... Escapan de las manos de un individuo, de una... al tomar, digamos, decisiones en conjunto y evaluar distintos aspectos, es como que se toma algo más serio y justo, por así decirlo.” (HM6)

Una respuesta, en particular, vincula el valor de los comités a la dificultad de encontrar un tiempo común para la tarea que ese tipo de cuerpo colegiado amerita frente a las diversas ocupaciones y horarios de cada individuo en la labor diaria del centro de salud. Además, se recalca el carácter ad honorem del trabajo en los comités:

- “HN2: Nuestros movimientos, las cosas son diferentes, son... es muy difícil reunirse...
- HN3: Exactamente...
- HN2: Pero, hace falta. Es algo que es necesario...
- ERG: Es como un sobreesfuerzo que hay que hacer y coordinar... Eso es muy difícil...
- HN1: Aparte que no hay ninguna remuneración, de ningún tipo. Ni manifestación de apoyo, a veces al contrario...”

Es relevante esta perspectiva que rescata el carácter conflictivo implícito en la constitución de Comités Hospitalarios de Ética y Comités de Bioética en Investigación, más allá del valor intrínseco que se les pueda reconocer. Las

condiciones para realizar algo valioso terminan siendo tan relevantes como el valor mismo.

La siguiente pregunta aborda, por un lado, las expectativas sobre los tipos de intervención que se esperan de un comité y, por otro lado, el reconocimiento de casos en los que hubiera sido conveniente la participación de un CHE. Algunas respuestas fueron incluidas en la correspondiente a la anterior pregunta sobre la valoración de los comités: “Sí. Este caso, por ejemplo.” (HM2) También se respondió de una manera que apunta a una posibilidad general de intervención:

-“Sí. Sí, sí. Puede ir de la parte referida a lo que es la salud o la atención de los pacientes, a lo que es el trabajo en equipo, el trato del personal, también.” (HM4)

-“Eh... de intervención, supongo que las tomas de decisiones en donde no es fácil, digamos, este... en sí, tomar una decisión. Entonces eh..., supongo, que como comité evalúan distintos aspectos y llevan a cabo, digamos, la... la decisión en sí.” (HM6)

-“Sí, en realidad los comités lo que hacen es: Se les presenta un caso, y lo que hace el comité es analizarlo. Obviamente es un comité interdisciplinario. Y lo que hace el comité es emitir sugerencias en relación a las situaciones que se presentan. Son casos muy complejos, sobre todo esos de la bioética, muy complejos de analizar y, bueno, posterior a ello emite una sugerencia, un dictamen... Una sugerencia, sobre todo, ¿no? un dictamen, para que el equipo solicitante vea si lo toma o no. Pero sí considero que es necesario, y también en la investigación.” (HN4)

-“No. No conozco casos. Eh... Pero... -personales, digamos- pero, por así de comentarios de gente, bueno, sí. No es lo mismo el servicio que se recibe acá que el que he tenido la oportunidad

de asistir en Buenos Aires, en el Hospital Italiano totalmente distinto. La burocracia y todo el procedimiento es mucho más ordenado y accesible que acá, inclusive.” (HM7)

Otras respuestas se enfocaron más en tipificar casos donde la presencia de un comité resulta necesaria:

-“Sí, hay casos como muy debatidos, digamos. Aparecen, sí, de vez en cuando. Pero sí, creo que es una intervención... Haría falta, sí...” (HM3)

-“Sí. Eh... Sí, la verdad que sí hemos tenido casos en los cuales no se... no, como... Al no tener comité han tenido que... las personas que se creyeron que eran más adecuadas para tomar una decisión en ese tiempo se reunieron, y hablaron e intercambiaron. Y, bueno, se tomaron las decisiones. Pero sí hubo momentos en que fue necesario. Y cuando surgen esos momentos de... de necesidad es cuando se plantea la problemática de decir: “Nos hace falta un comité de bioética. Necesitamos conformar un comité...” Pero, bueno, lamentablemente, ese... ese análisis lo hacemos ante las situaciones problemáticas. No en lo cotidiano de la vida.” (HM5)

-“HM1: Acá nos pasa mucho con las obstétricas, pasa mucho con las obstétricas... las obstétricas vienen con una carga horaria con una sobrecarga de trabajo que se la permite el ministerio de salud. ¿Por qué? Porque hay una falta de profesionales con esa experiencia, con esa preparación... Entonces, acá tenemos nosotros la misma formación que las obstétricas: cinco años de licenciatura...

-ERG: Claro...

-HM1: ¿Qué pasa? Tenemos la misma formación de cinco años de licenciatura, pero ellas, al tener más incumbencias – incumbencias que les permiten los médicos, que les permiten los mismos colegas y, no sé, los comités-. Pero, entonces, ellas hacen cosas que no les corresponde, que están limitadas por nosotros. Nosotros sabemos qué lugar... Entonces ellas medican, ellas hacen partos, a veces, sin asistencia del profesional. O sea, se hacen partos... con la demanda de oferta y demanda que nosotros tenemos en esta institución, a veces ellas participan en los partos, pero no con el médico al lado. A veces se hacen tres partos simultáneos con asistencia

de tres partos a la vez. O sea, esa también es una realidad... Hay que comparar la oferta con la demanda para poder... Ellas tienen mucha incumbencia y son las que participan en la mayoría de los casos de mala praxis...

-ERG: Claro... Y esa también es materia para los comités...

-HM1: Y el comité de bioética, bueno, tiene que saber que... que... este... Nosotros no sabemos, por ejemplo, si en estos momentos estamos ahora con un problema. Tenemos el servicio de limpieza que está de paro por falta de pago. Eso es un problema para el comité de bioética... No podemos seguir trabajando si no tenemos las instalaciones en condiciones..."

La pregunta "j", que plantea si los comités debieran estar más relacionados con la comunidad o con las/os profesionales, consiguió tres tipos de respuesta. Una postura que ve como más relevante para el comité la atención del ámbito del ejercicio profesional de las/os agentes de salud, casi superponiéndose a la labor de una asociación profesional cuando evalúa deontológicamente a sus miembros: "Eh... Con la... Para mí, con los profesionales." (HM5)

100

-“Primero, como en la casa. Lavemos los trapos en la casa. ¿O no? Y después, salgamos a la calle. ¿O no? (...) Es así... Entonces no podemos tener un comité de bioética si yo... Mirá, nosotros teníamos un profesional, que está a la cabeza de esto, que una vez dijo: No, nosotros lo, lo... es como la casa. Los papás se pelean, los chicos no cuentan las cosas que pasan... ¡No es así! Entonces vos tenés un comité de ... El comité de bioética les va a decir: ¿Señora, por qué usted puso ese inyectable sin indicación médica?... ¿Sabe lo que usted... se merece eso, primero? Capacitarlo... Y si... ver, si realmente necesita un cambio de función. Eso tampoco tenemos.” (HM1)

-“¡Difícil la pregunta! La verdad es que, bueno, institucionalmente por ahí se manejan, digamos, otros términos, otros... Pero sí,

obviamente, repercute en la comunidad. Pero, más que todo depende de las profesiones que tratan cada caso en particular.” (HM3)

-“El conflicto no sólo de los pacientes, sino también las personas tenemos conflictos en la relación laboral también. Entonces, ese comité estaba guiado para eso. Para solucionar, para opinar sobre nuestros problemas en el ejercicio de la profesión.” (HN3)

Otra opinión que considera más apropiado que el comité esté más inclinado a la comunidad del medio social donde está inserta la institución sanitaria:

-“Lo que pasa es que yo considero que para integrar el comité nosotros no podemos estar ajenos a la situación social que atraviesa nuestro país, nuestra provincia y demás. Todo eso, digamos, confluye ante una situación determinada. Y todo tiene múltiples factores que pueden ser de origen económico, de origen social, cultural, lo que fuera. Influye en los tipos de intervenciones que ocurren en la institución, si hay algún tipo de problemática con los usuarios y demás, hay que ver qué sucedió con esa familia, cómo se le comunicó los diagnósticos y esas cosas... es muy importante. Y también el nivel de comprensión que puede llegar a tener la persona. Por eso digo, influye mucho todo el contexto, no sólo lo intramuro o intrainstitucional, sino también el contexto que te rodea.” (HN4)

101

Y, finalmente, una perspectiva que vincula los comités a ambos actores – la comunidad y las/os profesionales-, pero rescatando la importancia de que la gente común sea incluida y convocada a la tarea de una valoración ética respecto del sistema sanitario: “Con ambos.” (HM4) “Yo creo que con ambos...” (HM6) “Con ambos. Con ambos, sí. Sería importante.” (HM7)

-“Yo creo que puede ser con ambos... creo que puede ser con ambos, sí. De hecho, también hay casos, por ejemplo, que –bueno- personas con cierta –digamos- devoción religiosa que no permiten, por ejemplo, transfusiones de sangre, que sabemos que están en riesgo de vida. Son casos que hay que respetar, porque la culturalidad, lo religioso –obviamente- se respeta y tiene un derecho. Pero es muy difícil para un profesional que está formado para ayudar a vida, más que todo acá en la maternidad que traemos niños al mundo y todo lo demás. Es, por ahí, decisiones que son muy difícil. Pero me parece que está bueno que la comunidad participe también.” (HM2)

La última pregunta indaga sobre la posibilidad de un mejoramiento de la atención a las/os/es pacientes a partir del aporte que puede realizar un comité. En ese sentido hay percepciones que apuntan a una capacidad protectora, fundamentalmente para las/os/es pacientes:

-“Sí, me parece que sí, que a partir de un comité se puede beneficiar, digamos, el paciente o, en determinado caso, si la persona que... ¿no? Obviamente deba hacer caso...” (HM3)

-“Y bueno, es lo que le comentaba. ¿Sí? De ver los derechos del paciente, que se cumplan sus derechos. El tema de su salud, si se cometió algún tipo de... de algún procedimiento que es inadecuado, una mala praxis, algo que estén respaldados por el comité.” (HM4)

-“Eh... La verdad que, bueno, no tenemos... no tengo la experiencia, pero, supongo que es como que los van, a través de las ramas que lo conformen, en su momento, se irá viendo qué es lo mejor para el paciente, para la comunidad, para los usuarios que tengamos en el sistema.” (HM5)

-“No sé bien cómo... No la estoy entendiendo mucho a la pregunta de por sí... (...) Pero calculo que, como todo comité, brindaría un servicio que acompañe a los pacientes para una atención mejor, digamos.” (HM7)

Otras respuestas apuntan a valorar la capacidad analítica de los comités como factor determinante del mejoramiento de la atención al público:

-“Bueno, yo creo que cada situación... Yo creo que al comité no sólo deben llegar situaciones que, por ahí, quizás, ya sobrepasan la capacidad del equipo interviniente, sino... Toda situación debe analizarse. Situación que generó algún tipo de impacto en la organización, debe ser analizada. No solamente aquellas situaciones que son, digamos, en el caso de la bioética, en el caso de la limitación del soporte terapéutico. O sea, hay muchas situaciones que ocurren en nuestra institución deberían tener un análisis de caso de un equipo interdisciplinario. Y ahí también tendría que intervenir el comité de ética. Suceden muchas cosas que no son analizadas.” (HN4)

-“HM2: Creo que teniendo esto: análisis de cada caso que se presenta. Y después, haciendo devoluciones. Se me ocurre eso.
-ERG: Como una retroalimentación...
-HM2: Como una retroalimentación, sí. O de casos así, sin complejos...”

103

-“Em... y a la vez de que se van tocando temas en los comités, digamos, sobre asuntos puntuales ya se sabe cómo enfrentar, quizás una misma situación que se vuelva repetir, entonces este... ahí ya, digamos, se va avanzando... Ya se tiene conocimiento de una situación, entonces, ya se puede actuar mejor. Ya no con desconocimiento, digamos...” (HM6)

Sin embargo, hubo quien se refirió al condicionamiento político, organizacional y administrativo que debe superar un proyecto de comité de bioética para llegar a tener algún impacto en la realidad de los nosocomios o para establecer un mínimo de orden:

-“HN3: Ese es el problema que no tiene fuerza [el proyecto de un comité de bioética], o sea, no tiene una decisión política para que esto tenga viabilidad. No es viable, entonces está para voluntad de los integrantes...”

- HN2: En la charla de pasillo todos dicen 'le demos', pero políticamente cómo lo hagamos, no... Se conformó un comité de calidad dentro del hospital, fue posterior pero como es más fuerte, se lo hizo... está...
- HN3: Ese es más fuerte..."

- “Ellos hablan de capacitación constante... No tenemos. ¿Me entendés?... Hablamos de que todos tenemos que ir hacia bioética... ¿Y los protocolos? Acá nosotros tenemos distintos niveles de formación. Tenemos auxiliares de enfermería, técnicos que están saliendo de los IES, profesionales universitarios, profesionales terciarios, gente... tenemos una chica que es del exterior, o sea, es chilena: tiene un título que no es de acá... ¿Me entendés?... ¿Entonces, cómo controlás que todos trabajen a la misma manera?... Si no tenés un protocolo... Yo te invito ahora, que vamos ya, al servicio de internados, y pidás el protocolo de trabajo... No existe. ¿Entonces, cómo podés vos reclamarle al profesional si no le diste las herramientas? Y cuando yo lo propuse, hace poco, como colega... diciéndole... o sea, vos estás en el comité de bio... vos estás en el comité de seguridad del paciente. Vos sabés lo que significa eso. ¿O no? ¿Usted lo sabe?... Bueno... Entonces le digo yo: ¿Cómo vos me podés venir a decir mí que no existe un protocolo para el internado? No existe un protocolo para el respeto de la visita al paciente... si yo tengo que desempeñar mi trabajo... “No, pero esta es la maternidad central de la familia” ... Maternidad central de la familia... que es algo muy distinto a lo que vos me estás haciendo...” (HM1)

104

Al cierre de cada entrevista se propuso a las/os/es interlocutoras/es que hicieran observaciones o comentarios. En tres ocasiones no manifestaron tener aportes y, en otras dos, respondieron consultas realizadas por el entrevistador. La primera consulta fue un pedido de aclaración acerca de la expresión “somos asistenciales”:

- “ERG: Cuando hablaba del comité que se había armado y que luego se había diluido. Cuando decía que eran “asistenciales” ¿Qué implica esto, digamos, que para esa tarea del comité implicaba como un sobreesfuerzo respecto de todas las otras tareas?
- HN4: Sí. Lo que no está establecido en nuestra organización es que las personas que integran diferentes tipos de comité -sea

docencia, sea de calidad o de investigación, lo que fuere-, no tiene unas horas destinadas a la concurrencia a las reuniones. Entonces, muchas veces pasa que los integrantes están realizando otras actividades propias de sus funciones dentro de la institución, y no pueden asistir a las reuniones. Entonces debería, a mi criterio, existir como una resolución interna en la cual diga: Tal agente está afectado los días miércoles de 10 a 12 al comité de ética. Entonces uno puede producir más. Eso, porque no se puede hacer asistencial e integrar diferentes comités. No se pueden las dos cosas, es inviable...

-ERG: Claro, porque todo lleva su tiempo...

-HN4: Totalmente, totalmente... Un médico de terapia intensiva que integra un comité -hoy- de calidad, muchas veces no puede participar porque está intubando un paciente. Entonces, ver eso de la gestión del tiempo, no sólo personal sino también institucional. Que las personas que están reconocidas por una resolución, que tengan esta autorización por parte de la gestión del hospital. Que diga -a ver-, los días miércoles de 22 a... ¡perdón! De 10 de la mañana a 12, por ejemplo, están afectados al comité de ética, por dar un ejemplo. No existe eso en esta institución, entonces por eso los comités terminan también...

-ERG: Claro, las condiciones no ayudan...

-HN4: No ayudan, totalmente...

La otra consulta fue sobre lo que implica la condición de hospital-escuela respecto de las/os practicantes que transitan el centro de salud:

-“ERG: Una preguntita, disculpe. ¿Este hospital es hospital-escuela? ¿Tienen practicantes?...

-HN1: Sí, sí... No, nosotros no tenemos practicantes. Nosotros tenemos la parte de pregrado que son los estudiantes de instituciones. Vienen desde técnicos bioquímicos, técnicos en recursos humanos. Y después, de las carreras universitarias vienen médicos...

[...]

-HN1: ...vienen médicos, vienen nutricionistas, enfermeras... (...) Este... ah, que sí, no eso, no tenemos nosotros practicantes. O son de pregrado, que tienen que venir de una institución. O del posgrado, de diferentes universidades. Vienen de la Universidad de Córdoba, de la Universidad de La Rioja, de la Universidad de Catamarca, de la UBA de Buenos Aires, pero practicantes no. Por ahí, el régimen de otros, pero nosotros no tenemos, son estudiantes.”

En los restantes casos los comentarios ponderaron la importancia de los Comités Hospitalarios de Ética / Comités de Bioética en Investigación para las instituciones en las que se desempeñan:

-“HM2: Recalcar que, por ahí, me parece importante que todos los hospitales pudiéramos tener un comité. Y que, a su vez, a nivel provincia podamos interactuar juntos. Eso me parece interesante... que es algo que tenemos pendiente y que alguna vez acá en la maternidad lo vimos como una necesidad, bueno, por cuestiones quedó ahí. Pero es algo que hay que reflotar. Sí.

-ERG: Siempre lo urgente se impone...

-HM2: Sí, por ahí el trabajo, las cuestiones, como dice usted, prioridades urgentes nos van llevando en el trabajo diario a hacer otras cosas, pero no es un tema sin importancia. Así como existe, acá tenemos un comité de morbi-mortalidad donde se analizan todos los casos de muerte. Para determinar, bueno, qué, cuál es el error, por ahí, para no volver a cometer el mismo error dos veces. Siempre hay cuestiones –en este caso muertes- que hay que revisar... hay que revisar. Entonces, así como tenemos comité de mortalidad, hay comité de infecciones también. Que todo esto, obviamente, sirve para... de ahí surgen las sugerencias para mejor, para mejorar, ¿sí? Y esto sería lo mismo, digamos. El mismo objetivo, digamos...

-ERG: Para el resto de casos...

-HM2: Sí. Pero, por ahí, un poco más complejo. Porque es más amplio, porque requiere otras...eh... un conjunto de recursos humanos mucho más interdisciplinario de lo que puede un comité de mortalidad o de infecciones. Pero es muy interesante.”

-“Y estaría bueno, sí, que se vuelva a formar el comité, digamos, más que todo acá en la maternidad porque hay casos que son para debatir o que son especiales y que hay que tratar. Sería algo a considerar...” (HM3)

-“No, la verdad que, bueno, me gusta que haya venido para refrescarnos que esto también existe. Y, bueno, ojalá algún día podamos, realmente, tener un comité de bioética, en nuestro caso de ética. Bueno, me parece muy valiosa la entrevista y la

tarea que está haciendo. Ojalá, cuando la tenga a la conclusión, por ahí nos la puede compartir.” (HM5)

Reflexiones de cierre y apertura

La incógnita inicial respecto de la existencia de los Comités Hospitalarios de Ética en Catamarca ha sido respondida por la constatación de que no existen como tales, pero que sí hubo esfuerzos por generar Comités de Bioética en investigación tanto a nivel ministerial como en alguno de los hospitales de referencia. Por otro lado, se abren nuevos horizontes a la investigación vinculada a los CHE, como el estudio de las posibles causas que han incidido en la no ejecución efectiva de la Ley provincial N° 5.057/2001, así como la pesquisa sobre las condiciones necesarias para la creación y mantenimiento de los CHE en todo el ámbito provincial.

En lo vinculado a la denominación de este tipo de cuerpos colegiados sería propicio incentivar la universalización del uso de la propuesta de la UNESCO (2006). Es decir: “Comités de ética asistencial u hospitalaria” (CEA/CEH) y “Comités de ética de la investigación” (CEI). Ciertamente se trata de nominaciones que pueden ser mejoradas y especificadas como, por ejemplo, “Comités de bioética en asistencia sanitaria” y “Comités de bioética en investigación sanitaria”. En estos casos se pone el énfasis en el campo de la bioética, que es una especialización de la ética (pero simultáneamente se manifiesta la tensión entre una perspectiva restrictiva, especializada, y otra amplia que incluye supuestos teóricos más generales y abstractos), y se indica que el objeto es la asistencia o la investigación realizadas en el ámbito sanitario. Pero tal precisión puede terminar siendo operativamente inconveniente, ya que la bioética –sobre todo en Latinoamérica- se está abriendo cada vez más a otros

campos distintos del sanitario, aunque vinculados a él. Por eso parece prudente tomar, como una solución salomónica, la propuesta de denominaciones elaborada por la UNESCO (2005).

A propósito de los tres modelos, propuestos por Tealdi & Mainetti (1990), en las instituciones sanitarias catamarqueñas es posible reconocer una tendencia a concebir los comités de bioética como una confluencia del tercero y el segundo, es decir una mezcla entre un modelo de comité deontológico-técnico y un modelo de comité jurídico-científico. Por lo que se debiera trabajar en el conocimiento y apropiación del primer modelo, el del comité ético-praxiológico, que se relaciona más directamente con los comités de ética asistencial u hospitalaria. De ello se desprende la necesidad de actualizar el marco normativo, tanto provincial como federal, en lo que a distinción conceptual entre CEA y CEI respecta y, sobre todo, en su articulación y coordinación. Sin embargo, eso no sería suficiente sin un proyecto educativo sobre bioética, de largo alcance. La función educativa de los comités de bioética es consecuencia, pero también causa, de ellos. Por una parte, son necesarios los comités de bioética para que se ejerza la función educadora y difusora de la bioética en la sociedad, mas, por otra parte, es necesario que haya una educación bioética de las/os ciudadanas/os para que se puedan constituir los comités.

Tal como se puede apreciar en los antecedentes de estudios sobre el tema, los abordajes más recientes se enfocan en los comités de ética de la investigación, sobre todo en Buenos Aires y Córdoba, quedando en las etapas anteriores –vinculadas a políticas neoliberales dirigidas a la privatización del sistema sanitario, con la consecuente imposición de estándares de calidad para

estimular la competitividad- la preocupación por los comités hospitalarios de ética. Evidentemente ello responde a las vicisitudes atravesadas por el sistema de salud pública y a la enorme influencia de la industria farmacéutica multinacional. Lo cual no quiere decir que los CHE carezcan de relevancia y sentido para el cuidado de la salud poblacional. Para contribuir a su establecimiento, se revisó lo dicho sobre sus funciones y funcionamiento, considerando los aportes de las éticas del cuidado y de las perspectivas feministas, y tomando nota de los vínculos entre la bioética y la biopolítica.

La ética del cuidado, la (bio)ética para todos los seres y la bioética de protección dialogan y confluyen en necesidad de disminuir las asimetrías sociales y proteger a los excluidos del mercado. Por eso se postula que los comités de ética deben tener como miembros a representantes de la comunidad. ¿Qué condiciones de posibilidad hay en Catamarca para que ello ocurra?

110

La cosmovisión del buen vivir no sólo se opone al discurso del “vivir mejor” que usa el neoliberalismo para exacerbar el consumo, sin reparar en las consecuencias devastadoras del equilibrio ecológico y social, sino que implica una organización social comunitaria e intercultural que rechace todo tipo de asimetría de poder, género, raza, respetando a todo ser, aceptando sus diferencias y semejanzas. A pesar de ello, la bioética sigue siendo planteada como eminentemente interdisciplinaria, sobre todo en la conformación de los comités de ética, y por ello vinculada a los saberes expertos, especializados según el criterio de la ciencia moderna. No hay lugar para otro tipo de saberes. Las culturas son visiones y saberes no disciplinarios que pueden aportar nuevas perspectivas para la solución de los problemas bioéticos. En ese sentido, la

bioética de intervención propone que los comités bioéticos no sean meramente interdisciplinarios sino fundamentalmente interculturales.

Según el análisis de Tealdi (1991), todos los miembros deben abandonar su identidad particular y asimilarse al ideal de comité, pero tal criterio debe ser criticado y objetado porque reproduce la relación de dominación colonialista bajo la forma de un mandato de asimilación. Justamente las/os/es representantes de la comunidad no deben despreciar su identidad, sino indicar al comité qué valores y principios de su cultura deben orientar su labor y hasta su constitución. El comité debe adecuarse a la comunidad. Es más, cabe plantear críticamente, al sistema sanitario, si lo que se impone como comité de ética es una forma propia y apropiada de ejercer el derecho a la salud -o el derecho a mantenerse sanos- de cada comunidad. ¿Es justo y suficiente la exigencia de consentimientos informados a individuos y comunidades? ¿Hay otras posibilidades?... ¿Qué es la salud y la enfermedad para las comunidades originarias y para las poblaciones campesinas de Catamarca? ¿Cómo debiera ser un comité de bioética que se adecue?...

111

El involucramiento político de la bioética no debería conformarse con el marco de referencia del utilitarismo, que se supedita al régimen capitalista que genera las injusticias y desigualdades, sino que debería abrir la discusión como propone el “principio vida” que sugiere Dussel (1998). Claramente se explicita la interdependencia de la vida concreta de cada sujeto humano con la comunidad de vida en la que llega a la existencia y la que le proporciona una concepción de vida buena dentro de los valores propios de su identidad cultural. Pero no se

queda ahí, sino que ese ethos, esa moralidad situada, local, se abre solidariamente a toda la humanidad, ya que ninguna comunidad se sostiene sola.

Ahora bien, cómo lograr la transición de la construcción interdisciplinaria de la identidad de los Comités Hospitalarios de Ética propuesta por Tealdi (1991) hacia un replanteo intercultural de su estructura y método, siguiendo la propuesta de Rivas-Muñoz y compañeros (2015), para asumir su poder biopolítico y liberador, al modo que sugiere Arpini (2016). El principio material de la vida humana bien se puede articular con los conceptos de protección, cuidado y compasión laica mencionados por Ribeiro Possamai y Siqueira-Batista (2022). El desafío es buscar una salida no sólo teórica, sino también política.

En Argentina y, por ende, en Catamarca, la tarea de constituir Comités Hospitalarios de Ética, amén de la complejidad que puede tener en abstracto, debe afrontar la realidad local con los recaudos que señalan las corrientes latinoamericanas de la bioética, como las presentadas: bioética de protección y bioética de intervención. Las opiniones recogidas en este trabajo manifiestan el reconocimiento de la importancia de este tipo de cuerpos colegiados, desde una perspectiva que considera los beneficios tanto en el ejercicio, administración y control de las profesiones y los servicios sanitarios, como en la protección y defensa de los derechos de los pacientes. Pero también, desde este punto de vista, se señala como un escollo el carácter ad honorem que el marco legal otorga a este tipo de actividad. Asimismo, hubo voces que plantearon una tensión entre la importancia de los comités de bioética y los estándares de productividad que reducen la calidad del servicio sanitario a mera eficacia, en detrimento de la eficiencia: lo urgente fagocita a lo necesario.

Respecto a la expectativa del tipo de intervención de los Comités Hospitalarios de Ética, su carácter interdisciplinario permite suponer que son un adecuado modo de afrontar situaciones moralmente dilemáticas que repercuten negativamente en la efectividad del sistema de salud. Sin embargo, el señalamiento de que es necesaria una apertura a la comunidad como contralor, en la composición de los integrantes de los comités, permite la esperanza de discutir formas de alcanzar la interculturalidad en el futuro próximo.

En definitiva, este estudio permite configurar un horizonte de sentido para los Comités Hospitalarios de Ética y los Comités de Bioética en Investigación en Catamarca que incluya la protección de las/os/es pacientes, el análisis de la praxis y los vínculos existentes en las instituciones sanitarias, y políticas que garanticen el derecho humano a la salud y a condiciones de vida dignas.

Referencias bibliográficas:

- Álvarez, Jorge Alberto & López Moreno, Sergio (2016) “Los comités hospitalarios de bioética y la educación en salud: notas para la discusión”. Revista Latinoamericana de Bioética, 17(1), 184-199. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rubi.2343> Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia.
- Arpini, Adriana María (2016) “Para una fundamentación de la bioética de intervención. Aportes desde la ética de la liberación latinoamericana”. En: Revista Redbioética/UNESCO, Año 7, 1 (13), enero - junio 2016. ISSN 2077-9445
- Boff Leonardo (2005) “O cuidado essencial: princípio de um novo ethos”. Revista Inclusão Social. 2005;1(1):28-35. En: <https://bit.ly/36cnYUI>
- Brena Sesma, Ingrid (2004) El Derecho y la Salud. Temas a reflexionar. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Estudios Jurídicos, Núm. 57. Universidad Nacional Autónoma de México. México. ISBN 970-32-1522-X.
- Chaves Zambrano, Miguel Ángel (2008) “Consulta en ética clínica” En: Tealdi, Juan Carlos (Dir.) (2008) Diccionario Latinoamericano de Bioética. UNESCO/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Digilio, Patricia (2004) “Los comités hospitalarios de ética y sus implicaciones para la formulación de las políticas públicas de salud” en: www.msalud.gov.ar Ministerio de Salud de la Nación, Publicaciones 2004.

- Diniz, Debora & Guilhem, Dirce (2008) Bioética feminista na América Latina: a contribuição das Mulheres. En Estudos Feministas, Florianópolis, 16(2) mayo-agosto 2008, pp. 599-612
- Dreyfus, Hubert L. & Rabinow, Paul (2001) Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Dussel, Enrique (1998) Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión. Trotta, Madrid.
- Esquisabel, Oscar (1995) "Praxis médica y discurso. La racionalidad argumentativa en los Comités Hospitalarios de Ética" (mimeo) En: https://www.academia.edu/49999357/PRAXIS_MEDICA_Y_DISCURSO_LA_RACIONALIDAD_ARGUMENTATIVA_EN_LOS_COMITES_HOSPITALARIOS_DE_ETICA
- Fassin, Didier (2022) ¿Cuánto vale una vida? Siglo XXI Editores, Buenos Aires.
- Foucault, Michel (2008) Nietzsche, la genealogía, la historia. Pre-Textos, Valencia. 1º ed. 6º reimp. Traducción: José Vázquez Pérez.
- Foucault, Michel (2014) Defender la sociedad. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. 1º ed. 6º reimp. Traducción: Horacio Pons.
- Galati, Elvio (2017) "Notas sobre los comités de ética de la investigación científica" en <http://www.aabioetica.org/reflexiones/reflo1.pdf> (25.6.2017).
- Garrafa, Volnei (2005) "Da bioética de princípios a uma bioética interventiva". En: Revista Bioética 2005 – vol. 13, nº 1, Conselho Federal de Medicina, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

- Gonorazky, Sergio (2008) “Comités de Ética Independientes para la Investigación Clínica en la Argentina. Evaluación y sistema para garantizar su independencia”. En: Medicina N° 68, año 2008. ISSN 0025-7680
- Instituto Nacional de Estadística y Censos -INDEC- (2023) Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: resultados provisionales. 1ra. Ed. C.A.B.A. Libro digital ISBN 978-950-896-633-9.
- Luna, Florencia & Bertomeu, María Julia (1998) “Comités de ética en la Argentina”. En: <https://es.scribd.com/document/464113926/Luna-Bertomeu-Comites-de-Etica-en-Argentina-1998>
- Luna, Florencia. (2019) “Comités de ética”. Clase 7. Bloque I. Maestría en Bioética: Introducción a la bioética y a los comités de ética, FLACSO Argentina, disponible en flacso.org.ar/flacso-virtual
- Maders, Iris (2014) Evaluación del grado de satisfacción que generan las recomendaciones de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.
- Ribeiro Possamai, Verônica & Siqueira-Batista, Rodrigo (2022) “Bioética de protección de Schramm y Kottow: principios, alcances y conversaciones”. En: Revista Bioética, vol.30, no.1, Brasília, Ene./Mar. 2022 Print version ISSN 1983-8042 / On-line version ISSN 1983-8034 pp. 10-18.
- Rivas-Muñoz, Fabio – Garrafa. Volnei – Ferreira Feitosa, Saulo – Flor do Nascimento, Wanderson (2015) “Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad”. En: Saúde e Sociedade. Publicación de: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde

Pública. Versión impresa ISSN: 0104-1290 Versión on-line ISSN: 1984-0470
pp.141-151.

- Rivera, Silvia (2007) “Los comités de ética: una evaluación crítica acerca de sus beneficios y sus riesgos para la comunidad hospitalaria” En Agora Philosophica. Revista Marplatense de Filosofía, Núm. 16, Vol. VIII, 2007, pp.103-117. - ISSN 1853-3612 www.agoraphilosophica.com.ar
- Sabio, María Fernanda & Bortz, Jaime E. (2015) “Estructura y funcionamiento de los comités de ética en investigación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires” En Salud colectiva, abril-junio 2015; 11(2):247-260. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires. ISSN 1669-2381 - EISSN 1851-8265
- Salles, Arleen L. F. (2008) “Enfoques éticos alternativos” En Luna, Florencia y Salles, Arleen L. F. (2008) Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. Cap. II, pp. 79-133.
- Schramm, Fermin Roland & Kottow, Miguel (2001) “Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas”. En: Cadernos de Saúde Pública, 17 (4), jul-ago 2001, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (Brasil).
- Siqueira-Batista, Rodrigo (2009) “A boa morte à luz da ética para todos os seres: o lugar da compaixão laica”. En: Pereira, Menezes & Barboza (eds.) *Vida, morte e dignidade humana*. Rio de Janeiro: GZ; 2009. p. 341-62.
- Tarasco Michel, Martha (2017) “La función educativa de los Comités Hospitalarios de Bioética: una visión crítica” En Gaceta CONBIOÉTICA, Año

VI, Número 25 (julio-septiembre 2017), Secretaría de Salud / Comisión Nacional de Bioética, México D.F.

- Tealdi, Juan C. & Mainetti, José A. (1990) “Los comités hospitalarios de ética”. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) [Pan American Journal of Public Health]; 108 (5-6), mayo-junio 1990. Washington DC, EE.UU. pp.431-438
- Tealdi, Juan Carlos (1991) “Estructura y metodología del CHE”. En: Quirón. Revista de medicina y bioética. Vol.22, No.2, 115-128, 1991. Instituto de Bioética y Humanidades Médicas. Fundación Dr. José María Mainetti. La Plata, Bs.As.
- Tealdi, Juan Carlos (1995) “Los comités hospitalarios de ética, seis años después” En Cuadernos de bioética, N° 1, 1995. Programa Regional de bioética para América Latina, OPS/OMS, pp. 121-134.
- Tealdi, Juan Carlos (2008) “Comités hospitalarios de ética” En Tealdi, Juan Carlos (Dir.) (2008) Diccionario Latinoamericano de Bioética. UNESCO/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- UNESCO (2005) *Guía N° 1 Creación de Comités de bioética*. Paris, Francia. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa
- UNESCO (2006) *Guía N° 2 Funcionamiento de los Comités de bioética*. Procedimientos y políticas. Paris, Francia. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147392_spa

Bibliografía:

- Canguilhem, Georges (2005) Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida. Amorrortu, Buenos Aires. Traducción: Irene Agoff.
- Castro, Edgardo (2004) El vocabulario de Michel Foucault. Universidad Nacional de Quilmes, Bernal (Buenos Aires).
- Digilio, Patricia (2010) "Bioética, biopolítica y dignidad humana en el nuevo orden biotecnológico" En Academia Nacional de Ciencias (2010) Conflictividad. Actas de las Jornadas Nacionales de Ética 2009. UCES, Buenos Aires, pp. 337-347.
- Digilio, Patricia (2010) "Interferencias entre biopolítica, bioética y dignidad humana" En Dirección Nacional de Atención a Grupos en situación de vulnerabilidad (2010) La dignidad humana. Filosofía, bioética y derechos humanos. Colección Derechos Humanos para todos, serie Debates y nuevos desafíos. Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, CABA, pp. 50-56 www.derhuman.jus.gov.ar
- Digilio, Patricia (2016) "Vicisitudes de la igualdad" En Revista de Bioética, Año 7. Vol. 1, N° 13 enero-junio 2016. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/UNESCO, pp. 35-49 - ISSN 2077-9445.
- Digilio, Patricia (2017) "Ética y conocimiento" En Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Año 7, N° 13, septiembre 2017. Carrera de Trabajo Social, UBA. – ISSN 1853-6654. Disponible en <https://trabajosocial.sociales.uba.ar/revista-debate-publico-2/>

- Digilio, Patricia (2021) “Bioteconocapitalismo y daño. Pensar en salud. Razones éticas para refundar la solidaridad” En Prado, Giglio & Torres, Pablo (comps) (2021) Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina. MT Ediciones, Buenos Aires.
- Bergel, Salvador (2009) “La bioética” En Dussel, Enrique – Mendieta, Eduardo – Bohórquez, Carmen (eds.) (2009) El pensamiento filosófico latinoamericano, del Caribe y “latino” (1300-2000): historia, corrientes, temas y filósofos. Siglo XXI/Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe (CREFAL), México-Buenos Aires-Madrid, pp. 446-456.
- Fornet-Betancourt, Raúl (2009) “La filosofía intercultural” En Dussel, Enrique – Mendieta, Eduardo – Bohórquez, Carmen (eds.) (2009) El pensamiento filosófico latinoamericano, del Caribe y “latino” (1300-2000): historia, corrientes, temas y filósofos. Siglo XXI/Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe (CREFAL), México-Buenos Aires-Madrid, pp.639-646.
- Lemke, Thomas (2017) Introducción a la biopolítica. Fondo de Cultura Económica, México. 1º ed. electrónica. Traducción: Lidia tirado Zedillo.
- Pérez Lindo, Augusto (2008) “Diversidad cultural y biopolíticas” En Tealdi, Juan Carlos (Dir.) (2008) Diccionario Latinoamericano de Bioética. UNESCO/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, pp. 52-55.
- Neira, Hernán (2008) “América Latina y bioética” En Tealdi, Juan Carlos (Dir.) (2008) Diccionario Latinoamericano de Bioética. UNESCO/Red

Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, pp. 156-159.

- Garrafa, Volnei & Porto, Dora (2008) “Bioética de intervención” En Tealdi, Juan Carlos (Dir.) (2008) Diccionario Latinoamericano de Bioética. UNESCO/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, pp.161-164.
- Kottow, Miguel (2008) “Bioética de protección” En Tealdi, Juan Carlos (Dir.) (2008) Diccionario Latinoamericano de Bioética. UNESCO/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, pp.165-167.
- Tealdi, Juan Carlos (2008) “Bioética de los derechos humanos” En Tealdi, Juan Carlos (Dir.) (2008) Diccionario Latinoamericano de Bioética. UNESCO/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, pp. 177-180.
- UNESCO (2007) *Guía N°3 Capacitación de los comités de bioética*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París (Francia), disponible en <https://unesdoc.unesco.org>
- UNESCO (2020) *Guía N°4 Comités de Bioética y Políticas Públicas*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París (Francia), disponible en <https://unesdoc.unesco.org>
- UNESCO (2020) *Guía N°5 Comités de Bioética y Participación Pública*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París (Francia), disponible en <https://unesdoc.unesco.org>

- Álvarez J, & Palmero A. (2020) Acreditación de Comités de Ética de Investigación de la provincia de Mendoza. Revista Argentina de Salud Pública. 2020; 12:e8. Publicación electrónica 10 Ago 2020.
- Belli, Laura & Quadrelli, Silvia (2011) La bioética y los comités hospitalarios de ética: una introducción. Revista Americana de Medicina Respiratoria, Vol 11 N° 2 - Junio 2011.
- Borracci, Raúl A. (2006) La responsabilidad individual del investigador frente a los Comités de Bioética. Revista Argentina de Cardiología, vol. 74, núm. 1, enero-febrero, 2006, pp. 58-59. Sociedad Argentina de Cardiología, Buenos Aires, Argentina.
- Ledesma, Fernanda et al. (2015) Experiencia del Comité de Ética asistencial de un hospital pediátrico de referencia. Archivos Argentinos de Pediatría 2015; 113(1):42-45. Buenos Aires. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.42>
- Medina, Ana I. & Mazzola, Elena (2007) Comités de ética-bioética en la institución universitaria: análisis del caso en la Universidad Nacional de San Luis. Fundamentos en Humanidades, vol. VIII, núm. 16, 2007, pp. 97-112.
- Mihal, Ivana (2002) Participación Social en salud y Bioética: un comité hospitalario de bioética de la ciudad de Rosario. Investigación en salud. Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal, vol. 5, N° 1 y 2, Rosario, enero-diciembre de 2002, pp. 63-74. ISSN 1667-8044.
- Pfeiffer, Ma. Luisa (2014) Bioética ¿para qué? De la utilidad de la bioética. Revista Redbioética/UNESCO, Año 5, 1 (9): 51-64, enero - junio 2014 - ISSN 2077-9445.

- Rabadán, Alejandra T. & Tripodoro, Vilma A. (2017) ¿Cuándo acudir al comité de bioética institucional? El método deliberativo para resolver posibles dilemas. *MEDICINA* Publicación de la Fundación Revista Medicina (Buenos Aires) - Volumen 77 - N° 6, 2017, pp. 486-490.

ANEXO I: Modelo de entrevista

Entrevista en profundidad, orientada a autoridades del Ministerio de Salud de Catamarca, y a las autoridades, médicas/os, enfermeras/os y técnicas/os de los hospitales públicos de referencia en la provincia.

Se proponen las siguientes preguntas-guías para la entrevista:

1. ¿Conoce de la existencia de la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética?
2. ¿Conoce de la existencia de la Ley provincial 5.057/2001 sobre comités hospitalarios de ética en Catamarca, que adhiere a la nacional?
3. ¿Conoce las diferencias entre un Comité Hospitalario de Ética y un Comité de Bioética en Investigación?
4. ¿Sabe de la existencia de algún Comité Hospitalario de Ética en la provincia de Catamarca y si está en funcionamiento?
5. ¿Sabe de la existencia de algún Comité de Bioética en Investigación en la provincia de Catamarca y si está en funcionamiento?

Si las respuestas a las preguntas 4 y 5 son afirmativas, se continuará la entrevista con:

- a) ¿Cómo ha sido recibida la creación del CHE/CBI en la institución?
- b) ¿Participa o ha participado de algún tipo de comité?

- c) ¿Qué condiciones en su entorno institucional/laboral facilitarían/obstaculizarían la participación?
- d) ¿Cómo está conformado el CHE? ¿Cómo se convoca a sus integrantes? ¿Cómo trabajan (frecuencia de reuniones; organización para el análisis de casos; establecimiento de protocolos/acuerdos/normativas; etc.)?
- e) ¿De qué manera se atienden las funciones: consultiva, normativa, y de formación?
- f) ¿Cómo experimenta/ha experimentado su participación en el comité (relación con los demás miembros; comodidad/incomodidad para participar; polarización/circulación del poder, etc.)?
- g) ¿Cuáles son/fueron los principales y/o más frecuentes problemas que se presentan/aron?
- h) ¿Considera valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud? ¿Por qué?
- i) ¿Qué tipo de intervención puede esperarse de un comité? ¿Conoce casos en los que fue/hubiese sido necesaria la intervención de un CHE o un Comité de Ética de la Investigación?
- j) ¿Los comités están/deberían estar más relacionados con la comunidad o con los profesionales?
- k) ¿Cómo desde los comités es posible alcanzar una mejor atención de los/as/es pacientes?

Si las respuestas a las preguntas 4 y 5 son negativas, se continuará la entrevista con las preguntas h), i), j) y k).

ANEXO II: Modelo de Consentimiento Informado para la entrevista

Yo _____, con DNI N° _____, certifico que en uso de mis facultades mentales acepto ser entrevistado/a por el Prof. Eduardo Román Gordillo en el marco de su tesis de Maestría en Bioética, que lleva por título “Comités Hospitalarios de Ética (CHE) en Catamarca” y cuyo objetivo es indagar sobre la existencia de Comités Hospitalarios de Ética (CHE) en Catamarca, a partir de la sanción de la Ley N° 5.057. Y, en el supuesto de que se confirme dicha existencia, investigar acerca del funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Ética (CHE) y su impacto en el sistema de salud provincial.

De igual forma afirmo que he sido informado/a con claridad sobre los objetivos y metas de esta investigación con fines académicos y el uso de sus resultados restringidos a los fines de dicha tesis. He evaluado los posibles riesgos de la participación y también se me ha explicitado que puedo negarme a responder cualquiera de las preguntas formuladas y que puedo retirarme en el momento que lo desee sin ningún perjuicio y que puedo realizar las preguntas que considere necesarias para una mayor y mejor información de mi parte. La participación en esta entrevista no implica ninguna erogación de mi parte ni compensación económica alguna del lado de la parte convocante.

La misma se rige por parámetros de confidencialidad y privacidad de los datos personales y la información suministrada, de acuerdo con la Ley de Protección de datos personales N° 25326.

Teniendo en cuenta lo anterior, de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento para participar en esta entrevista y expreso que me ha sido entregada una copia de este consentimiento.

DE LA ENTREVISTA:

Tiempo destinado a la entrevista: Entre 60 y 90 minutos

Modalidad:

- Presencial: El lugar se adecuará a las preferencias del/ de la entrevistado/a.
- Grabada: La entrevista será grabada para lo cual se solicita autorización. Solo tendrá acceso a la grabación el investigador Prof. Eduardo Román Gordillo. El/la entrevistado/a puede solicitar suspender la grabación en el transcurso y momento de la entrevista que así lo considere.
- Libre: La aceptación para participar por parte del/a entrevistado/a no implica obligación de permanencia. La misma puede ser suspendida de manera definitiva o suspendida y continuada posteriormente a su solo requerimiento sin que esto represente un perjuicio para el/la mismo/a.
- Anónima: Los datos serán anonimizados, disociados de la persona. Los nombres serán reemplazados por números, no vinculados y no serán mencionadas las instituciones a las cuales pertenecen. Los datos se guardarán en formato digital.
- Abierta: La modalidad de diálogo tendrá como base los ejes temáticos seleccionados a partir de los cuales surgirán preguntas abiertas propias de la interacción que se produzca durante la entrevista.

- Semiestructurada: Si bien las preguntas serán pensadas con anterioridad, a la manera de ejes temáticos, su orden y formulación pueden variar de acuerdo con la dinámica y particularidad que adquiera cada entrevista.

El/la entrevistado/a puede solicitar la lectura de la entrevista desgravada. De no solicitar esta instancia, se considera que da su conformidad.

La entrevista será material de análisis y reflexión en tanto representa experiencias propias del/de la entrevistado/a.

Se firman dos (2) ejemplares del mismo tenor, a los ____ días del mes de _____ de 2023, en San Fernando del Valle de Catamarca, provincia de Catamarca, República Argentina.

ANEXO III: Desgrabación de las entrevistas

ENTREVISTA 1 a

Lugar: Hospital Interzonal de Niños “Eva Perón”

Fecha: 18/12/2023

Entrevistador: Eduardo Román Gordillo

Entrevistados/as:

- HN1 = médico/a
- HN2 = licenciado/a en enfermería
- HN3 = médico/a
- HN4 = licenciado/a en hemoterapia

[00:00]

ERG: ¿Conoce de la existencia de la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética? Que es la ley nacional, digamos...

HN4: Yo la escuché nombrar, pero no la leí, no la trabajé, no...

ERG: ¿Y la existencia de la ley provincial 5.057?...

HN4: Tampoco... no...

ERG: Esta es la que adhiere a la nacional...

HN4: Sí.

ERG: Del '96 al 2001, recién hicimos la adhesión en la provincia. ¿Conoce las diferencias entre un Comité Hospitalario de Ética y un Comité de Bioética en Investigación?

HN4: Entiendo que un comité de ética habla, o sea, hace referencia a temas propios, como hablábamos recién, de la investigación y otras cuestiones que tienen más que ver con la investigación. Y de bioética con decisiones que tienen que ver propiamente con la vida, con la...

ERG: Cuestiones de vida o muerte...

HN4: Vida o... ¡Exacto!

ERG: ¿Sabe de la existencia de algún Comité Hospitalario de Ética en la provincia de Catamarca y si está en funcionamiento?

HN4: Nosotros... -Desconozco de otros hospitales- Nosotros constituimos un comité de bioética precisamente a principios de este año...

HN1: ¿No fue el año pasado?...

HN4: El año pasado, cierto que fue...

ERG: 2022...

HN4: Pero se fue disolviendo, porque la mayoría que integrábamos ese comité no teníamos también un conocimiento de una... Todos teníamos la mejor voluntad, pero no teníamos una formación específica en bioética. O sea, más allá que compartíamos artículos científicos de bioética y cómo integrar un comité de bioética. Hubo una persona que estuvo, digamos, muy comprometida con esto, que fue el Lic. HN2, que fue quien recurrió a la ley y todo el formato para armar el comité. Pero siempre era por A o por B, no nos podíamos juntar. Porque la mayoría somos asistenciales...

ERG: Claro...

HN4: Y tenemos otro tipo de actividades. Entonces el comité se fue disolviendo. De hecho, quedó sólo el grupo de whatsapp, pero se fue disolviendo de a poco.

ERG: Bien... Y la otra pregunta era sobre la existencia de algún Comité de Bioética en Investigación y si está en funcionamiento, o de Ética de la investigación en la provincia de Catamarca y si está en funcionamiento.

HN4: En realidad nosotros comité de ética en investigación no, no tenemos... comité de ética... Nosotros sí tenemos un comité de docencia que, bueno, lo único que hacemos es valorar, digamos, las diferentes instancias administrativas de lo que se está haciendo de los anteproyectos. Por ahí, si se requiere o no el caso, son casos excepcionales, se puede llegar a hacer algún tipo de sugerencias. Pero también entendemos que eso ya pasó por un comité evaluador. Así que nosotros, más allá de que cumpla los trámites administrativos, más no podemos hacer...

ERG: Bien, en este sentido, entonces, iríamos a la pregunta "h" ¿Considera valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud?

HN4: Sí, totalmente. No sólo que nos jerarquiza como institución, sino que nos ayuda también a visibilizar, a conocer nuestro trabajo, a conocer cuáles son los límites que uno debe afrontar ante un proyecto de investigación y demás. Sí, debería haber comité de ética. Sí, es necesario...

ERG: De hecho, la experiencia que contaba...

HN4: Sí...

ERG: ...habla de eso. ¿Qué tipo de intervención puede esperarse de un comité? ¿Conoce casos en los que fue/hubiese sido necesaria la intervención de un Comité Hospitalaria o un Comité de Ética de la Investigación?

HN4: Sí, en realidad los comités lo que hacen es: Se les presenta un caso, y lo que hace el comité es analizarlo. Obviamente es un comité interdisciplinario. Y lo que hace el comité es emitir sugerencias en relación a las situaciones que se presentan. Son casos muy complejos, sobre todo esos de la bioética, muy complejos de analizar y, bueno, posterior a ello emite una sugerencia, un dictamen... Una sugerencia, sobre todo, no un dictamen, para que el equipo solicitante vea si lo toma o no. Pero sí considero que es necesario, y también en la investigación.

ERG: ¿Los comités están o deberían estar más relacionados con la comunidad o con los profesionales?

HN4: ¿Cómo sería la pregunta? No entiendo la pregunta...

ERG: Que en el caso de que existan y de que trabajen y de que hagan esta colaboración, debieran estar enfocados más en la realidad y en las circunstancias de la vida interna del hospital o también atender el contexto social en el cual está el hospital...

HN4: Sí...

ERG: O el contexto también, digamos -por ejemplo-, de las luchas que puede tener en este caso el círculo médico o las asociaciones profesionales respecto del sistema sanitario en general...

HN4: Lo que pasa es que yo considero que para integrar el comité nosotros no podemos estar ajenos a la situación social que atraviesa nuestro país, nuestra provincia y demás. Todo eso, digamos, confluye ante una situación determinada. Y todo tiene múltiples factores que pueden ser de origen económico, de origen social, cultural, lo que fuera. Influye en los tipos de intervenciones que ocurren en la institución, si hay algún tipo de problemática con los usuarios y demás, hay que ver qué sucedió con esa familia, cómo se le comunicó los diagnósticos y esas cosas... es muy importante. Y también el nivel de comprensión que puede llegar a tener la persona. Por eso digo, influye mucho todo el contexto, no sólo lo intramuro o intrainstitucional, sino también el contexto que te rodea.

ERG: ¿Cómo desde los comités es posible alcanzar una mejor atención de los pacientes?

HN4: Bueno, yo creo que cada situación... Yo creo que al comité no sólo deben llegar situaciones que, por ahí, quizás, ya sobrepasan la capacidad del equipo interviniente, sino... Toda situación debe analizarse. Situación que generó algún tipo de impacto en

la organización, debe ser analizada. No solamente aquellas situaciones que son, digamos, en el caso de la bioética, en el caso de la limitación del soporte terapéutico. O sea, hay muchas situaciones que ocurren en nuestra institución deberían tener un análisis de caso de un equipo interdisciplinario. Y ahí también tendría que intervenir el comité de ética. Suceden muchas cosas que no son analizadas.

ERG: Si me permite una preguntita más respecto de esto que usted decía hace un rato...

HN4: Sí...

ERG: Cuando hablaba del comité que se había armado y que luego se había diluido. Cuando decía que eran "asistenciales" ¿Qué implica esto, digamos, que para esa tarea del comité implicaba como un sobreesfuerzo respecto de todas las otras tareas?

HN4: Sí. Lo que no está establecido en nuestra organización es que las personas que integran diferentes tipos de comité -sea docencia, sea de calidad o de investigación, lo que fuere-, no tiene unas horas destinadas a la concurrencia a las reuniones. Entonces, muchas veces pasa que los integrantes están realizando otras actividades propias de sus funciones dentro de la institución, y no pueden asistir a las reuniones. Entonces debería, a mi criterio, existir como una resolución interna en la cual diga: Tal agente está afectado los días miércoles de 10 a 12 al comité de ética. Entonces uno puede producir más. Eso, porque no se puede hacer asistencial e integrar diferentes comités. No se pueden las dos cosas, es inviable...

ERG: Claro, porque todo lleva su tiempo...

HN4: Totalmente, totalmente... Un médico de terapia intensiva que integra un comité – hoy- de calidad, muchas veces no puede participar porque está intubando un paciente. Entonces, ver eso de la gestión del tiempo, no sólo personal sino también institucional. Que las personas que están reconocidas por una resolución, que tengan esta autorización por parte de la gestión del hospital. Que diga -a ver-, los días miércoles de 22 a... ¡perdón! De 10 de la mañana a 12, por ejemplo, están afectados al comité de ética, por dar un ejemplo. No existe eso en esta institución, entonces por eso los comités terminan también...

ERG: Claro, las condiciones no ayudan...

HN4: No ayudan, totalmente...

ERG: Un millón de gracias, muy amable.

[08:48]

ENTREVISTA 1 b

Lugar: Hospital Interzonal de Niños "Eva Perón"

Fecha: 18/12/2023

Entrevistador: Eduardo Román Gordillo

Entrevistados/as:

- HN1 = médico/a
- HN2 = licenciado/a en trabajo social
- HN3 = médico/a
- HN4 = licenciado/a en hemoterapia

[08:48]

ERG: Bueno. ¿Usted doctora me va a responder ahora?

HN1: Sí.

ERG: Las preguntas, entonces, serían idénticas ¿Conoce de la existencia de la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios?

HN1: No, no la conocía lamentablemente, creo que es fundamental conocerla y no la conocía. Yo inclusive le estaba haciendo las mismas preguntas a varios colegas, colegas médicos porque yo soy médica, y tampoco la conocían. Y, por consecuencia, tampoco a la que se adhiere, a la provincial que se adhiere a la ley nacional. Con respecto a la pregunta 3, bueno, lo mismo en cuanto acá se valora el comité hospitalario de ética sobre los trabajos de investigación. Haciendo la objeción que en este hospital no se hacen trabajos experimentales. Solamente se hacen trabajos observacionales, y la mayoría retrospectivos. Esos son valorados por el comité de docencia. Y no tenemos un comité de ética. Inclusive ha sido presentado un trabajo... este... se ha invitado a la institución a participar en un trabajo multihospitalario y no ha podido participar-hoy, posteriormente ha participado- porque no teníamos comité de ética dentro de la institución y lamentablemente en Catamarca no hay...

ERG: ¿Esa era una condición?

HN1: Era una condición que tenga valoración por el comité de ética. Después yo le había dicho a la doctora -porque era un trabajo de infectología- si es que lo podía apoyar otro hospital que tenga comité de ética. Entonces le han hecho la salvedad que apoyándolo con el comité de docencia podía participar. Inclusive se había pedido la valoración dentro del comité de otra institución, y esta doctora -que es la Dra. X, que es la infectóloga del hospital-, había investigado que el Sanatorio Pasteur en este momento tiene comité de ética. Pero no lo aceptaban, solamente trabajaban sobre sus casos, de la institución...

ERG: Y sí, bueno, es privado...

HN1: ...de la institución, no querían que participe...este...

ERG: Una preguntita, disculpe. ¿Este hospital es hospital-escuela? ¿Tienen practicantes?...

HN1: Sí, sí... No, nosotros no tenemos practicantes. Nosotros tenemos la parte de pregrado que son los estudiantes de instituciones. Vienen desde técnicos bioquímicos, técnicos en recursos humanos. Y después, de las carreras universitarias vienen médicos...

ERG: Buen día. ¿Qué tal? [11:39 ingresa una persona]

HN1: ...vienen médicos, vienen nutricionistas, enfermeras... Si me permite un minutito,

HN2: El Lic. HN2, le presento un profesor de la UNCA...

HN2: ¿Qué tal? Buen día. ¿Cómo está?

HN1: ...está haciendo un trabajo sobre los trabajos de la constitución de los comités de ética y bioética. Le habíamos comentado... Si quiere tomar asiento...

HN3: ¿Quiere sentarse aquí?

HN2: Ya está, gracias.

HN1: Ah, ah, bien. ¡Ah, qué bueno!... Este... ah, que sí, no eso, no tenemos nosotros practicantes. O son de pregrado, que tienen que venir de una institución. O del posgrado, de diferentes universidades. Vienen de la Universidad de Córdoba, de la Universidad de La Rioja, de la Universidad de Catamarca, de la UBA de Buenos Aires, pero practicantes no. Por ahí, el régimen de otros, pero nosotros no tenemos, son estudiantes.

ERG: Bien, en la [pregunta] 4 dice si conoce la existencia de un Comité Hospitalario de Ética en Catamarca y si está funcionando. Y la [pregunta] 5 si conoce la existencia de un Comité de Bioética en investigación...

HN1: Sí, bueno. Por eso es lo que recién le comento que yo sé que no hay en la provincia. Sí sé que la misma provincia, a través de la dirección de docencia de la provincia -que no sé si usted sabe que hay...

ERG: En el ministerio...

HN1: En el ministerio de salud está -bueno, hasta la semana pasada, hoy ya no sé si sigue-, la dirección de docencia. En ese momento ellos habían llamado y participaban diferentes referentes de varios hospitales. De este hospital no había nadie. Y después,

bueno, por el mismo hecho -que le comentaba la licenciada- que se trabaja más en lo asistencial que en docencia e investigación, también se ha disuelto ese comité. Lo último que yo sabía en la gestión anterior -no sé en este momento-, que ellos iban a hacer una proposición a la UNCA para que se trabaje en la organización de un comité de ética.

ERG: Sí, yo estuve investigando ahí. Hubo uno hasta 2014...

HN1: Claro...

ERG: Con resolución ministerial de 2011, y hasta 2014 hubo trabajo. Pero era un comité de investigación, de ética de la investigación.

HN1: Claro, sí. De investigación.

ERG: Y sí me dijeron eso, que iban a trabajar, iban a presentar un proyecto para hacer uno... digamos, rehabilitarlo a ese...

HN1: Sí un proyecto... era una propuesta, porque no se ha presentado nada...

ERG: En ese sentido yo le decía a la gente de ahí, de docencia e investigación de la provincia que mi trabajo preguntaba sobre la ley provincial de comités hospitalarios de ética...

HN1: ¡Ah! No...

ERG: Y ahí, como no está tan claro en la letra de la ley... las funciones sí se mezclan, pero nominalmente serían cosas distintas o debieran ser. Por eso yo hago dos preguntas distintas acá, una sobre comité hospitalario de ética y otra sobre comité de bioética en investigación.

HN1: Claro... sí.

HN2: Hay una... -según recuerdo, creo que la menciona-, hay una ley nacional y hay una ley provincial...

HN1: Sí...

ERG: Que adhiere...

HN2: ...Sobre la obligatoriedad de tener, en los hospitales, sobre todo en un hospital-escuela, dentro de su estructura un comité de bioética, más dirigido al tema de los trabajos de investigación, de la investigación con pacientes con... El único hospital de la provincia de Catamarca que tiene comité de bioética y está funcionando, es el Hospital "San Juan Bautista". Está conformado...

HN1: Ya no lo tiene...

HN2: Está conformado, sí, sí está conformado.

HN1: Si hemos hecho las averiguaciones y no...

HN2: No, no. Está funcionando. Está... Ahí está... Los integrantes son... estaba el Lic. Y, estaba el Dr. Z, que es el presidente... el decano de la Facultad de Ciencias de la Salud... Eh... ¿Quién más estaba?... Que funciona con... son todas las jornadas, todas las jornadas en el... "San Juan Bautista", está funcionando. El Dr. R es otro de los integrantes de ese comité...

HN1: Habrán venido ahora, porque en esta institución tenía que participar en el trabajo multihospitalario y han dicho que no había...

HN2: No, no. Está funcionando. Y todos los trabajos que se mandan, incluso hasta el último, está... estaba... No, no sé... Habría que averiguar bien. No sé cómo... ¿No sabés... no tenés el teléfono de alguno de ellos?

HN4: De Y...

HN2: De Y, a ver si está funcionando. Yo creo que sí está funcionando...

HN1: Yo le preguntaba al Dr. S, que es el jefe del otro hospital y me dijo que no...

HN2: Que no, bueno. Y acá yo hice un proyecto que lo presentamos, lo hablamos, lo integramos, así informalmente. Junto con el Dr. [HN3] trabajamos en los estatutos. Se modificó, se hizo los estatutos de acuerdo al Hospital Garrahan, al Hospital Gutiérrez, bueno. Y ese proyecto estaba en Asuntos Jurídicos para que se modifique el... Había uno que dejó de funcionar, porque se le dio de baja, que estaba autorizado, tenía resolución ministerial, todo. Y, bueno, presentamos este nuevo proyecto. Y ahí quedó en Asuntos Jurídicos. No sé si se continuó o no se continuó...

ERG: Para habilitarlo, digamos...

HN1: No nos han informado nada...

ERG: Y ahora con este cambio habrá que ver cómo...

HN2: Lo tenía Asuntos Jurídicos. Ya estaba presentado todo... todo el organigrama, el esquema, los estatutos, estaba todo eso. Todo eso trabajamos y lo presentamos. Pero no sé si se...

HN1: ¿El comité ese dentro del organigrama, de quién dependería?

HN2: No, no. Porque es... No depende del...

HN1: No, de la dirección...

HN2: Porque todas las resoluciones que toma ese comité... Es como que es una estructura fuera de la estructura organizacional del hospital. Porque son no vinculantes, entonces...

HN1: No, no. Ya sé. Pero va a depender directamente de la Directora General de la institución...

HN2: Claro... el comité asesora a la dirección y a las autoridades. O a usted acá como trabajo de investigación, por ejemplo. Pero no es algo vinculado. No está dentro la estructura. No tiene que estar dentro de la estructura hospitalaria. Es algo independiente. Como la cooperadora, por ejemplo. No es algo dependiente del hospital. Por eso en la nueva estructura -ha visto que han modificado la estructura- no se pone el comité de bioética. Es una estructura afuera del hospital. Es algo, esa era la idea. Pero, bueno, ahí está. Esa idea está... habría que hablar con la Dra. T, a ver qué dice... no está la Dra. T, no volvió...

HN3: No, la Dra. T está todavía con licencia...

HN2: Ella lo tenía...

HN1: Esta es la situación en esta institución, porque él era el que tenía toda la buena intención de hacerlo, y lo hizo...

HN3: Estamos trabajando en algo necesario, y además obligatorio, porque la ley dice que debe haber en forma obligatoria un comité...

ERG: ¿Más vinculado, entonces, con las cuestiones referidas a la investigación en salud?

HN3: Claro...

HN2: La idea nuestra era... Primero lo que estaba conformado era un comité de ética...

HN3: Sí...

HN2: Lo que nosotros presentamos era un comité de bioética. Son cuestiones diferentes...

ERG: Más vinculado a los problemas o conflictos morales vinculados con la clínica, digamos...

HN2: Más vinculado a los problemas que uno tiene todos los días, con las internaciones, con la casuística...

ERG: Con los tratamientos...

HN2: Y con el tema de la investigación. Como hay un comité de... hay un...

HN1: Docencia...

HN2: Un departamento de docencia e investigación, que estamos investigando con seres humanos, entonces toda la idea era respetar, y, bueno, tener eso como un aval legal a todo ese trabajo que se está haciendo.

ERG: Siguiendo el espíritu que plantean las leyes, digamos...

HN2: Eso es lo que se quiere seguir, claro...

ERG: Donde se pone el centro en lo hospitalario o clínico, y está ahí también implícito lo de la investigación.

HN3: El conflicto no sólo de los pacientes, sino también las personas tenemos conflictos en la relación laboral también. Entonces, ese comité estaba guiado para eso. Para solucionar, para opinar sobre nuestros problemas en el ejercicio de la profesión.

HN2: Las relaciones interhumanas, bueno, todo eso...

ERG: Digamos, para ayudar en la resolución de esos conflictos...

HN2: Claro... Y todo eso se trabajó con el Dr. [HN3] en el grupo de formación del Garrahan y del Gutiérrez. Con todo eso hicimos un estatuto nuevo y lo presentamos a consideración de las abogadas...

ERG: Y está a la espera todavía de la respuesta...

HN1: Eso se ha presentado el año pasado...

HN2: Sí, hace bastante...

HN3: Y no ha pasado nada...

HN1: ¿Pero, alguno de ustedes ha averiguado?

HN2: Tampoco hicimos nada...

ERG: Y ahora con el cambio de gestión habrá que esperar a que se acomoden...

HN2: La idea... La directora quiere...

HN1: Ya les voy a averiguar...

HN2: Todos quieren hacerlo, pero, bueno, no...

ERG: Y otra cosa importante, creo, que plantea ella [HN4] es...

HN2: Incluso, estuvimos con la Dra. T, -¿Se acuerdan?- que tuvimos la charla de un caso de terapia y nos comunicamos con la gente del Garrahan. Hicimos una videoconferencia y, bueno, trabajamos con ese caso, este... expusimos... Se hizo ahí la reunión en el bar.

HN4: Yo lo que le decía... lo iba acá al señor [ERG]... le decía que una de las debilidades que tenemos, es que la mayoría de las personas que integran los comités son personas que hacen asistencial. Entonces, muchas veces no pueden concurrir a las reuniones, o tomarse un... Habría que aunar un documento y que les permita una autorización que determinados días, en determinado horario, estén afectados al comité...

HN2: Ese comité, incluso, tiene nombre –el que mandamos-. No solo hay gente del hospital...

HN4: Sí...

HN2: Pedimos gente, por ejemplo, le pedimos en ese momento al rector de la Universidad, le pedimos a un cura que hay acá en el hospital que participe. O sea, distintas miradas... como dice la norma... siguiendo la norma...

ERG: Claro...

HN1: Es que así tiene que ser...

HN4: Sí, así es...

HN2: Entonces, incluso hay normas, creo que éramos diez o doce personas que estábamos como integrantes...

HN4: La abogada...

HN2: Un aspecto jurídico, un aspecto moral, bueno... Distintas miradas... Por eso tenía... y ahí en uno de esos artículos dice que esa opinión no es vinculante. O sea, se le expresa a la Directora y la Directora toma la decisión. O acata lo que dice el comité o no.

ERG: Una especie de consejo o de asesoramiento...

HN2: Claro, esa es la función que cumple... Por eso no está en la estructura orgánica del hospital, ese comité es algo independiente.

ERG: Básicamente esa sería la diferencia entre comité de ética de la investigación y comité de ética hospitalaria. El comité de ética hospitalaria sugiere una línea de acción o una batería de soluciones. En cambio, un comité de ética de la investigación puede objetar una investigación... Ese sí es vinculante.

HN4: ¿Este comité no estaba para cuestiones de grado?

HN1: No, no, no. Pero, bueno... en particular, como para que tengan una organización dependían de docencia...

HN2: ¿Pero no decía allí que lo obliga?...

ERG: Ética hospitalaria, no. Pero el de ética de la investigación, sí. Porque si la investigación no tiene la aprobación del comité de ética, no puede continuar. O sea, ese es vinculante. Esa sería como la diferencia más gruesa entre los dos tipos. Pero, en los marcos normativos no queda claro, necesariamente. Porque, bueno, lo importante, en este caso, es la cualificación de las instituciones hospitalarias con un comité...

HN2: Incluso gente de la comunidad, de los proyectos, o sea, era una lista linda que había. Y en mucha gente que... ¿Cómo comenzamos? Capacitándonos, tratando de hacer charlas, de ver... esa era la idea, de interactuar con otra gente que ya tiene un comité formado. Esa era la idea...

ERG: Yo me ofrezco si puedo ser útil en algo... cuenten conmigo, con todo gusto. Ahí en la notita mía yo he dejado mi número de teléfono...

HN2: Lástima que no está la Dra. [7] Ella tiene todo lo que hicimos...

HN1: Ah, la abogada... No, pero yo le había hablado a la Directora la nota del trabajo del profesor. Y todo, bueno, siempre que sí, que mañana, que para el lunes, no que el martes. Después, que me llaman del ministerio...

ERG: Lo urgente siempre...

HN2: Así que, bueno...

HN1: Y sí... lo que pasa es que la situación que se vive en un hospital, por ahí, no se puede hacer una organización del día. Por ahí, sale algo urgente que tiene que, de pronto, ser inmediatamente. Bueno, volvemos a lo que dice la Licenciada: todo lo que se trabaja asistencial en terreno es...

HN4: Minuto a minuto...

HN1: Es difícil participar...

HN2: Yo lo que sabía que el único comité que había en la provincia es el del [Hospital] "San Juan [Bautista]". Pero ahora me desconcierta con lo que ella me dice que...

HN1: Sí, porque esa ha sido... Bueno, recién le comentaba a él [ERG] de que al no haber, la dirección de docencia –que no sé si todavía existe... pero, hasta la semana pasada estaba constituida la dirección de docencia del ministerio de la provincia- había hecho una proposición, sin presentar todavía el proyecto, a la Universidad para que constituya un comité.

HN2: Dentro del ámbito del ministerio...

HN1: Sí, pero con la participación de la Universidad, de la UNCA, me refiero. Debido a este tema que no había en la provincia. Eso es lo que me ha manifestado la directora...

HN2: Yo tengo, incluso los trabajos que nosotros hicimos, todo lo mandamos. Y tengo el dictamen, todo, del tribunal del comité ese. Y firma el Dr. R, firma el...

HN1: Sí, sí. La Dra. X en su trabajo, ella ha hecho la investigación, el único que había en su momento funcionando era el Sanatorio Pasteur, pero no le aceptó.

HN2: El que estaba una vuelta era el Dr. S, estaba ahí en el "San Juan" en la parte de docencia. Él es el que tenía conocimiento, pero no sé... no tengo idea. En el "San Juan" no sé... No sé si hemos respondido.

ERG: Les agradezco mucho.

HN1: A ver, en términos generales, yo creo que en las palabras de lo que hemos manifestado es lo que toda la institución está en conocimiento.

ERG: En realidad, bueno, no es una tarea simple ni fácil de hacer, y, bueno, planteamos que las condiciones no siempre ayudan...

HN2: Nuestros movimientos, las cosas son diferentes, son... es muy difícil reunirse...

HN3: Exactamente...

HN2: Pero, hace falta. Es algo que es necesario...

ERG: Es como un sobreesfuerzo que hay que hacer y coordinar... Eso es muy difícil...

HN1: Aparte que no hay ninguna remuneración, de ningún tipo. Ni manifestación de apoyo, a veces al contrario...

HN2: Estaba el Dr. U que es de la comisión de... ¿Cómo se llama esta oncológica?...

HN1: ¿"Soles"?...

HN2: "Soles". La "García Giralte", esa fundación de residentes, estaba invitada a participar. O sea, diferentes estamentos vimos, y los invitamos y estaban de acuerdo. Yo, si mal no recuerdo, acá en mi teléfono tengo... Antes nos mandábamos mensajitos...

HN3: Había un grupo...

HN4: Un grupo de WhatsApp...

ERG: Cuesta, cuesta sostener ese tipo de trabajo porque, bueno, es a puro pulmón...

HN2: Así se llama el grupo "Proyecto de comité de bioética". Allí están todas las charlas, las organizaciones, las cosas, todo lo que hacíamos.

HN3: La última comunicación tuvimos el 1° de junio del '23.

HN2: Y ahí mandaban los cursos que podían hacer...

HN1: ¡Ah, pero había sido este año que se ha hecho!

HN2: Sí, sí, sí... Y V el otro día, me escribió hace poquito, que quería que lo reveamos, que veamos...

ERG: Yo creo que no hay que bajar los brazos... Aunque es difícil la apuesta...

HN2: Mire... Ahora recuerdo esto... Esto lo presentamos con V el 7/6, 7 de junio, del '23 lo presentamos... ah, no, ese es el comité de calidad y seguridad hospitalaria...

HN3: El 23 de marzo el programa científico...

HN2: En un congreso acá, en una jornada que se hizo lo presentamos al comité de bioética. ¿Se acuerdan?

HN1: El año pasado, sí.

HN2: Y lo presentamos, incluso, en una charla acá en el hospital con el Dr. V, que es el jefe de la terapia. Y ahí todos mandaban cursos de capacitación para inscribirse, para hacer, para trabajar...

ERG: Pero también eso, no es cierto, porque todo lo tiene que costear uno... no ayuda

HN1: Ah, sí...

HN4: Eso entraría en la situación, también...

HN3: La Licenciada nos había mandado para que hagamos una maestría en bioética...

HN4: Sí, se lo pasé...

HN3: Esto fue el 28 de noviembre del '22...

ERG: Capaz que es la misma que estoy cerrando yo... la de FLACSO...

HN1: ¿Es la misma?...

HN4: Esta es de la Universidad de Córdoba...

ERG: ¡Ah, la de Córdoba! Esa es muy buena.

HN2: Ahí está, mire. Ahí está el reglamento, están los integrantes, está todo. Sí, guardé yo. Yo sabía...

HN3: A veces se trataban temas de forma virtual, por ejemplo, hubo un conversatorio sobre buena muerte...

ERG: Yo cuando hice esta de FLACSO me puse muy contento, porque es a distancia...

HN3: Ah, qué bueno...

ERG: Así que cursé durante la pandemia... muy bueno.

HN4: ¿Y eso tiene que costearlo usted?

ERG: Sí... lo pagué yo. Y, bueno, ya estoy con el trabajo final...

HN1: Esta institución tiene para dar capacitación, -pero bueno, años... yo estoy diez años-, pero... siempre me han dicho que ese dinero se guarda para los últimos meses del año donde se cubre la parte asistencial. Volvemos siempre sobre lo mismo...

HN3: Ese es el problema que no tiene fuerza, o sea, no tiene una decisión política para que esto tenga viabilidad. No es viable, entonces está para voluntad de los integrantes...

HN2: En la charla de pasillo todos dicen 'le demos', pero políticamente cómo lo hagamos, no... Se conformó un comité de calidad dentro del hospital, fue posterior pero como es más fuerte, se lo hizo... está...

HN3: Ese es más fuerte...

HN1: Sí, pero es política del ministerio...

HN2: No, pero es de acá...

HN1: Ya sé, pero la gestión política...

HN4: Hubo una bajada del ministerio...

HN1: Exactamente, viene desde el ministerio, es diferente...

HN2: Pero políticamente no tiene que haber una bajada política... Hay una ley, que es de orden público, que es obligatorio la convocatoria...

HN1: Y sí, lamentablemente... Todo lo que sea...

HN4: Totalmente...

ERG: Bueno, a eso iba yo con mi trabajo, digamos. A poder conocer esa relación entre lo que dice la ley y lo que pasa en la realidad, que no necesariamente...

HN1: Todo lo que sea docencia es alcanzable porque a su vez puede estar apoyado por el ministerio de educación. Pero lamentablemente que es una falencia grave dentro, también, de educación es la investigación. Entonces, bueno, también viene todo de la mano, por lo cual no hay un apoyo político...

HN2: Y más al ser los dos hospitales interzonales, son los hospitales escuela –los dos– así que tendría que ser...

HN3: El problema que al pedirla por voluntad...

HN2: Si está, hay que hablar con la Dra. T que le haga la resolución, y la aplique la Directora. Y le damos adelante, nada más... está todo...

HN1: Sí...

ERG: Yo, por una cuestión formal, les pido que me completen el consentimiento así yo puedo presentar la documentación. Les agradezco mucho su tiempo.

HN3: ¿Uno solo?...

ERG: Uno por persona. Gracias.

[34:58]

ENTREVISTA 2

Lugar: Hospital Maternidad Provincial "25 de mayo"

Fecha: 23/12/2023

Entrevistador: Eduardo Román Gordillo

Entrevistado/a:

- HM1 = enfermero/a

[00:00]

ERG: Muchísimas gracias por atenderme. La primera pregunta y la segunda son más o menos la misma, nada más que la primera pregunta es sobre la ley nacional y la segunda sobre la ley provincial de creación de comités hospitalarios de ética. Pregunto si conoce de la existencia de esas leyes.

HM1: La ley nacional, sí. Así someramente. Pero lo que es el comité, formado acá, de ética no está en concreto bien formado. No estamos comunicados como empleados ni como profesionales de las personas que integran, de qué función tienen, qué finalidad... Tenemos todo tipo de desconocimiento de eso...

ERG: Hola, hola, hola... Parece que no está grabando esto...

HM1: O quizá está, pero no nos pueden, no sé... tenemos desconocimiento total, porque puede que esté el comité, pero a nivel profesional, o sea, no a nivel institucional...

ERG: Pero no se haga conocer...

HM1: Que sea un comité de ética, pero para que sea formado en el momento para casos puntuales. Usted sabe que nosotros acá tenemos juicios de mala praxis, todo ese tipo de cosas...

ERG: Claro...

HM1: Entonces, quizá, el comité se forma en el momento para salvar la situación, y siguen. Pero nosotros, acá, como institución... Vale decir, protocolar...

ERG: Estable...

HM1: En un organigrama no está discriminado, diciendo: El comité es este, los profesionales que lo conforman son estos, la función de cada uno es esto, y cualquier situación deben comunicarse... Eso no está, acá en esta institución, no.

ERG: ¿Y se ha trabajado la diferencia entre comité hospitalario de ética y comité de bioética en investigación o de ética en investigación?

HM1: Como empleado del escalafón de enfermería no tenemos conocimiento sobre trabajos de investigación en concreto. Si bien hay una oficina, que es la de comunicación a distancia, donde te informan –a veces ni en tiempo y forma... de lo... de lo... porque no te co... a veces no te comunican realmente- lo de la capacitación... te la... te informan sobre el tiempo. Nos han pasado situaciones, en gestiones anteriores, donde –también- la gente que era capacitada era amigo de amigo de otro amigo... Entonces, no teníamos las mismas oportunidades nosotros. Ahora eso como que, en la gestión nueva de enfermería se está reve... Se revé. Entonces, hace seis meses que... ¿Seis meses ha de ser?... hace seis meses que nosotros tenemos una gestión nueva que está ayudando, que está comenzando a funcionar. Ese sistema. Pero el de capacitación...

ERG: Capacitación...

HM1: Capacitación en general. Es como que tenemos más oportunidades, como que los que estamos más inquietos en querer hacer la capacitación... Eh... tienen una oportunidad. Cosa que no pasaba hace mucho tiempo...

ERG: Hace mucho tiempo, qué bueno... Y una de esas capacitaciones sería sobre estas cuestiones...

HM1: Claro...

ERG: Que es muy importante...

HM1: Sobre bioética biomédica no hay...

ERG: Bueno, las preguntas 4 y 5 ya más o menos usted me las ha contestado respecto de la existencia de un comité hospitalario de ética o de un comité de bioética en alguna institución, particularmente en esta. Ya me dijo que no. Y de allí pasaríamos ya a la "h": ¿Considera valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud?

HM1: Sí, es muy importante. Tanto el de bioética como el de biomédica. El de bioética me está diciendo a mí la incumbencia de los profesionales. O sea, si se cumple -por ejemplo-. Nosotros sabemos -como profesionales de enfermería- qué incumbencias y qué no tenemos, con respecto al paciente. ¿Sí? Primero sería, por ejemplo, en este momento que usted me está manifestando a mí, el consentimiento informado. Por ejemplo, yo sé que mi incumbencia ante a un paciente entre... el... el... por ejemplo, la práctica médica que... la práctica profesional que yo le voy a hacer a ese paciente me permite a mí darle las primeras explicaciones... el pro y los contras del tratamiento que yo le voy a dar. ¿Verdad?

ERG: Claro...

HM1: Bueno, pero no me corresponde a mí hacerle firmar un consentimiento informado si yo no tengo voz ni voto para hacer un consentimiento informado. En el caso, por ejemplo, de una cirugía, de un posoperatorio, de un preoperatorio donde yo ya tengo definido el diagnóstico del paciente. ¿Qué necesito yo? Que el paciente reciba la información, que sea el boca a boca, el ida y vuelta. ¿Pero quién lo da a esto? El médico... Yo como profesional enfermero no tengo la incumbencia de hacerle firmar ese tipo de formulario. Y que es uno de los problemas más grandes que hay en todas las instituciones. ¿O no?...

ERG: Y que es una lucha... de hace tiempo, porque...

HM1: Hay una lucha constante... porque el paciente ingresa de guardia: Tome firmemé porque se nos pasa el turno en el quirófano. ¿Entonces, qué hace a gente? Firma y no

sabe qué es lo que firma. ¿Y quién, generalmente, lo hace? “No, yo la mandé a la enfermera porque estoy en quirófano. No puedo salir” ... Pasa en la parte privada, pasa en la parte estatal...

ERG: Bueno, porque esto de la profesionalización de las enfermeras y enfermeros es muy importante...

HM1: Acá nos pasa mucho con las obstétricas, pasa mucho con las obstétricas... las obstétricas vienen con una carga horaria con una sobrecarga de trabajo que se la permite el ministerio de salud. ¿Por qué? Porque hay una falta de profesionales con esa experiencia, con esa preparación... Entonces, acá tenemos nosotros la misma formación que las obstétricas: cinco años de licenciatura...

ERG: Claro...

HM1: ¿Qué pasa? Tenemos la misma formación de cinco años de licenciatura, pero ellas, al tener más incumbencias –incumbencias que les permiten los médicos, que les permiten los mismos colegas y, no sé, los comités-. Pero, entonces, ellas hacen cosas que no les corresponde, que están limitadas por nosotros. Nosotros sabemos qué lugar... Entonces ellas medican, ellas hacen partos, a veces, sin asistencia del profesional. O sea, se hacen partos... con la demanda de oferta y demanda que nosotros tenemos en esta institución, a veces ellas participan en los partos, pero no con el médico al lado. A veces se hacen tres partos simultáneos con asistencia de tres partos a la vez. O sea, esa también es una realidad... Hay que comparar la oferta con la demanda para poder... Ellas tienen mucha incumbencia y son las que participan en la mayoría de los casos de mala praxis...

ERG: Claro... Y esa también es materia para los comités...

HM1: Y el comité de bioética, bueno, tiene que saber que... que... este... Nosotros no sabemos, por ejemplo, si en estos momentos estamos ahora con un problema. Tenemos el servicio de limpieza que está de paro por falta de pago. Eso es un problema para el comité de bioética... No podemos seguir trabajando si no tenemos las instalaciones en condiciones...

ERG: Las condiciones... sí, sí...

HM1: ¿Entonces, a dónde está el comité de bioética, en este momento, para solucionar este problema?

ERG: Bueno, usted me estaba ya respondiendo la pregunta “i” que preguntaba: ¿Qué tipo de intervenciones puede esperarse de un comité? Si conocía casos en los que fue o hubiese sido necesaria esa intervención, ya sea de Comité Hospitalario o Comité de Investigación. Después, en la “j”: ¿Los comités están o deberían estar más relacionados con la comunidad...

HM1: Sí.

ERG: ... o con los profesionales?

HM1: Primero, como en la casa. Lavemos los trapos en la casa. ¿O no? Y después, salgamos a la calle. ¿O no?

ERG: Bien... Me parece muy bien, sí señor...

HM1: Es así... Entonces no podemos tener un comité de bioética si yo... Mirá, nosotros teníamos un profesional, que está a la cabeza de esto, que una vez dijo: No, nosotros lo, lo... es como la casa. Los papás se pelean, los chicos no cuentan las cosas que pasan... ¡No es así! Entonces vos tenés un comité de ... El comité de bioética les va a decir: ¿Señora, por qué usted puso ese inyectable sin indicación médica?... ¿Sabe lo que usted... se merece eso, primero? Capacitarlo... Y si... ver, si realmente necesita un cambio de función. Eso tampoco tenemos.

ERG: Trabajar para adentro...

HM1: Ellos hablan de capacitación constante... No tenemos. ¿Me entendés?... Hablamos de que todos tenemos que ir hacia bioética... ¿Y los protocolos? Acá nosotros tenemos distintos niveles de formación. Tenemos auxiliares de enfermería, técnicos que están saliendo de los IES, profesionales universitarios, profesionales terciarios, gente...

tenemos una chica que es del exterior, o sea, es chilena: tiene un título que no es de acá... ¿Me entendés?... ¿Entonces, cómo controlás que todos trabajen a la misma manera?... Si no tenés un protocolo... Yo te invito ahora, que vamos ya, al servicio de internados, y pidás el protocolo de trabajo... No existe. ¿Entonces, cómo podés vos reclamarle al profesional si no le diste las herramientas? Y cuando yo lo propuse, hace poco, como colega... diciéndole... o sea, vos estás en el comité de bio... vos estás en el comité de seguridad del paciente. Vos sabés lo que significa eso. ¿O no? ¿Usted lo sabe?... Bueno... Entonces le digo yo: ¿Cómo vos me podés venir a decir mí que no existe un protocolo para el internado? No existe un protocolo para el respeto de la visita al paciente... si yo tengo que desempeñar mi trabajo... “No, pero esta es la maternidad central de la familia” ... Maternidad central de la familia... que es algo muy distinto a lo que vos me estás haciendo...

ERG: Ahora, yo percibo, esto ya –digamos- un poco al margen, cómo se han ido implementando diversos tipos de comité. Porque han dicho también que hay un comité de calidad, comité de seguridad, están estos otros comités, que también están implementados... No sé si todos han sido implementados por ley, este -por lo menos- de... el hospitalario de ética, tiene su ley... la 5057...

HM1: Es que tiene que tener, porque si no lo tenés... si vos no tenés...

ERG: Con tantos comités... que -para colmo- no pueden trabajar, porque la urgencia es lo que manda...

HM1: Seguimos con los mismos problemas. Vuelvo a hacer hincapié en la oferta y la demanda...

ERG: Es algo que hay que pensarse de más arriba, digamos... Bueno, por mi parte sería eso nomás y agradecerle mucho la participación. Cualquier cosa, vuelvo a molestar. Muy amable, muchas gracias.

[10:39]

141

ENTREVISTA 3

Lugar: Hospital Maternidad Provincial “25 de mayo”

Fecha: 28/12/2023

Entrevistador: Eduardo Román Gordillo

Entrevistado/a:

- HM2 = obstétrico/a

[00:00]

ERG: Buen día. Muchísimas gracias.

HM2: Buen día.

ERG: En el marco, entonces, de esta investigación yo primero le preguntaría sobre si conoce de la existencia de la ley nacional 24.742 del año '96 sobre Comités Hospitalarios de Ética.

HM2: No, desconozco el marco de la ley. La verdad, lo desconozco.

ERG: ¿Y la ley provincial que adhiere a esa, que es la 5.057 del 2001?

HM2: También, no. Desconozco el marco legal, digamos, de ambas leyes.

ERG: ¿Conoce las diferencias entre un Comité Hospitalario de Ética y un Comité de Bioética en Investigación?

HM2: Creería... a ver..., creo tener una noción. Creo que el comité de ética hospitalario se forma justamente en los hospitales para tratar temas complejos que abordan, más que todo, la parte moral, quizá religiosa. Bueno, casos difíciles de definir para los

profesionales y que, por ahí, necesitan de una intervención interdisciplinaria donde se sé la opinión de varios profesionales. Entre esos entiendo: abogados, de salud, incluso hasta un cura puede participar –entiendo- de un comité, para que cada uno pueda emitir una opinión y llegar a una conclusión. Y el comité de bioética de investigación entiendo que está abocado a trabajos de investigación que –creería- que tienen que ver más que todo con trabajos experimentales -¿No?- donde se va a necesitar alguna intervención y esto de delimitar [si] es ético o no hacer tal o cual intervención. Entiendo que es eso. No sé si estoy bien, pero entiendo más o menos así a grandes rasgos que puede ser esa la diferencia.

ERG: Muchísimas gracias, sí, sí, sí... ¿Sabe de la existencia de algún Comité Hospitalario de Ética en la provincia de Catamarca y si está funcionando? Y simultáneamente le hago la otra pregunta si sabe de la existencia de algún Comité de Bioética en Investigación en la provincia de Catamarca y si funciona...

HM2: Desconozco si hay algún comité hospitalario que está funcionando actualmente. Sé que el hospital “San Juan...” tenía en algún momento. La verdad es que hoy, en la actualidad, desconozco si está en funcionamiento o no. Lo mismo con el comité provincial. Sé que se había formado hace... muchos meses atrás, pero desconozco si está funcionando.

ERG: Bueno, muy amable. Iremos a la pregunta “h”: ¿Considera valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud? ¿Por qué?

HM2: Sí, considero valiosa por esto que por ahí en salud atravesamos temas complejos -¿No?-. Por ejemplo, acá en la maternidad le doy un ejemplo, quizá, concreto que puede servir: casos de interrupciones en embarazos no viables, grandes, y que la mujer –quizás- no quiere interrumpir. Y que tiene indicación por riesgo de vida, por ejemplo, que es una causal ILE (Interrupción Legal del Embarazo) avalada por el código Penal. Y, bueno, es muy difícil... como ejemplo -¿No?-. pero sí nos podemos encontrar en la práctica diaria con situaciones como esta que requieren por ahí del trabajo interdisciplinario, de la opinión de diferentes profesionales o de referentes para llegar, por ahí, a una conclusión y... quizás, poder definir algún caso que pueda ayudar a la definición de algún caso... Nosotros hemos tenido casos, por ejemplo, de –que se ve mucho acá- malformaciones incompatibles con la vida. Y que la madre se aferra a eso, obviamente, aun sabiendo que no es viable y que está la opción de interrumpir y no lo desea... Y bueno, son casos que por ahí nosotros podemos, desde la psicología con los profesionales abordarlo, pero es bueno tener un campo más amplio, una opinión más amplia...

ERG: ¿Qué tipo de intervención puede esperarse de un comité? Un poco ya lo ha adelantado... ¿Conoce casos en los que fue o hubiese sido necesaria la intervención de un CHE? También ya lo ha...

HM2: Sí. Este caso, por ejemplo.

ERG: ¿Los comités están o deberían estar más relacionados con la comunidad o con los profesionales?

HM2: Yo creo que puede ser con ambos... creo que puede ser con ambos, sí. De hecho, también hay casos, por ejemplo, que –bueno- personas con cierta –digamos- devoción religiosa que no permiten, por ejemplo, transfusiones de sangre, que sabemos que están en riesgo de vida. Son casos que hay que respetar, porque la culturalidad, lo religioso –obviamente- se respeta y tiene un derecho. Pero es muy difícil para un profesional que está formado para ayudar a vida, más que todo acá en la maternidad que traemos niños al mundo y todo lo demás. Es, por ahí, decisiones que son muy difícil. Pero me parece que está bueno que la comunidad participe también.

ERG: ¿Cómo desde los comités es posible alcanzar una mejor atención de los pacientes y las pacientes?

HM2: Creo que teniendo esto: análisis de cada caso que se presenta. Y después, haciendo devoluciones. Se me ocurre eso.

ERG: Como una retroalimentación...

HM2: Como una retroalimentación, sí. O de casos así, sin complejos...

ERG: Alguna otra observación o comentario sobre el tema este de los comités hospitalarios que tenga para hacer...

HM2: Recalcar que, por ahí, me parece importante que todos los hospitales pudiéramos tener un comité. Y que, a su vez, a nivel provincia podamos interactuar juntos. Eso me parece interesante... que es algo que tenemos pendiente y que alguna vez acá en la maternidad lo vimos como una necesidad, bueno, por cuestiones quedó ahí. Pero es algo que hay que reflotar. Sí.

ERG: Siempre lo urgente se impone...

HM2: Sí, por ahí el trabajo, las cuestiones, como dice usted, prioridades urgentes nos van llevando en el trabajo diario a hacer otras cosas, pero no es un tema sin importancia. Así como existe, acá tenemos un comité de morbi-mortalidad donde se analizan todos los casos de muerte. Para determinar, bueno, qué, cuál es el error, por ahí, para no volver a cometer el mismo error dos veces. Siempre hay cuestiones –en este caso muertes- que hay que revisar... hay que revisar. Entonces, así como tenemos comité de mortalidad, hay comité de infecciones también. Que todo esto, obviamente, sirve para... de ahí surgen las sugerencias para mejor, para mejorar, ¿sí? Y esto sería lo mismo, digamos. El mismo objetivo, digamos...

ERG: Para el resto de casos...

HM2: Sí. Pero, por ahí, un poco más complejo. Porque es más amplio, porque requiere otras...eh... un conjunto de recursos humanos mucho más interdisciplinario de lo que puede un comité de mortalidad o de infecciones. Pero es muy interesante.

ERG: Un millón de gracias, muy amable.

HM2: Por favor.

[07:10]

143

ENTREVISTA 4

Lugar: Hospital Maternidad Provincial “25 de mayo”

Fecha: 28/12/2023

Entrevistador: Eduardo Román Gordillo

Entrevistado/a:

- HM3 = obstétrico/a

[00:00]

ERG: Buen día. Muchísimas gracias,

HM3: Buenos días.

ERG: La primera pregunta que yo le quiero hacer es si conoce de la existencia de la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética.

HM3: Sí, sí tengo conocimiento.

ERG: ¿Y sobre la ley provincial 5.057/2001 que adhiere a esa?

HM3: Sí, también tengo conocimiento.

ERG: ¿Conoce la diferencia entre un Comité Hospitalario de Ética y un Comité de Bioética en Investigación?

HM3: Sí. Sí tengo conocimiento, digamos, aquí y en otras provincias también.

ERG: ¿Sabe de la existencia de algún Comité Hospitalario de Ética en la provincia de Catamarca y si está funcionando? Y le hago simultáneamente la pregunta siguiente, si

sabe de la existencia de un Comité de Bioética en Investigación en Catamarca y si funciona.

HM3: Mirá, empiezo por atrás, digamos...

ERG: Bien...

HM3: Yo desconozco si está actualmente en funcionamiento en algún hospital...

ERG: Bien...

HM3: En algún momento, sí existía, digamos, en el hospital "San Juan". Sí, hace un tiempo, antes que nos trasla... se traslade la maternidad acá porque, bueno, las obstétricas estábamos ahí involucradas, digamos, más que todo la que estaba, digamos, en formación nuestra. La que estaba digamos como coordinadora, digamos, de la residencia de obstétricas estaba dentro del comité, y entonces teníamos conocimiento. Ya cuando nos trasladamos, digamos, a la maternidad... este... al edificio actual – digamos, que funciona más o menos hace trece, catorce años-, en un tiempo, el primer tiempo, funcionaba el comité. Y después quedó un como en... ahí en stand-by... Y, bueno, actualmente no funciona. Pero desconozco si está funcionando en el hospital "San Juan" o en el hospital de Niños. La verdad es que desconozco actualmente si funciona el sistema, digamos.

ERG: Bien, pasaríamos entonces a la pregunta "h" de valoración: ¿Considera valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud?

[Llamada telefónica]

ERG: Conteste tranquila...

[Pausa]

ERG: Lo urgente prima... Si consideraba valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud...

HM3: ¿Si considero necesario? Sí. Me parece que hay casos que hay que reverse y que, generalmente, bueno, la comisión lo arma antes, la comisión de investigación o el comité de bioética bien formado, sí es necesario...

ERG: ¿Qué tipo de intervención puede esperarse de un comité? ¿Conoce casos en los que fue o en los que hubiese sido necesaria la intervención de un comité?

HM3: Sí, hay casos como muy debatidos, digamos. Aparecen, sí, de vez en cuando. Pero sí, creo que es una intervención... Haría falta, sí...

ERG: ¿Considera que los comités tienen que estar más relacionados con la comunidad, sus necesidades, sus planteamientos, o con los profesionales y sus planteamientos y sus necesidades?

HM3: ¡Difícil la pregunta! La verdad es que, bueno, institucionalmente por ahí se manejan, digamos, otros términos, otros... Pero sí, obviamente, repercute en la comunidad. Pero, más que todo depende de las profesiones que tratan cada caso en particular.

ERG: Bien... Y la última: ¿Cómo desde los comités es posible alcanzar una mejor atención de los/as/es pacientes?

HM3: Sí, me parece que sí, que a partir de un comité se puede beneficiar, digamos, el paciente o, en determinado caso, si la persona que... ¿no? Obviamente deba hacer caso...

ERG: Bien. ¿Algún otro comentario u observación?...

HM3: Y estaría bueno, sí, que se vuelva a formar el comité, digamos, más que todo acá en la maternidad porque hay casos que son para debatir o que son especiales y que hay que tratar. Sería algo a considerar...

ERG: Buenísimo. Muchísimas gracias.

HM3: Gracias a vos.

ERG: Buen día.

[04:21]

ENTREVISTA 5

Lugar: Hospital Maternidad Provincial "25 de mayo"

Fecha: 28/12/2023

Entrevistador: Eduardo Román Gordillo

Entrevistado/a:

- HM4 = enfermero/a

[00:00]

ERG: Buen día.

HM4: Buen día.

ERG: ¿Conoce de la existencia de la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética?

HM4: No. Lo que es la ley, el número de la ley y que existía una ley sobre lo que eran los comités hospitalarios de ética, no tenía conocimiento.

ERG: ¿Y sobre la provincial?

HM4: Tampoco.

ERG: ¿Y respecto de la diferencia entre Comité Hospitalario de Ética y Comité de Bioética en Investigación, conoce algo al respecto?

HM4: No. Lo que yo entiendo, por ejemplo, un comité hospitalario de ética, que en el hospital haya un comité de ética para ver todo lo que tenga que ver con derechos, valores, etc. Y en cuanto a lo de las investigaciones puede ir más en lo que son los procedimientos, las cosas que se llevan a cabo, consentimientos informados... Algo así lo entiendo, pero no...

ERG: Perfecto, perfecto. ¿Sabe de la existencia de algún Comité Hospitalario de Ética en Catamarca y que esté funcionando?

HM4: No. En la maternidad no tenemos, por lo menos...

ERG: ¿Y sobre algún Comité de Bioética en Investigación?

HM4: Tampoco.

ERG: Bien, pasaríamos a la "h" entonces: ¿Considera valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud?

HM4: Sí. Sí, sí. Es muy importante la presencia. La verdad que se debería crear acá un comité. Sí tengo conocimiento, por ejemplo, yo estuve en lo que es el colegio de enfermería, ahí está el comité de ética. Pero no de las instituciones, y debería estar...

ERG: Bien. ¿Qué tipo de intervención puede esperarse de un comité? ¿Conoce casos en los que fue o hubiese sido necesaria la intervención de un Comité?

HM4: Sí. Sí, sí. Puede ir de la parte referida a lo que es la salud o la atención de los pacientes, a lo que es el trabajo en equipo, el trato del personal, también.

ERG: ¿Los comités están/deberían estar más relacionados con la comunidad o con los profesionales?

HM4: Con ambos.

ERG: ¿Cómo desde los comités es posible alcanzar una mejor atención de los/as/es pacientes?

HM4: Y bueno, es lo que le comentaba. ¿Sí? De ver los derechos del paciente, que se cumplan sus derechos. El tema de su salud, si se cometió algún tipo de... de algún procedimiento que es inadecuado, una mala praxis, algo que estén respaldados por el comité.

ERG: ¿Tiene algún comentario u observación que quiera hacer?

HM4: No.

ERG: Muy bien, muchísimas gracias.

[02:40]

ENTREVISTA 6

Lugar: Hospital Maternidad Provincial “25 de mayo”

Fecha: 28/12/2023

Entrevistador: Eduardo Román Gordillo

Entrevistado/a:

- HM6 = enfermero/a

[00:00]

ERG: Buen día. Muchas gracias.

HM6: Buen día.

ERG: ¿Conoce de la existencia de la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética?

HM6: No, la verdad que no.

ERG: ¿Y sobre la ley provincial que se adhiere a esa?

HM6: No, tampoco.

ERG: ¿Conoce las diferencias entre un Comité Hospitalario de Ética y un Comité de Bioética en Investigación?

HM6: Em... De un comité hospitalario, supongo que... –supongo- que se... se basa, digamos, en evaluar, en tratar temas, digamos, que estén... donde se encuentre, digamos, involucrado el personal de salud en relación con los pacientes –supongo eso-. Y el comité de bioética en investigación, me imagino, algo así como que se encarga de crear protocolos para ver cómo se maneja la investigación, en fin.

ERG: ¿Sabe de la existencia de algún Comité Hospitalario de Ética en la provincia de Catamarca y si está en funcionamiento?

HM6: En algún momento escuché del comité de ética en el hospital “San Juan”. Pero de ahí, nada más.

ERG: ¿Y de un comité de bioética en investigación?

HM6: No.

ERG: ¿Considera valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud? ¿Por qué?

HM6: Eh...

ERG: Sería la [pregunta] “h”.

HM6: Ah!... Eh... Sí. Yo, supongo que sí. O sea, creo que sí. Tiene q... eh... Es importante, porque... digamos... Son comités que están, digamos, como para regular y controlar ciertos aspectos que por ahí no... Escapan de las manos de un individuo, de una... al tomar, digamos, decisiones en conjunto y evaluar distintos aspectos, es como que se toma algo más serio y justo, por así decirlo.

ERG: ¿Qué tipo de intervención puede esperarse de un comité? ¿Conoce casos en los que fue o hubiese sido necesaria la intervención de un Comité?

HM6: Eh... de intervención, supongo que las tomas de decisiones en donde no es fácil, digamos, este... en sí, tomar una decisión. Entonces eh..., supongo, que como comité evalúan distintos aspectos y llevan a cabo, digamos, la... la decisión en sí.

ERG: ¿Los comités están/deberían estar más relacionados con la comunidad o con los profesionales?

HM6: Yo creo que con ambos...

ERG: ¿Cómo desde los comités es posible alcanzar una mejor atención de los pacientes?

HM6: Es posible una mejor atención...eh...

ERG: El [ítem] "i"... [En realidad es el "k"]

HM6: Em... y a la vez de que se van tocando temas en los comités, digamos, sobre asuntos puntuales ya se sabe cómo enfrentar, quizás una misma situación que se vuelva repetir, entonces este... ahí ya, digamos, se va avanzando... Ya se tiene conocimiento de una situación, entonces, ya se puede actuar mejor. Ya no con desconocimiento, digamos...

ERG: Claro, se suma experiencia...

HM6: Claro, eso.

ERG: Buenísimo. ¿Algún otro comentario u observación que tenga?

HM6: No.

ERG: Muy amable, muchísimas gracias.

[03:45]

ENTREVISTA 7

Lugar: Hospital Maternidad Provincial "25 de mayo"

Fecha: 28/12/2023

Entrevistador: Eduardo Román Gordillo

Entrevistado/a:

- HM5 = enfermero/a

[00:00]

ERG: Buen día. Muchas gracias. ¿Conoce de la existencia de la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética?

HM5: No. La verdad, desconozco de la ley.

ERG: ¿Y la ley provincial 5.057, que adhiere a esa?

HM5: También, desconozco la ley.

ERG: ¿Conoce las diferencias entre un Comité Hospitalario de Ética y un Comité de Bioética en Investigación?

HM5: Eh... No, tampoco.

ERG: Bien. ¿Sabe de la existencia de algún Comité Hospitalario de Ética o –la pregunta que sigue pregunta sobre los comités de bioética en investigación- en la provincia y si están funcionando?

HM5: Eh... sí, recibí comentarios una vez de que en el hospital "San Juan" tenían un comité de bioética. De bioética... Eh... Pero, la verdad, no sé si funciona.

ERG: Bien. Pasaríamos a la [pregunta] "h" entonces: ¿Considera valiosa la existencia de los comités en las instituciones de salud? ¿Por qué?

HM5: Son muy valiosas y necesarias... Y una materia pendiente en la mayoría de los centros de salud. Debido a que... De bioética, específicamente. Porque estamos trabajando con vidas humanas, y muchas veces nos encontramos en la... en la problemática de que hay que resolver, tomar decisiones que afectan, por ejemplo, en nuestro caso: la maternidad provincial, afectan dos vidas. Y es compleja la tarea de tener que decidir o brindar cuidado. O no. Tener que...que ser como árbitros en ese tema.

ERG: Eso, más o menos, tiene que ver con la pregunta que sigue que habla sobre los tipos de intervención que podrían esperarse de los comités. Y si conoce casos en los que fue o hubiese sido necesaria la intervención de un comité.

HM5: Sí. Eh... Sí, la verdad que sí hemos tenido casos en los cuales no se... no, como... Al no tener comité han tenido que... las personas que se creyeron que eran más adecuadas para tomar una decisión en ese tiempo se reunieron, y hablaron e intercambiaron. Y, bueno, se tomaron las decisiones. Pero sí hubo momentos en que fue necesario. Y cuando surgen esos momentos de... de necesidad es cuando se plantea la problemática de decir: "Nos hace falta un comité de bioética. Necesitamos conformar un comité..." Pero, bueno, lamentablemente, ese... ese análisis lo hacemos ante las situaciones problemáticas. No en lo cotidiano de la vida.

ERG: ¿Los comités están/deberían estar más relacionados con la comunidad o con los profesionales?

HM5: Eh... Con la... Para mí, con los profesionales.

ERG: ¿Cómo desde los comités es posible alcanzar una mejor atención de los/as/es pacientes?

HM5: Eh... La verdad que, bueno, no tenemos... no tengo la experiencia, pero, supongo que es como que los van, a través de las ramas que lo conformen, en su momento, se irá viendo qué es lo mejor para el paciente, para la comunidad, para los usuarios que tengamos en el sistema.

ERG: Bien. ¿Algún otro comentario u observación que tenga?

HM5: No, la verdad que, bueno, me gusta que haya venido para refrescarnos que esto también existe. Y, bueno, ojalá algún día podamos, realmente, tener un comité de bioética, en nuestro caso de ética. Bueno, me parece muy valiosa la entrevista y la tarea que está haciendo. Ojalá, cuando la tenga a la conclusión, por ahí nos la puede compartir.

ERG: Sí. Con todo gusto, sí he pensado en eso... Y, bueno, en general, lo que he podido escuchar tanto en el hospital de niños como acá, es la cuestión esta de cómo lo urgente se impone. Y este tipo de tareas como el comité...

HM5: Vamos resolviendo sobre la marcha...

ERG: Cuestan más porque, claro, implican otro tiempo, otra disponibilidad que, bueno... que no se tiene porque es un sobretrabajo, digamos. Sobre lo que uno ya tiene que hacer, agregar otras obligaciones resulta difícil. Pero, bueno, muchísimas gracias. Que tenga buen día.

HM5: Bueno, gracias a usted por acercarse.

[04:29]

ENTREVISTA 8

Lugar: Hospital Maternidad Provincial "25 de mayo"

Fecha: 28/12/2023

Entrevistador: Eduardo Román Gordillo

Entrevistado/a:

- HM7 = usuario/a del servicio público de salud.

[00:00]

ERG: Buen día. ¿Cómo le va? Muchísimas gracias por responder. ¿Conoce de la existencia de la Ley Nacional N° 24.742/1996 sobre Comités Hospitalarios de Ética?

HM7: No. La verdad que no.

ERG: ¿Y sobre la existencia de la Ley 5.057/2001 de la provincia de Catamarca, que adhiere a la nacional?

HM7: No, tampoco. Tengo desconocimiento de ambas.

ERG: ¿Tiene usted conocimiento de la diferencia entre un Comité Hospitalario de Ética y un Comité de Bioética en Investigación?

HM7: No.

ERG: ¿Sabe si en Catamarca existe alguno de esos dos tipos de Comité?

HM7: La verdad que no, no sabría. No sé si existen.

ERG: Según su parecer –pasamos ya a la [pregunta] “h” acá abajo-. ¿Considera valiosa la existencia de un comité en las instituciones de salud? ¿Por qué?

HM7: Pareciera que sí. Importantísimo para que se... no se violen los derechos, digamos, de los pacientes que asisten al servicio de salud. Y puedan también tener algún tipo de respaldo. ¿No? Donde quejarse, o donde recurrir para tener información de cómo proceder ante algún procedimiento que no hayan estado conforme.

ERG: ¿Qué tipo de intervención puede esperarse de un comité? ¿Conoce casos en los que fue o hubiese sido necesaria la intervención de un Comité?

HM7: No. No conozco casos. Eh... Pero... -personales, digamos- pero, por así de comentarios de gente, bueno, sí. No es lo mismo el servicio que se recibe acá que el que he tenido la oportunidad de asistir en Buenos Aires, en el Hospital Italiano totalmente distinto. La burocracia y todo el procedimiento es mucho más ordenado y accesible que acá, inclusive.

ERG: ¿Los comités están o deberían estar más relacionados con la comunidad o con los profesionales?

HM7: Con ambos. Con ambos, sí. Sería importante.

ERG: ¿Cómo desde los comités es posible alcanzar una mejor atención de los pacientes?

HM7: ¿Desde el comité? ¿Esa pregunta? Porque no la entiendo...

ERG: Sería la última, la [pregunta] “k”.

HM7: No sé bien cómo... No la estoy entendiendo mucho a la pregunta de por sí...

ERG: Bien.

HM7: Pero calculo que, como todo comité, brindaría un servicio que acompañe a los pacientes para una atención mejor, digamos.

ERG: Bien, buenísimo. ¿Alguna otra observación o comentario que quiera agregar?

HM7: No, nada.

ERG: Muy amable, muchas gracias.

[02:50]